

**Az obezitás pszichológiai jellemzői:  
szociokulturális hatások, a testsúlycsökkentés és  
súlymegtartás pszichoterápiás lehetőségei**

Doktori értekezés

**Kohlné Papp Ildikó**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. Perczel-Forintos Dóra PhD, habil. egyetemi docens

Dr. Túry Ferenc PhD, egyetemi tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. Pászthy Bea PhD, egyetemi docens

Dr. Pék Győző PhD, habil. tanszékvezető egyetemi docens

Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien PhD, egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Tringer László PhD, CSc, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Unoka Zsolt PhD, egyetemi docens

Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien PhD, egyetemi adjunktus

Budapest  
2017

## Tartalomjegyzék

Táblázatok jegyzéke .....	5
Ábrák jegyzéke .....	6
Rövidítések jegyzéke.....	7
1. BEVEZETÉS.....	9
1.1 Az elhízáshoz tartozó legfontosabb alapfogalmak .....	9
1.1.1 Definíció, felosztás.....	9
1.1.2 Mérési módszerek .....	9
1.1.3 Az elhízás patogenezise.....	12
1.1.4 Elhízás és társbetegségek .....	13
1.1.5 Az elhízás prevalenciája .....	14
1.1.6 Az elhízás prevenciója .....	15
1.2 A táplálkozás biológiai, pszichológiai és környezeti szabályozása .....	17
1.3 Az elhízás pszichés hatásai és társadalmi megítélése.....	19
1.3.1 Az elhízás és a pszichés jóllét kapcsolata .....	19
1.3.2 Testi elégedetlenség és szociokulturális hatások.....	22
1.3.3 Az elhízás társadalmi megítélése.....	25
1.4 Az elhízás kezelési lehetőségei.....	33
1.4.1 Alapelvek .....	33
1.4.2 Diéta .....	33
1.4.3 Mozgásterápia .....	34
1.4.4 Gyógyszeres kezelés.....	35
1.4.5 Sebészeti beavatkozás.....	35
1.4.6 Pszichoterápia.....	35
2. CÉLKITŰZÉSEK.....	45
2.1 A vizsgálatok céljai és hipotézisei .....	45
2.2 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban .....	45
2.3 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében.....	46
2.4 Önségítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában.....	47
3. MÓDSZEREK .....	48
3.1 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban .....	48
3.1.1 Vizsgálati személyek.....	48
3.1.2 Felvételi eljárás.....	48

3.1.3 A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök.....	48
3.1.4 Az adatok elemzésének stratégiái.....	52
3.2 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében.....	53
3.2.1 Vizsgálati személyek.....	53
3.2.2 Felvételi eljárás.....	53
3.2.3 A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök.....	54
3.2.4 Az adatok elemzésének stratégiái.....	54
3.3 Önségítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában.....	55
3.3.1 Vizsgálati személyek.....	55
3.3.2 Felvételi eljárás.....	56
3.3.3 A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök.....	57
3.3.4 Az önségítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program bemutatása.....	60
3.3.5 Az adatok elemzésének stratégiái.....	60
4. EREDMÉNYEK.....	62
4.1 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban.....	62
4.1.1 A vizsgálat alapstatisztikája.....	62
4.1.2 Testi elégedetlenség.....	66
4.1.3 Elhízottakkal szembeni előítéletek.....	75
4.2 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében.....	84
4.3 Önségítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában.....	86
4.3.1 A vizsgálat alapstatisztikája.....	86
4.3.2 Súlytörténet.....	88
4.3.3 A fogyás motivációi.....	88
4.3.4 Testsúly változása.....	89
4.3.5 Testsúlycélok változása.....	91
4.3.6 Életmód változása.....	93
4.3.7 Testkép változása.....	95
4.3.8 Pszichés állapot változása.....	96
5. MEGBESZÉLÉS.....	98
5.1 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban.....	98
5.1.1 Testi elégedetlenség.....	98
5.1.2 Elhízottakkal szembeni előítéletek.....	101

5.2 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében.....	106
5.3 Önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában.....	108
5.3.1 A fogyás motivációi .....	108
5.3.2 Testsúly változása.....	109
5.3.3 Testsúlycélok változása .....	109
5.3.4 Életmód változása .....	110
5.3.5 Testkép változása.....	111
5.3.6 Pszichés állapot változása .....	113
6. KÖVETKEZTETÉSEK.....	115
7. ÖSSZEFOGLALÁS .....	116
8. SUMMARY.....	117
9. IRODALOMJEGYZÉK .....	118
Saját publikációk jegyzéke .....	140
Köszönetnyilvánítás .....	143
Mellékletek.....	144

**Táblázatok jegyzéke**

1. táblázat	Az egyes tápláltsági kategóriák testtömegindex határértékei és a kategóriákhoz tartozó egészségi kockázat.	10.
2. táblázat	Gyermek percentilis kategóriák.	11.
3. táblázat	A haskőrfogat kategóriái a mortalitás szempontjából.	12.
4. táblázat	Szociodemográfiai és tápláltsági állapotra vonatkozó adatok a programot teljesítők és az utánkövetésben is résztvevők mintáján.	56.
5. táblázat	A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök alapstatisztikája és a két nem összehasonlítása a változók mentén.	62.
6. táblázat	A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök alapstatisztikája és a két nem összehasonlítása a változók mentén.	64.
7. táblázat	A testképpel való elégedettség különböző dimenzióin kapott független mintás t-próba eredményei.	69.
8. táblázat	A testképpel való elégedetlenség magyarázó változóinak többszörös hierarchikus lineáris regressziós elemzése.	70.
9. táblázat	Az elhízott és normális testalkatú fiúkat ábrázoló rajzok megítélése az egyes kérdőíveken.	77.
10. táblázat	Az elhízott és normális testalkatú lányokat ábrázoló rajzok megítélése az egyes kérdőíveken.	78.
11. táblázat	Az elhízott gyermekeket ábrázoló rajzok megítélése az egyes kérdőíveken.	79.
12. táblázat	Az előítélet mutatók főkomponens elemzése az elhízott figurák megítélése esetén.	80.
13. táblázat	Az elhízott gyermekekkel kapcsolatos előítélet magyarázó változóinak vizsgálata.	82.
14. táblázat	A lány figurák rangsorolásának gyakorisága és százalékos eloszlása.	84.
15. táblázat	A fiú figurák rangsorolásának gyakorisága és százalékos eloszlása.	84.
16. táblázat	Rangsor átlagok és szórás a figurák megítélésében a vizsgálati személyek neme és származása mentén.	85.
17. táblázat	A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök alapstatisztikája.	87.
18. táblázat	A fogyás legfontosabb motivációi gyakorisági sorrendben.	88.
19. táblázat	A súlyváltozás mértékének alakulása a program során (0-6. hónap), a program eleje és az utánkövetés vége között (0-18. hónap), valamint a program vége és az utánkövetés során (6-18- hónap) tápláltsági állapot szerinti bontásban.	90.

**Ábrák jegyzéke**

1. ábra	A testtömegindex kategóriák, a tápláltsági állapot önmegítélése és a fogyási szándék százalékos gyakorisága.	67.
2. ábra	A két nem összehasonlítása az Evési Zavar Kérdőív két alskálaja (karcsúság iránti készlettség, testi elégedetlenség) és a testtel való elégedettség többdimenziós kérdőíven kapott eredmények mentén.	68.
3. ábra	A mediációs vizsgálat eredményei.	75.
4. ábra	Mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók (n=49) testtömegének és BMI-értékének átlaga.	91.
5. ábra	A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók (n=45) súlycéljainak alakulása.	92.
6. ábra	Mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók (n=46) evési magatartásának alakulása.	94.
7. ábra	A viselkedésváltozás egyes stádiumainak előfordulási gyakorisága a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók (n=46) mintáján.	95.
8. ábra	A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltatók (n=44-45) testképének alakulása.	96.
9. ábra	A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók pszichés állapotának alakulása.	97.

**Rövidítések jegyzéke**

adjusted R <sup>2</sup>	populációhoz igazított torzítatlan becslés
AN	anorexia nervosa
BMI	body mass index; testtömegindex
BSQ	Body Shape Questionnaire; Testforma Kérdőív
BT	behavioral therapy; viselkedésterápia
cm	centiméter
DF	szabadságfok
EDI	Eating Disorder Inventory; Evési Zavar Kérdőív
ELTE	Eötvös Loránd Tudományegyetem
HbA1c	glikált hemoglobin
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children; Iskoláskorú gyerekek Egészségmagatartása
HDL-koleszterin	High Density Lipoprotein-koleszterin
IDF	International Diabetes Federation; Nemzetközi Diabétesz Szövetség
kg	kilogramm
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
LDL-koleszterin	Low Density Lipoprotein-koleszterin
N	Newton
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey; Nemzeti Egészségügyi és Táplálkozási Vizsgálat
OÉTI	Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet
OR	esélyhányados (odds ratio)
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg Önértékelési Skála
SAQ	Shared Activities Questionnaire; Közös Tevékenységek Kérdőív
SATAQ-3	Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3; Megjelenéssel Kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív
SD	szórás (standard deviation)
TFEQ-R21	Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-item; 21 tétel Háromfaktoros Evési Kérdőív
TTM	transzteoretikus modell

VAS	Visual Analog Scale; Vizuális Analóg Skála
W/H	waist to hip ratio; derék/csípő hányados
WHO	World Health Organization; Egészségügyi Világszervezet



## **1. BEVEZETÉS**

### **1.1 Az elhízáshoz tartozó legfontosabb alapfogalmak**

#### **1.1.1 Definíció, felosztás**

Az elhízás (obezitás) „anyagcsere-folyamatok genetikai, központi idegrendszeri, endokrin és környezeti hatásokra létrejövő zavara, amely az energiaháztartás egyensúlyának módosulását okozza. Ez a folyamat a táplálékfelvétel növekedésében és/vagy az energia leadás csökkenésében nyilvánul meg, majd – klinikailag – fokozott zsírraktározódáshoz vezet, amely viszont további szabályozási zavarokat, betegségeket okoz” (Halmy, 1996, 265.o.). Ilyés (2001) meghatározása szerint az elhízás a „test zsírtartalmának kóros mértékű felszaporodása, ami a testi, lelki egészséget károsan befolyásolja.” (14. o.).

Az elhízás tehát krónikus és recidiváló betegség, amely a testtömeg csökkentése, majd megtartása céljából tartós kezelést igényel (Eü. Min. szakmai protokollja, 2008).

Az elhízást a zsírlerakódás helye szerint két csoportba sorolhatjuk (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011):

1. Android (más néven centrális, abdominális, viszceralis, hasi, alma) típusú elhízás: a hasi szervek közötti zsírszövet mennyiségének növekedése jellemzi. Összefüggésben áll a metabolikus és kardiovaszkuláris megbetegedések kockázatával.
2. Ginoid (más néven csípőtáji vagy körte) típusú elhízás: a csípőre és a combra rakódó szubkután zsírszövet jellemzi.

Az elhízás témájához tartozó fogalmak a testtömeg és a testsúly. A tömeg a fizikai testek anyagmennyiségét jellemzi, mértékegysége a kilogramm (kg), míg a súly arra az erőre utal, amellyel a test az alátámasztást nyomja vagy a felfüggesztést húzza, mértékegysége a newton (N). Bár valójában csak a testtömeg lenne helyes kifejezés, a gyakorlatban általában szinonimaként használjuk a két fogalmat. A továbbiakban én is felváltva alkalmazom a két kifejezést, mivel bizonyos esetekben a testsúly sokkal elterjedtebb szóhasználat a hétköznapokban (pl. testtömegcsökkentő csoport helyett testsúlycsökkentő csoportról beszélünk, illetve valakinek nem testtömegproblémája, hanem testsúlyproblémája van).

#### **1.1.2 Mérési módszerek**

A definícióból adódik, hogy az elhízás tényének és mértékének megállapításához elengedhetetlen a zsírszövet mennyiségének, arányának ismerete. A test zsírtartalmának

meghatározására számos módszer áll rendelkezésre, amelyek esetében a következő feltételeknek kell teljesülniük: az ideális mérőeszköz megbízható (kis mérési hiba), hozzáférhető (egyszerű, olcsó), a vizsgált személy számára elfogadható és jól dokumentált referenciaértékek állnak rendelkezésre (Martos, 2010). A mérőeszközök egy része antropometriai adatokon (testtömegindex, derék/csípő hányados, derékkörfogat), más részük a testzsírtömeg becslésén alapul (bőrredőmérés, bioimpedancianalízis, denzitometriás módszerek).

A gyakorlatban a testtömegindex (body mass index, BMI) számítás a legszélesebb körben elterjedt módszer a tápláltsági állapot meghatározására, amelynek során a kilogrammban mért testtömeget elosztjuk a méterben kifejezett testmagasság négyzetével ( $\text{kg/m}^2$ ). A BMI definíció szerint csak arról informál, hogy a vizsgált egyén a testmagasságához képest testtömegetöbblettel bír, arról azonban nem, hogy milyen típusú szövet okozza a többletet. A testtömegetöbblet hátterében legtöbbször zsírtöbblet áll, azonban például sportolóknál izomtömeg-növekedés is okozhatja (Martos, 2010). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint a felnőttek súlyfeleslegének megállapítására a BMI alapján a következő fokozatok adhatók (lásd *1. táblázat*):

*1. táblázat: Az egyes tápláltsági kategóriák testtömegindex határértékei és a kategóriákhoz tartozó egészségi kockázat. Forrás: WHO, 2000*

<b>Tápláltsági kategória</b>	<b>BMI (<math>\text{kg/m}^2</math>)</b>	<b>Egészségi kockázat</b>
Alultáplált	<18,5	emelkedett
Normális súlyú	18,5-24,9	normális
Túlsúlyos (preobezitás)	25,0-29,9	emelkedett
Elhízott	$\geq 30$	fokozott
I. fokozat (enyhe)	30,0-34,9	magas
II. fokozat (mérsékelt)	35,0-39,9	kifejezetten magas
III. fokozat (súlyos, extrém)	$\geq 40$	extrém magas

A BMI gyermekkori alkalmazásához azonban nem használhatók a fenti felnőttkori határértékek, mert a felnőttkor eléréséig folyamatosan változik a gyermekek testfelépítése. Emiatt a 3-18 éves korú fiúk és lányok tápláltságának megítélésére a fenti képlet alapján

számítjuk ki a testtömegből és a testmagasságból a BMI értéket, majd ezeket az Országos Longitudinális GyermeKNövekedési Vizsgálat (Joubert és mtsai, 2006) adatai alapján készült BMI percentilis táblák és ábrák eredményeivel vetjük össze. Ez alapján a következőképpen osztályozhatók a tápláltsági fokozatok (2. táblázat):

2. táblázat. GyermeK percentilis kategóriák (Joubert és mtsai, 2006)

<b>súlyhiány</b>	<b>sovány</b>	<b>normális</b>	<b>súlyfölsleg, túltápláltság</b>	<b>túlsúly</b>	<b>kóros elhízás</b>
<3 percentilis	3-10 percentilis	10-75 percentilis	75-90 percentilis	90-97 percentilis	>97 percentilis

Egy friss tanulmány eredményei pedig arra világítanak rá, hogy a jelenlegi BMI ajánlások eltérőek lehetnek az idősebb korosztályban. Winter és munkatársai (2014) az 1990 és 2013 között megjelent tanulmányok elemzése során a BMI és az ösZsmortalitás kockázatát vizsgálták 65 év feletti személyek körében. Eredményeik szerint az idősebb korosztályban a mérsékelt túlsúlynak védő hatása volt (ideális BMI 27,5), míg a 23,0 alatti BMI növelte az ösZshalálozás kockázatát. A 21 és 22 közötti BMI 12%-kal, a 20 és 20,9 közötti BMI 19%-kal növelte az ösZsmortalitást (Winter és mtsai, 2014).

Érdekességként megemlítem, hogy a BMI kategóriák nemcsak életkoronként, hanem kultúránként is változnak, például Taiwan felnőtt lakosai 24-26,99 kg/m<sup>2</sup> értéknél már túlsúlyosnak, illetve 27 kg/m<sup>2</sup> felett elhízottnak számítanak (Lu és Hou, 2009).

Felismerve az elhízás típusának (android vs. gynoid) jelentőségét az egyes betegségek szempontjából, a körfogatmérések gyakran kiegészítik a BMI számítást. A különböző körfogatmérések közül a derék/csípő (waist to hip ratio, W/H) hányados alkalmazása a legelterjedtebb. Nők esetében a 0,8 fölötti, férfiaknál az 1 fölötti W/H hányados független előrejelzője az inzulinrezisztenciának, a hyperlipidaemiának, a magasvérnyomásnak és az érelmeszesedésnek (Martos, 2010).

Az utóbbi évtizedekben elterjedt a haskörfogat önálló mérése és értékelése is, amely szignifikáns, pozitív korrelációt mutat a hasi zsírszövet mennyiségével (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011). A haskörfogat használatának a fontosságára az is felhívja a figyelmet, hogy vannak olyan magas BMI-vel rendelkező egyének, akiknek a nagy izomtömeg miatt nagyobb a BMI-értékük, miközben a testzsírtartalmuk normális és nem emelkedett a kardiovaszkuláris

rizikó. Fordított eset is lehetséges, amikor normális BMI-vel rendelkező betegben szaporodik fel az abdominális zsírszövet és nő a kardiovaszkuláris rizikó (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011). Az International Diabetes Federation (IDF) legújabb konszenzusos ajánlása alapján határozzuk meg a centrális obezitás normálértékeit. Európai populáció esetében, ha a haskörfogat nem terhes nőknél  $\geq 80$  cm, illetve férfiak esetében  $\geq 94$  cm, magas az elhízás társbetegségeinek relatív kockázata (3. táblázat – Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

3. táblázat: A haskörfogat kategóriái a mortalitás szempontjából (WHO, 2000).

	normális	veszélyes	kifejezetten veszélyes
<b>férfi</b>	$\leq 94$	94-102	$\geq 102$ cm
<b>nő</b>	$\leq 80$	80-88	$\geq 88$ cm

Gyermekkorban a testalkatváltozás életkori sajátosságai miatt a derékkörfogat alkalmazása az elhízás diagnosztikájában egyszerűsége ellenére nem volt elfogadott. Az utóbbi években azonban egyre több vizsgálat támasztja alá, hogy a derékkörfogat gyermekkorban is összefüggést mutat a metabolikus kockázattal (Savva és mtsai, 2000). A legtöbb ajánlás a nemre és életkorra vonatkoztatott 90., 95., illetve 97. percentilis feletti értéket tekinti kórosnak (Krebs és mtsai, 2007). A KSH Népelességtudományi Kutató Intézet és az ELTE Embertani Tanszék által 1984–2002 között végzett felmérés eredményeképpen 7-18 éves korig minden korosztályban elérhetővé váltak a köldökmagasságban mért referenciaértékek (Joubert és mtsai, 2006; Martos, 2010).

Itt is elmondható, hogy más etnikai csoportokra más határértékek érvényesek. Férfiaknál dél-ázsiaiak esetében és kínaiaknál 90 cm, japánoknál 85 cm a határérték, míg japán nőknél ez 90 cm (Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

### 1.1.3 Az elhízás patogenezeise

Az elhízás kialakulásának okai komplexek és multifaktoriálisak. A biológiai (beleértve a genetikai, epigenetikai faktorokat is), a viselkedési és a környezeti tényezők közötti kölcsönhatások szerepet játszanak az energiaegyensúly és a zsírtárolás folyamatában (Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

A nagy energiadenzitású étrend, az alacsony fizikai aktivitás, az evészavarok mind szerepet játszanak az elhízás kockázati tényezői között. Az energia-egyensúly megváltozásának

hat alapvető oka lehet: környezeti, genetikai, stressz és pszichés tényezők, gyógyszerek, egyes életszakaszok (korai gyermek- és felnőttkor, terhesség és szülés után, menopauza) és bizonyos események (a dohányzás elhagyása, házasságkötés, a sportolás abbahagyása, szabadság ideje alatt) (Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

További fontos szempont még: a szociokulturális tényezők közül a karcsúságra irányuló társadalmi nyomás, valamint a kövérséggel szembeni negatív sztereotípiák (Puhl és Brownell, 2001). A fentiek alapján nyilvánvaló, hogy rendkívül összetett, igazi pszichoszomatikus jelenségről van szó, ahol kibogozhatatlanul összefonódnak a genetikai, biológiai, pszichológiai, magatartásbeli, szociológiai és kulturális tényezők (Perczel-Forintos és Papp, 2013).

#### **1.1.4 Elhízás és társbetegségek**

Az elhízás jelentősen növeli a kísérőbetegségek előfordulásának gyakoriságát (komorbiditást), a rokkantságot és a mortalitást egyaránt, továbbá rontja az életminőséget (Simonyi, Pados és Bedros, 2012). Általánosságban elmondható, hogy a 25 feletti BMI a normális testtömegű egyénekhez képest egészségi kockázatot jelent. Így az elhízás mértékétől függően többek között nő a 2-es típusú cukorbetegség, a diszlipidémia, a kardiovaszkuláris betegségek, a hipertónia, a stroke, valamint a májbetegségek, a légzési elégtelenség, a köszvény és artrózis, a különböző daganatos megbetegedések, a mentális kórképek, sőt az összehalálozás kockázata is (Császár, 2009; Simonyi, Pados és Bedros, 2012). A 27-es BMI-hez képest a 33-as BMI esetében a 2-es típusú cukorbetegség kockázata mintegy négyszeresére növekszik. A hipertónia gyakorisága 32-es BMI esetén csaknem kétszerese a 28-as BMI-hez képest (Simonyi, Pados és Bedros, 2012). Az USA-beli NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) harmadik felmérése pedig azt is kimutatta, hogy a túlsúlyos betegek (BMI>27) 65%-ának legalább egy krónikus betegsége van és 27%-uknál két vagy több kórkép áll fenn, amelyek előfordulása a felszedett testsúlykilogrammokkal arányos növekedést mutat (Császár, 2009).

Az elhízással összefüggő egészségi kockázatot a zsírtömeg növekedésén túlmenően az elhízás típusa is befolyásolja. A felső testfélre lokalizálódó elhízás magasabb kardiovaszkuláris kockázattal jár, mint az alsó testfélre lokalizálódó típus. Úgy tűnik, hogy a derékkörfogat jobban korrelál az összmortalitással, illetve a kardiovaszkuláris és a cerebrovaszkuláris kórképek

kialakulásával, mint a BMI. Ezért felnőtteknél a BMI és a derékkörfogat együtt jobban jelzi a metabolikus kockázatot, mint a BMI önmagában (Klein és mtsai, 2007).

Mindenképpen érdemes megemlíteni az érem másik oldalát is, hogy már mérsékelt, kb. 10%-os testtömegcsökkenés is mind statisztikailag, mind klinikailag jelentős javulással jár együtt a glükóz intolerancia, a vérnyomás, a lipidszintek és más egészségügyi mutatók terén (Wing és Jeffery, 1995; Case és mtsai, 2002). Természetesen ezek a kedvező hatások akkor jelentkeznek, ha a testtömegcsökkenés tartós marad (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011).

Császár (2009) összefoglalása alapján már 10%-os súlyvesztés is a következő fontos egészségügyi előnyökkel jár:

- 20–30%-os csökkenés az obezitással összefüggő mortalitásban
- 30–40%-os csökkenés a diabéteszrel összefüggő mortalitásban
- 40–50%-os csökkenés az obezitással összefüggő rákhalálozásban
- 10 Hgmm-es csökkenés a szisztolés és diasztolés vérnyomásban
- Több mint 50%-os csökkenés a diabétesz kialakulásában
- 30–50%-os csökkenés az éhomi vércukorszintben
- 15%-os csökkenés a HbA1c-szintben
- 10%-os csökkenés a teljes koleszterinszintben
- 15%-os csökkenés az LDL-koleszterinszintben
- 30%-os csökkenés a trigliceridszintben
- 8%-os növekedés a HDL-koleszterinszintben.

Az elhízás, mint láttuk, számos betegség kialakulásának háttérében szerepet játszik. Valamennyi kísérőbetegség esetében igaz, hogy elsősorban a kiváltó okot, az elhízást kell hatékonyan és tartósan kezelni, hiszen ezzel valamennyi szövődmény rizikóját is lehet csökkenteni, illetve a már meglévő betegségek állapotát lehet javítani (Eü. Min. szakmai protokoll, 2008; Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011).

### **1.1.5 Az elhízás prevalenciája**

Mind a fejlett, mind a fejlődő országokban jelentősen megnövekedett a gyermek- és felnőttkori túlsúly, illetve elhízás aránya. A WHO (2000) a kövérséget a világ 10 legjelentősebb egészségügyi problémája közé sorolta. Az egyik legnagyobb emelkedés az Egyesült Államokban tapasztalható. A Center for Disease Control and Prevention

felmérése szerint 2009-2010 között az Egyesült Államok 32 államában az elhízás előfordulási gyakorisága 35,7% volt (Ogden és mtsai, 2012). Európában szintén magas az elhízás és a túlsúly aránya. Branca, Nikogosian és Lobstein (2007) 41 európai ország adatait összegezve azt találták, hogy a felnőtt férfiak 31,9-79,3%-a túlsúlyos, 5,4-22,8%-a elhízott. A nők esetén a túlsúly aránya 27,8-77,8%, az elhízás aránya pedig 7,1-35,6%. A legmagasabb arány Albániában, Bosznia-Hercegovinában és az Egyesült Királyságban volt. Finucane és mtsai (2011) áttekintő tanulmánya alapján 1980 és 2008 között 0,4-0,5-tel nőtt a BMI-átlag.

Az elhízás hazánkban is komoly egészségügyi probléma. Míg 1988-ban a felnőtteknek csak 16%-a volt elhízott, 2014-re megduplázódott az arányuk. Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet legfrissebb, 2014-es felmérésének eredményei alapján a férfiak 67%-a, a nők 62%-a túlsúlyos vagy elhízott. A hasi elhízás is gyakori, egy átlagos felnőtt magyar nőnek 91 cm, egy magyar férfinak 98 cm a haskörfogata (Kovács, Erdei és Bakacs, 2016).

A gyerekek körében szintén magas a testsúlyzavarokkal küzdők aránya. Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) 2005-ben, 7-18 éves tanulók körében készített reprezentatív felmérése szerint a fiúk mintegy 18,1%-a volt túlsúlyos és 7,4%-a elhízott, míg a lányoknál a túlsúlyosak aránya 19,6% volt, s az elhízottaké meghaladta a 6 százalékot (Antal és mtsai, 2009).

Az elemzések adatai rémisztőek, és ehhez még azt is hozzá kell tenni, hogy a statisztikák sokszor önbevallás alapján készülnek, tehát az ezek alapján készült számítások a járvány súlyosságát valószínűleg alulbecsülik. Hollandiában például egy közel kétezer felnőtt bevonásával végzett vizsgálatban azt tapasztalták, hogy bevalláson alapuló kérdőív esetén 30%-kal kevesebb elhízott nő, és 26,1%-kal kevesebb az elhízott férfi van, mintha valóban megméri a résztvevők testmagasságát és testtömegét (Visscher és mtsai, 2006).

### **1.1.6 Az elhízás prevenciója**

Az eddigiek alapján látható, hogy az elhízás növekvő tendenciát mutat mind a gyermekek, mind a felnőttek körében a világ nagy részén. A kutatások alapján az elhízás megelőzhető, továbbá a súlygyarapodás megelőzése költséghatékonyabb, mint az elhízás kezelése (WHO, 2000). A kialakult testsúlyzavarokat nehéz kezelni, a leadott súly

gyakran visszatér, valamint a komorbid betegségek sok esetben nem szűnnek meg a testsúlycsökkenéssel párhuzamosan (WHO, 2000).

Így felmerül az igény, hogy a kezelés mellett egyre nagyobb hangsúlyt helyezzünk a prevencióra. A közelmúltig úgy gondolták, hogy az elhízás megelőzése és kezelése két külön terület. Az előbbinek a célja a súlygyarapodás megelőzése, fő területe az egészségfejlesztés és az alapellátás, míg utóbbi célja a súlycsökkentés elősegítése, területe inkább klinikai (WHO, 2004). Ma már úgy vélik, a két terület szorosan összefügg és lefedi a hosszú távú stratégiák teljes skáláját a megelőzéstől a súlymegtartásig, a kezeléstől a testsúlycsökkentés támogatásáig. Az elhízás kezelésének négy kulcseleme (WHO, 2000):

1. a súlygyarapodás megelőzése
2. a súlymegtartás támogatása
3. az elhízás társbetegségeinek kezelése
4. a súlycsökkenés támogatása

A különböző stratégiák összefüggnek és csak a módszerek összehangolásával lehet hatékony eredményt elérni (WHO, 2000).

Mivel az elhízás kialakulásában számos tényező játszik szerepet, így a kezelésnek is integratívnak és multiszektoriálisnak kell lennie. Habár hajlamosak vagyunk az egyént egyedüli felelőssé tenni a túlsúlyáért, az egészségmagatartást az egyéni döntésen túl számos fizikai, társadalmi, gazdasági, kulturális és szociális hatás befolyásolja (Egger és Swinburn 1997; Papas és mtsai, 2007). Így az egyénorientált megközelítés helyett a prevenció fókuszát a populációra kell irányítani. Ez pedig felveti a felülről jövő beavatkozások, valamint a különböző szintek és szektorok együttműködésének szükségességét (Flynn és mtsai, 2006). A beavatkozásokra egyéni, közösségi, társadalmi, regionális, nemzeti és nemzetközi szinteken egyaránt szükség van, amelyben aktívan részt vesz a kormány, az élelmiszeripar és kereskedelem, a média, az egészségügy, az oktatási intézmények és munkahelyek, civilszervezetek és a fogyasztók. Cél egy olyan környezet kialakítása, amely támogatja és könnyebbé teszi az egészséges választást.

A prevenció célja az elhízás szintjének stabilizálása a populációban, az elhízás incidenciájának csökkentése és így végső soron az elhízás prevalenciájának csökkentése (Kumanyika és mtsai, 2002). Populációs szinten ez azt jelenti, hogy olyan BMI eloszlást érjünk



el és tartunk meg, amely maximalizálja az egészséges súlytartományba esők számát. Az optimális BMI eloszlás átlaga felnőttek körében 21-23 kg/m<sup>2</sup> lenne (WHO, 2000).

## 1.2 A táplálkozás biológiai, pszichológiai és környezeti szabályozása

A táplálkozás biológiai szabályozása igen összetett. A folyamatban számos perifériás és központi tényező vesz részt, amelyek bonyolult kapcsolatban állnak egymással (Hubina és Góth, 2010). A szabályozás során az agy két fő táplálkozási szempontot hangol össze: az ún. „homeosztázis fenntartása” és a „jutalmazási” feladatköröket. A homeosztázis fenntartásához tartozik a stabil testsúly fenntartása, az energiaraktárak feltöltése és a megfelelő ionegyensúlyok biztosítása, míg a jutalmazási rész az élmény és a jutalmazási táplálkozási szokásokat jelenti (Varga, 2013).

Az elhízás problémakörének megértésében fontos tényező, hogy a táplálkozás homeosztatisz szabályozása igen erős a táplálékfelvétel indukálásában és az energialeadás csökkentésében az energiaraktárak kimerülése és az alacsony energiatáplálás esetében, azonban gyenge a táplálékfelvétel csökkentésében és az energialeadás fokozásában akkor, ha az energiatartalékok feltöltöttek és az élelem elérhető (Hill és Peters, 1998; Berthoud, 2003).

Az étvágyat és az evést számos nem homeosztatisz tényező is kiválthatja (Pinel, Assanand és Lehman, 2000). Ezek a tényezők szerepet játszanak abban, hogy mikor, mit, miért és mennyit eszünk, gyakran felülírva a fiziológiai éhséget. Ezek némelyike a törzsfajlásunk bizonyos szakaszaiban adaptívak voltak, a mai, modern környezetünkben azonban szerepet játszanak az elhízás prevalenciájának ugrásszerű növekedésében. Az evolúciós elmélet (Pinel, Assanand és Lehman, 2000) szerint őseink számára a létfenntartáshoz az volt az előnyös, ha az elérhető táplálékot mind elfogyasztották és tartalékokat is képeztek az ínséges időkre. Mivel a táplálék a környezetben csak korlátozottan volt elérhető, ezért az egyén akkor evett, amikor az elérhető volt s ebben kulcsszerepet játszott az adott élelem elővételezett élvezete, azaz pozitív ösztönző értéke. A pozitív ösztönző elmélet (Pinel, Assanand és Lehman, 2000) szerint az ízletes ételt azért eszük meg, mert élvezetes, egyben örömforrás. Az édes, sós és zsíros ízek kedvelése a tápláló, kalóriában és ásványi anyagokban gazdag táplálkozást és így az életben maradáshoz segítettek elő. Ezek az ételek tehát ösztönző értékűek, jelenlétük, elvárásuk vagy akár csak a gondolatuk is étvágyat kelt és evést indukál, a fiziológiai éhségtől függetlenül. Továbbá, bár evés után valamennyi (de különösen az aktuálisan fogyasztott) étel vonzereje csökken, egy

új íz még jóllakottság esetén is az evés folytatásához vezet, mert szükséges lehet a túléléshez (Pinel, Assanand és Lehman, 2000).

A mai modern környezetben ezek a korábban adaptív mechanizmusok kifejezetten károsak és a külső ingerekre különösen fogékony egyéneket veszélyeztetik a súlygyarapodásra (Lowe, 2003). Az elmúlt évtizedekben a nyugati társadalomban jelentősen megnőtt az életszínvonal, ahol jellemző, hogy az élelmiszerek könnyen elérhetőek, ízletesek és kalóriadúsak, az átlagemberek fizikai aktivitása alacsony, s mindez még kiegészül az agresszív élelmiszermarketinggel és a fogyasztásra irányuló nyomással (Czeglédi, 2012a). Ebben az obezogén (Hill és Peters, 1998) vagy más néven toxikus (Brownell, 2005) környezetben az embereknek nehezebbé esik azonosítani az éhség és telítettség jelzéseit, ehelyett gyakran a külső ingerekre hagyatkozunk. Az éhséget stimulálhatja egyszerűen az ételek látványa és többet eszünk, ha nagyobb a választék, vagy ha az elfogyasztott ételek vizuális bizonyítéka korlátozott (Wansink, 2006). A választásainkat, döntéseinket befolyásolja az étel külseje, neve, csomagolása, vagy elérhetősége. Ahhoz viszonyítva, ha egyedül eszünk, 35%-kal többet eszünk, ha valakivel együtt étkezünk, 75%-kal többet, ha három fő van velünk, és 96%-kal többet, ha heten vagy többen vagyunk (Wansink, 2006). A kulturális tényezők és szokások számos alkalommal felülírják az egyén fiziológiai szükségleteit, hiszen az étkezések ideje számos kultúrában rögzítve van (amikor „enni kell”), de ide tartoznak az egyes ünnepekörökhöz kapcsolódó étkezések vagy vallási böjtök, illetve ételtilalmak (Forgács, 2008).

Tehát a táplálékfelvételre hatást gyakorló környezeti és társas, kulturális tényezők gyakran felülírják a homeosztatisz szabályozást. Mindemellett a homeosztatisz szabályozó rendszer katabolikus üzemmódja természeténél fogva gyenge, a kompenzáció elégtelen és nem képes semlegesíteni a környezeti hatásokat. Mindez sokaknál súlyfelesleg kialakulását eredményezi (Berthoud, 2003).

Mivel azonban korunk társadalma a karcsú és sportos testet tekinti ideálisnak, egyre többen önszabályozást kísérelnek meg a testsúlyuk és táplálkozásuk tekintetében, ami azonban számtalan nehézségbe ütközik. A fent leírt obezogén környezeti hatások mellett még számos egyéni tényező is felülírja a testsúlycsökkentési szándékot. Az olyan evési magatartások, mint pl. falásroham, érzelmi evés, externális evés, sóvárgás, diétás korlátozás, evési gátolatlanság vagy hedonikus evés jól ismert és régóta kutatott témák az elhízás területén (pl. van Strien és mtsai, 1986; Blundell és Finlayson, 2004; Burton, Smit és Lightowler, 2007; Lowe és Butryn,

2007; Colles, Dixon, és O'Brien, 2008; Elfhag és Morey, 2008; Kofman, Lent és Swencionis, 2010).

A gondolatok és érzések szintén fontos szerepet játszanak a táplálkozásban (Nauta és mtsai, 2000). Beck (2007a, 2007b) számos példát ad a kogníciók szerepéről (pl. mindent vagy semmit típusú gondolkodás, katasztrófizálás), továbbá a különböző érzelmi állapotok (pl. szorongás, unalom) is aláássák a diétát (pl. Geliebter és Aversa, 2003; Evers, de Ridder és Adriaanse, 2009; Evers, Marijn Stok és de Ridder, 2010; Adriaanse, de Ridder és Evers, 2011; Carter és Jansen, 2012).

Összefoglalva azt lehet mondani, hogy a táplálkozásunk, evési magatartásunk szabályozása rendkívül összetett. A biológiai tényezők mellett a környezeti, társas-kulturális és pszichológiai faktorok is az elhízásra predesztinálnak minket. Az elhízás epidémiájának csökkentésére és a fogyás elősegítésére optimális stratégia lenne olyan környezet kialakítása, amely támogatja és könnyebbé teszi az egészséges életmód kialakítását. Azonban kevésbé valószínű, hogy a jelenlegi, elhízást támogató környezet változni fog a közeljövőben. Ennek fényében különösen fontos figyelmet kap az egyén táplálkozási magatartása, emocionális és kognitív jellemzői és annak befolyásolása (Afridi és Khan, 2004). Fontos tehát ismerni és a gyakorlatban alkalmazni ezeket a tényezőket, amelyek talán segítenek az egyének az egészséges életmód kialakításában a toxikus, pozitív energiamérleget okozó környezetben is.

### **1.3 Az elhízás pszichés hatásai és társadalmi megítélése**

Az elhízásnak a testi következményei mellett fontos pszichés és szociális hatásai is vannak. A kutatások kezdetben az elhízás és a pszichés megbetegedések közötti kapcsolatot vizsgálták. Azonban az eredmények szerint az elhízás nem kapcsolódik szisztematikusan semmilyen pszichopatológiai állapothoz vagy személyiségpushoz, amely jellemezné az elhízott személyeket (Stunkard és Sobal, 1995). Ezt követően az elhízás pszichoszociális aspektusait kutató vizsgálatok a második generációba léptek, s a kockázati tényezőket próbálták azonosítani az elhízott populáción belül. A legújabb harmadik generációs kutatások pedig az ok-okozati összefüggéseket próbálják feltárni az elhízás és a pszichés állapot között.

#### **1.3.1 Az elhízás és a pszichés jóllét kapcsolata**

Az elhízás a legtöbb kutatás szerint az életminőség csökkenésével jár, különösen a legmagasabb BMI (>40) kategóriában (Ford, 2001), azonban a nem moderálja a kapcsolatot. A

vizsgálatok szerint az obezitás jobban csökkenti a nők életminőségét, mint a férfiakét (Livingston és Ko, 2002; Kolotkin, Crosby és Williams, 2002). Továbbá az eredmények szerint az elhízás önmagában nem, inkább közvetítő faktorokon (pl. krónikus betegség, fájdalom) keresztül hat az életminőségre (pl. Heo és mtsai, 2003; Szumska, 2006).

Az elhízás és az önértékelés összefüggését vizsgálva, bár a kutatások szerint fordított kapcsolat van az önértékelés és elhízás között, az összefüggés általában csak mérsékelt és ritkán lépi túl a normális tartományt. A nők esetében szorosabb a kapcsolat, mint férfiaknál, a serdülőknél, mint gyerekeknél, illetve a fehér személyeknél, mint a feketéknél (Miller és Downey, 1999; Wardle és Cooke, 2005).

A BMI és a testképpel való elégedetlenség kapcsolatát szintén számos tanulmány vizsgálta (csak néhányat említve: pl. Yamamiya és mtsai, 2005; Knauss, Paxton és Alsaker, 2007; Allen és mtsai, 2008). Az eredmények szerint a BMI korrelál a testképpel való elégedetlenséggel serdülőknél és felnőtteknél egyaránt. Azonban a BMI és a testi elégedetlenség kapcsolatát számos tényező befolyásolja (részletesen lásd később) (pl. Rucker és Cash, 1992; Stevens, Kumanyika és Keil, 1994; Padgett és Biro, 2003; Schwartz és Brownell, 2004).

A mentális megbetegedések közül az egyik legtöbbet kutatott terület az elhízás és a depresszió összefüggése. Az eredmények nem konzisztensek, számos tényező befolyásolhatja a kapcsolatot. Az egyik legerősebb módosító tényezőnek itt is a nem tűnik. Például István és munkatársai (1992) nagy, reprezentatív mintán végzett felmérésük során azt találták, hogy nincs kapcsolat a BMI és a depresszió között a férfiaknál, de a nőknél a legmagasabb BMI kategóriában 38% valószínűbben fordul elő klinikailag jelentős depresszív tünet, mint az alacsonyabb BMI kategóriában. Az újabb kutatások egy része megerősítette a fenti nemi eltéréseket (pl. Onyike és mtsai, 2003; McIntyre és mtsai, 2006; Scott és mtsai, 2007), míg máshol nem találtak nemi különbséget (Haukkala és Uutela, 2000; Herva és mtsai, 2006).

A nem mellett a szocioökonómiai státusz is fontos mediáló tényező. Vannak, akik azt találták, hogy a magas szocioökonómiai státusz esetében a legerősebb a kapcsolat a depresszió és elhízás között (Moore, Stunkard és Srole, 1962; Ross, 1994; Scott és mtsai, 2007), de van ahol ezt az összefüggést csak nők esetében mutatták ki, férfiaknál nem (Carpenter és mtsai, 2000).

Az életkor hatására vonatkozóan is ellentmondásosak az eredmények, van ahol nem találtak összefüggést serdülőkorban (pl. Goodman és Whittaker, 2002; Richardson és mtsai,

2003), illetve idősebb korban (Scott és mtsai, 2007) és van ahol csak idősebb korban találtak összefüggést (Hasler és mtsai, 2005) az elhízás és a depresszió között.

Sokkal konzisztensebbek az eredmények a segítséget kereső elhízottakra vonatkozóan. A vizsgálatok szerint az átlagpopulációhoz viszonyítva szignifikánsan magasabb a pszichopatológiai tünetek aránya a kezelést kereső elhízottak körében. A depresszív zavarok (major depresszió, disztímia) életprevalenciája 9,2%-47,5%, míg az I. tengelyes mentális megbetegedéseké 2,5%-31% (Halmi és mtsai, 1980; Goldsmith és mtsai, 1992; Wadden és mtsai, 2001; Fabricatore és Wadden, 2004).

A falászavar szintén megbízható markere a pszichológiai zavaroknak. A falászavar gyakorisága <5% az átlaglakosságban, míg 7-30% a kezelést kereső elhízottak körében (Stunkard, 2002). A falászavarban szenvedők között gyakoribb az alacsony önértékelés, depresszió, borderline személyiségzavar, I. tengelyes személyiségzavar, szerhasználat és szerfüggőség (Yanovski és mtsai, 1993; Specker és mtsai, 1994; Telch és Agras 1994; Mussel és mtsai, 1996; Fabricatore és Wadden, 2004).

Végül morbid elhízás (BMI>40) esetében is gyakoribbak a mentális megbetegedések (Scott és mtsai 2007; Markowitz, Friedman és Arent, 2008; Gattineau és Dent, 2011). Például egy tanulmány szerint a bariátriai műtétre jelentkezők kétharmadának van pszichiátriai tünete, a major depresszió a leggyakoribb (Chen, Jiang és Mao, 2009). Ennek lehet oka a több egészségügyi probléma, a mindennapos diszkrimináció, valamint az életminőség romlása (Gattineau és Dent, 2011).

Kevesebb kutatás vizsgálta az elhízás és pszichés jóllét kapcsolatát gyermek és serdülőkorban és a kutatási eredmények inkonzisztensek. Néhány kutatás alátámasztotta, hogy serdülőkorban az elhízás negatív hatással van az önértékelésre (Cornette, 2008), testi elégedettségre (Hill, 2005; Griffith, Parsons és Hill, 2010) és összefügg a depresszióval (Sjoberg, 2005). Az áttekintések alapján a káros társas és interperszonális következmények ellenére a gyerekek csak közepes mértékben elégedetlenek a testükkel s csupán kis részük depressziós vagy alacsony az önértékelése (Wardle és Cooke, 2005). Azt lehet tehát mondani, hogy az elhízott gyerekek nincsenek predestinálva a depresszióra és nem látják magukat értéktelennek (Hill, 2005).

Összefoglalva azt lehet mondani, hogy az obezitástól szenvedő populáció a pszichopatológiai kép szempontjából nem tekinthető homogénnek. Az elhízás és a mentális jóllét romlásának (például: alacsony önértékelés, negatív testkép, depresszió) összefüggését

azonban számos vizsgálatban kimutatták. Az elhízás és a rosszabb pszichés állapot közötti kapcsolatot számos tényező befolyásolja, mint a nem, az életkor, az etnikum vagy a súlyfelesleg mértéke. Fokozott kockázati csoportot jelentenek azonban a segítséget kereső, valamint evészavarban szenvedő elhízottak, körükben az elhízás és a mentális egészség romlásának összefüggése erőteljesebben jelenik meg, mint az általános populációban, ahol gyengébb, vagy korlátozottabb összefüggést mutattak ki (pl. Wardle és Cooke 2005; Túry és mtsai, 2013).

Azonban fontos megemlíteni azt is, hogy a fogyás az egészségügyi kockázat csökkenése mellett pozitívan hat a személy pszichés jóllétére is pl. testkép, önértékelés, depresszió, egészséggel összefüggő életminőség (pl. Lasikewitz és mtsai, 2014).

### **1.3.2 Testi elégedetlenség és szociokulturális hatások**

Mivel a disszertációmban külön foglalkozom a testi elégedetlenség jelenségével a serdülők körében, ezért külön fejezetben kitérnék a testkép, valamint az ezt befolyásoló szociokulturális hatások kapcsolatára.

Testképen az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, valamint azt a módot, ahogyan ezek az élmények szerveződnek (McCrea, Summerfield és Rosen, 1982). Komplex, többdimenziós jelenség, amely affektív, értékelő, kognitív, viselkedéses és perceptuális sajátosságokat foglal magában (Sarwer, Wadden és Whitaker, 2002). A negatív testkép a testkép értékelő komponensének tekinthető, arra utal, hogy a személynek milyen szubjektív érzései vannak a fizikai megjelenésével kapcsolatban (Szabó, 1996). Azt, hogy hogyan értékeli a személy a saját testét, számos tényező befolyásolhatja. Ilyen például az egyén életére jellemző súlygörbe, a nem, az életkor, a rassz, a szexuális orientáció, az elhízás életkori kezdete, a fantomzsír jelenség, a külső megjelenés csúfolása, az alacsony önértékelés, a depresszió, valamint a külső megjelenésre vonatkozó szociokulturális hatások internalizálása (Friedman és Brownell, 1995; Foster, Wadden és Vogt, 1997; Schwartz és Brownell, 2004; Delgado és mtsai, 2006; Myers és Crowther, 2007).

Az egyik leggyakrabban vizsgált, testképet befolyásoló tényező a BMI (Allen és mtsai, 2008). Az eredmények szerint a BMI pozitív irányú kapcsolatot mutat a testtel való elégedetlenséggel serdülőknél és felnőtteknél egyaránt. A nőknél ez a kapcsolat lineáris, a férfiaknál görbe vonalú és az aggodalom a kövérség miatt tisztábban kötődik a túlsúlyhoz a férfiaknál, mint a nőknél (Schwartz és Brownell, 2004). Ezenkívül számos

kutatás tanulsága szerint a BMI, mint objektív antropometriai adat, és a szubjektív tápláltsági állapot lényegesen eltérhet egymástól, s úgy tűnik, a testalkat szubjektív megítélése pontosabban előrejelzi a testtel való elégedetlenséget (pl. Cash és Hicks, 1990; Geller, Johnson és Madsen, 1997).

A BMI mellett a legtöbb kutató a nem és a testtel való elégedetlenség kapcsolatát vizsgálta. A kutatások azt mutatják, hogy minden életkorban, BMI csoportban és kultúrában nagyobb mértékű a nők testi elégedetlensége, mint a férfiaké (Wardle és Johnson, 2002). Ez a nemek közötti eltérés és mintázat bizonyítottan jelen van már a serdülőkorban is. A serdülőkorhoz közeledve a tapasztalatok szerint a fiúk és a lányok testtel való elégedetlensége is nő, ám a fiúknál ez kevésbé drámai és könnyebben visszazökken, mint a lányoknál (Smolak, 2004). Narring és munkatársai (2004) serdülők körében végzett felmérése szerint a lányok 50%-a, míg a fiúk 18%-a elégedetlen az alakjával. Ennek a korán kialakuló nemi eltérésnek, a kutatók szerint a nőkre és férfiakra nehezedő eltérő társadalmi elvárás az oka (Cash és Hicks, 1990). A mai karcsú női ideál merev és nem veszi figyelembe az átlagos nők testsúlyát és alkati adottságait. Ezzel szemben az ideálisnak mondható férfitest sokkal tágabb határok között mozog, s a nyugati kultúra „elnézőbbnek” tűnik a férfiak alkati vagy testsúlyproblémáival szemben. Továbbá a női test inkább megítéltetik mások – főként férfiak – által, ezért a lányok már korán elkezdnek önmagukra egy külső megítélő szemével tekinteni, s ez alapján meghatározni nemcsak a külsejük, de önmaguk értékét is (self-objektifikáció) (Wardle és Johnson, 2002). Azonban az újabb kutatások eredményei és az a tény, hogy egyre több az evészavarban szenvedő férfi, arra utal, hogy a fizikai megjelenésre vonatkozó szociokulturális elvárások különbözőségei egyre inkább csökkenek. A férfiakra kettős nyomás nehezedik, egyrészt a zsírtömeg csökkentése, másrészt az izomtömeg növelése a cél. Egy tanulmány szerint a fiúk 51%-a elégedetlen a testével, egy részük hízni, míg másik részük fogyni szeretne, és a változást inkább testedzéssel, mintsem diétával szeretnék elérni (McCabe és Ricciardelli, 2001).

A legtöbb kutatás a szociokulturális hatások közül leginkább a média hatását vizsgálta. Számos kutatás szerint a médianak van a legerőteljesebb hatása a testképre (pl. Latner, Rosewall és Simmonds, 2007). Például Stice és Shaw (1994) azt találta, hogy az ultravékony modellek 3 perces bemutatása után nőtt a résztvevők testi elégedetlensége és a distressz szintje. Ez a jelenség már fiatal korban megfigyelhető. Az 5-7 éves lányok elégedetlenebbek voltak a

testükkel és jobban vágytak arra, hogy soványabbak legyenek egy Barbie baba bemutatása után (Dittmar, Halliwell és Ive, 2006). Más eredmények szerint a kapcsolat a média expozíció és az evészavarok között már 11 éves korban megfigyelhető (Harrison, 2000). Összességében a tömegkommunikációs eszközök használata pozitív irányú kapcsolatot mutatott a médiaüzenetek internalizálásával (Leit, Gray és Pope, 2001). Például Field és mtsai (1999) azt találták, hogy az általános iskolás lányok 25%-a olvas divatmagazint legalább hetente kétszer, s ez tovább nő a középiskolás években. A divatmagazint rendszeresen olvasó lányok 69%-a azt mondta, hogy a magazinok képei hatnak a saját szépségideájukra, s arra, hogy tökéletesítsék az alakjukat. Ezen túlmenően a lányok 47%-a számolt be arról, hogy ezeknek az ideáloknak a hatására diétázik. Kevésbé ismertek a fiúk magazinolvasási szokásai, de egyre több az olyan férfimagazin, amely gyakran irreálisan izmos férfi testet mutat, s a felmérésekből úgy tűnik, negatív hatásúak a fiúk testképére (Leit, Gray és Pope, 2001). A fenti eredmények szerint a televízió, a megjelenéssel foglalkozó magazinok és a többi tömegkommunikációs eszköz pervazív természete a legerősebb hatású az előítéletekre és a negatív testképre, s ez a hatás erősebb nőknél, mint a férfiaknál (Latner, Rosewall és Simmonds, 2007).

A média mellett a szülői és kortárshatások is jelentősek a személyek testképére és önértékelésére vonatkozóan. A szülőkkel való megfelelő kapcsolat az első életévekben a legfontosabb, de serdülőkorban, sőt fiatal felnőttkorban is erőteljes befolyást gyakorol az énképre és önbecsülésre (pl. Allan és Land, 1999; Laible, Carlo és Roesch, 2004). A szülők különböző módon befolyásolhatják a gyermekük testképét, például a gyermek ruháihoz, megjelenéséhez, testsúlyához fűzött becsmérő vagy dicsérő megjegyzésekkel, vagy a különböző ételekhez és az étkezéshez fűzött kommentárokkal (Smolak, 2004). Ezen kívül a szülők nemcsak direkt utasításokkal befolyásolhatják gyermekük étkezési szokásait és testképét, hanem azzal is, ahogy a saját alakjukhoz viszonyulnak. Az anya negatív visszajelzései lánya alakjára, a karcsúságideál internalizációja, illetve az étkezési és diétázási szokásai negatívan befolyásolták a lányuk testképét (Cooley és mtsai, 2008).

Field és munkatársai (2001) pedig azt találták, hogy azok a lányok, akik azt látták, hogy az édesanyjuk folyamatosan diétázik, elégedetlenebbek voltak a saját testükkel és gyakran maguk is diétáztak.

A szülőkhöz hasonlóan a kortársak is befolyásolják a serdülők testképét (Laible, Carlo és Roesch, 2004). A barátokkal folytatott beszélgetések és a kortársaktól elszenvedett csúfolás



jelentős hatással van a serdülő önértékelésére, testképére, diétázási és testedzési szokásaira (Vincent és McCabe, 2000; Jones, Vigfusdottir és Lee, 2004).

A fentiek alapján látható, hogy a szociokulturális faktoroknak (média, szülők, kortársak) erős hatásuk van a test értékelésére azáltal, hogy meghatározzák, milyen külsőt értékelnek és tartanak vonzónak. Fontos megjegyezni, hogy ezeknek a tényezőknek csak akkor van hatásuk az énképre, ha a személy internalizálja is a külső megjelenés társadalmilag meghatározott standardjait. Tehát nem elég tudatában lenni annak, hogy mi a kulturálisan elfogadott érték és norma, azt internalizálni is kell, elfogadni olyan belső reprezentációnak, amely azután hatással van a személy attitűdjeire és viselkedésére (Thompson és mtsai, 1999). Cafri és munkatársai (2005) keresztmetszeti kutatások metaanalízise eredményeképpen azt találták, hogy az internalizáció közepes-erős kapcsolatban van a testi elégedetlenséggel. Emellett számos longitudinális tanulmány is megerősítette, hogy az internalizálás magasabb szintje előrejelzi a testi elégedetlenséget a lányok között (Jones, 2004). Meglehetősen kevés tanulmány foglalkozott eddig a média ideálok internalizációjával a fiúk esetén. Jones, Bain és King (2008) a fiúkkal végzett felmérésében azt találta, hogy a média által közvetített ideálok kevésbé erőteljesen hatnak a fiúk testképére, mint a lányokéra, de a férfi ideálok magasabb szintű internalizációja a fiúk esetében is nagyobb testi elégedetlenséggel járt együtt egy évvel később. Tehát a médiaideálok internalizációja mind a fiúk, mind a lányok esetén negatív hatású a testképre, s a nők esetén valószínűbben kihat az önértékelésre is (Tiggemann, 2005). Sőt, ha valaki számára annyira fontos a jó megjelenés, hogy önmaga értékét is ettől tartja függőnek, akkor valószínűleg hajlamosabb az evészavarokra (Shroff és Thompson, 2006) vagy a túlzott mértékű diétázásra (Field és mtsai, 2001).

### **1.3.3 Az elhízás társadalmi megítélése**

A nyugati kultúrában negatív attitűdök kapcsolódnak az elhízáshoz és az elhízás stigmatizációja széles körben elterjedt (Friedman és Brownell, 1995). A kutatások eredményei szerint a stigmatizáció masszív, erős és pervazív, így nagyon nehéz megváltoztatni. Falkner és munkatársai (1999) szerint a faji előítélet mellett ez az egyik leggyakoribb formája az előítéletnek. Tovább súlyosbítja a kövérek helyzetét az, hogy az emberek a testi jellemzőket is egyre formálhatóbbnak tekintik, ezért az egyén köteles felelősséget vállalni a külsejéért. Az öregedés és túlsúly jeleit morális gyengeségként értelmezik, és aki nem tesz ellene, az jogosan

elítélhető (Puhl és Brownell 2001). Bizonyított, hogy az elhízott emberek hátrányt szenvednek a foglalkoztatásban, az egészségügyben és az oktatásban, de a médiában és a közeli interperszonális kapcsolatokban is (Puhl és Latner, 2007; Puhl és Heuer, 2009). Arra is vannak jelek, hogy a kövér személyek más területen, pl. az örökbefogadás, lakásbérlés területén is diszkriminálva vannak. Ennek az oka az, hogy a túlsúlyhoz negatív asszociációk társulnak, amelyet a média, a szülők és a kortársak közvetítenek (pl. Greenberg és mtsai, 2003; Jones, Vigfusdottir és Lee, 2004; Stanford és McCabe, 2005).

Puhl és Brownell (2001) kimutatta, hogy a munkaadók úgy vélik, hogy az elhízott alkalmazottak lusták, kevés az önfegyelmük és kevésbé kompetensek vékonyabb társaikhoz képest. Ennek lehetséges következménye, hogy az elhízott személyek kevesebb fizetést kapnak, alacsonyabb beosztásban dolgoznak és ritkábban kapnak előléptetést (Roehling és mtsai, 2008; Rudolph és mtsai, 2009). Az orvosok, nővérek szintén negatívabban ítélik meg az elhízott személyeket, akik emiatt vonakodva mennek orvosi vizsgálatra, mivel úgy hiszik, megszidják és megalázzák őket (Puhl és Heuer, 2009). Puhl és Brownell (2001) az oktatás területén is kimutatta a stigmatizáció hatását. Az elhízott gyermekeket a tanárok kevésbé kedvelik, úgy vélik, hogy kevésbé okosak, ügyesek és valószínűbben vannak személyes vagy családi problémáik (Neumark-Sztainer, Story és Harris, 1999). Továbbá az elhízott személyek gyakran kapnak negatív megjegyzéseket ismerőseiktől, barátaiktól, sőt családtagjaiktól is (Puhl és Heuer, 2009). Számos testsúlyzavarral küzdő személy számolt be arról, hogy a családtagjaik a leggyakoribb forrásai a stigmatizációnak (Friedman és mtsai, 2005; Puhl és Brownell, 2006).

A fentiek szerint számos faktor hat az elhízottakra:

1. Negatív tulajdonságokkal ruházzák föl őket.
2. A társadalom megítélése szerint felelősek a testsúlyukért és így az emberek úgy vélik, hogy a tökéletlen külső tökéletlen személyt takar.
3. A fentiek miatt a kövérekre vonatkozó előítélet jogos és elfogadható.

A kövérekkel szembeni előítélet és a túlsúly miatti aggodalom olyannyira erős, hogy egy megdöbbentő kutatási eredmény szerint a nők 24%-a, a férfiaknak pedig a 17%-a három évet vagy még többet adna az életéből, ha olyan súllyal élhetne, amilyennel szeretne, és sokan inkább áldoznának az egészségükből, vagy elviselnének negatív életeseményeket, minthogy kövérek legyenek (Schwartz és mtsai, 2006).

A társadalom erőteljes véleményformáló hatása miatt a negatív attitűdök már nagyon korán kialakulnak, s emiatt már a kisgyermek is kevésbé kedvelik kövér kortársaikat és nem szívesen vesznek részt velük közös tevékenységekben (pl. Brylinsky és Moore, 1994; Cramer és Steinwert, 1998; Penny és Haddock, 2007). Cramer és Steinwert (1998) kimutatták, hogy már nagyon fiatal (3-5 éves) korban a gyerekekben összekapcsolódnak a „vékony jó”, és a „kövér rossz” fogalmak. A gyerekek a vizsgálatban négy történetet hallottak fiúkról, lányokról vegyesen, és a történetekben az egyik szereplő rossz, a másik jó volt. Minden történet után mutattak a gyerekeknek kövér/sovány; fiú/lány képeket, majd megkérdezték őket, hogy szerintük melyikük ki volt a történetben. A gyerekek túlnyomó többségben a sovány gyereket választották a történet pozitív főhősének, míg a túlsúlyos kisgyereket a negatívnak. Brylinsky és Moore (1994) szintén utal arra, hogy a korai évek (6-7 év) a negatív attitűdök kialakulásának kritikus időszaka, s a már kora gyermekkorban kimutatható kövérekkel szembeni negatív attitűd tovább erősödik serdülőkorban. Penny és Haddock (2007) 5-10 éves gyerekekkel végeztek kísérletet, a „közelségi hatást” vizsgálták. A kutatás előfeltevése az az elterjedt nézet volt, hogy ha valaki stigmatizált személlyel van kapcsolatban, maga is az előítélet áldozata lesz, például ha egy heteroszexuális férfinak homoszexuális férfi barátja van, akkor emiatt őt is negatívabban ítélik meg. A vizsgálatban a gyerekeknek rajzokat kellett rangsorolniuk az alapján, hogy mennyire szívesen barátkoznának velük egy négyfokú skála segítségével (nem, nem hiszem, talán, igen). A rajzokon normális testsúlyú és túlsúlyos lány, illetve fiú rajzok voltak. A célrajzot (amelyikre rákérdeztek) elhelyezték más rajzok közé, amik nemben vagy súlyban különböztek. Az eredmények kimutatták az egyszerű közelségi hatást, mely szerint a normális testalkatú rajzot kevésbé preferálták, ha kövér gyerekrajzok közé tették. Ez az eredmény még inkább megjelent, ha lányok szerepeltek a rajzon. Crandall (1995) szerint ennek az az oka, hogy a nők inkább ki vannak téve a karcsúság kultúrájának, ami a nőkre vonatkozó erősebb nyomáshoz és elváráshoz vezet. Adams és munkatársai (2000) kutatása szintén alátámasztja ezt a különbséget. 4-7. osztályos diákokat vizsgáltak, s azt találták, hogy a fiúk szignifikánsan kevesebbszer számoltak be arról, hogy a szüleik vagy kortársaik aggódnak a súlyuk miatt. Az eredmények szerint sokkal nagyobb külső figyelem hárul a lányok alakjára és sokkal jobban aggódnak a szülők amiatt, hogy a lányuk elhízhat.

A gyermekkortól a serdülőkor felé haladva ezek az előítéletek tovább erősödnek. Greenleaf és munkatársai (2006) serdülőket vizsgálva azt találták, hogy a serdülők túlsúlyos kortársaikat egészségtelennek, lustának és szociálisan alkalmatlannak találták. Ezek az

előítéletek hatnak a viselkedésükre, ezáltal kevésbé akarnak velük közösen tanulmányi, szociális vagy rekreációs tevékenységekben részt venni. Bell és Morgan (2000) szintén azt találta, hogy a gyerekek kevésbé szívesen választják kövér kortársaikat szabadidő eltöltéshez vagy tanulmányi feladatokhoz. Az elhízott diákok a normális súlyú kortársaikhoz képest gyakrabban tapasztalnak kirekesztettséget, válnak kortárs bántalmazás áldozatává, és számolnak be alacsonyabb fizikai, szociális, érzelmi és iskolai életminőségről (Storch és Ledley, 2005; Dierk és mtsai, 2006; Greenleaf és mtsai, 2006).

Richardson és munkatársai (1961) vizsgálatukba hatszáz iskoláskorú gyermeket vontak be, akiknek az volt a feladatuk, hogy tegyék sorrendbe a nekik bemutatott hat gyermek képét aszerint, hogy kivel barátkoznának leginkább és kivel legkevésbé. Az eredmények szerint a vizsgált gyerekek a kövér gyermekeket ábrázoló figura képét az utolsó helyre sorolták az egészséges, mankós, tolószékes, amputált kezű és torz arcú gyerekeket ábrázoló képek sorában, akikkel inkább barátkoztak volna, mint a kövér gyerekekkel. Mivel a gyermekkori elhízás prevalenciája 1961 és 2001 között megduplázódott (Styne, 2001), Latner és Stunkard (2003) megismételték ezt a vizsgálatot. A kutatás eredményei szerint az elhízott gyermekeket még kevésbé preferálták, mint az 1961-es vizsgálatban, és a lányok negatív attitűdje szignifikánsan felülmúlta a fiúkét. Emellett Richardson és munkatársai (1961) eredményeihez hasonlóan azt találták, hogy a fiúk inkább a funkcionális, míg a lányok inkább a megjelenéssel kapcsolatos fogyatékoságokat preferálják kevésbé.

Természetesen ezek a hatások (kirekesztés, előítélet megtapasztalása) nem múlnak el nyomtalanul. Ahogy a korábban említett kutatások is bizonyítják, az elhízott személyek hajlamosabbak a rosszabb életminőségre, depresszióra, alacsony önértékelésre és negatív testképre (Carr és Friedman, 2005; Puhl és Heuer, 2009).

Az utóbbi évek kutatási eredményei alapján a diszkrimináció tovább növeli az elhízás veszélyét (pl. Sutin és Terracciano, 2013), továbbá az elhízott személyek gyakran maguk is internalizálják a mai karcsúságideált és az elhízottakra vonatkozó negatív attitűdöket (pl. Tiggemann és Anesbury, 2000; Kraig és Keel, 2001; Koroni és mtsai, 2009). Azt lehet tehát mondani, hogy a mai társadalomban tapasztalható és széles körben elfogadott elhízottakkal szembeni előítélet fontos szerepet játszhat a testsúlyzavarokkal küzdő személyek mentális egészségének alakulásában, s hatását az internalizáció mértéke befolyásolja. Az elmúlt

évtizedekben az elhízás terjedésével párhuzamosan tovább erősödött az elhízottakkal szembeni előítélet (Andreyeva, Puhl és Brownell, 2008).

### **1.3.3.1 A szociokulturális hatások kapcsolata az elhízottakkal szembeni előítéletekkel**

Az elhízottakkal szembeni előítélet kialakulásában jelentős szerepük van a szociokulturális (médiá-, szülői, kortárs-) tényezőknek azáltal, hogy meghatározzák a kívánatos és vonzó megjelenés paramétereit.

A média hatását vizsgálva például Greenberg és munkatársai (2003) 60 televízióműsort elemezve azt találták, hogy a karcsú személyek túlreprezentáltak, míg az elhízottak csak 3-7%-ban szerepelnek. Emellett a média úgy mutatja be a vékony szereplőket, mint akik a sikert és a boldogságot képviselik. A túlsúlyhoz viszont nemkívánatos következmények kapcsolódnak. A műsorokban a súlyfelesleggel bíró személyek ritkábban jelentek meg szerelmi kapcsolat vagy pozitív társas interakciók részeseiként. Az elhízott férfiak emellett ritkábban dolgoztak vezető munkakörben, a kövér nők pedig gyakrabban váltak humor tárgyaivá (Harrison, 2000).

Ez a tendencia már a gyermekeknek szóló tv-műsorokban is megjelenik. Erre példa a Harry Potter és a Charlie és a csokigyár című film (Latner és Schwartz, 2005; Puhl és Heuer, 2009).

A vékony mesefigurák gyakrabban töltik be a pozitív karakter szerepét, több proszociális tevékenységben vesznek részt, intelligensek, fiatalosak, boldogok és összességében jók (Klein és Shiffman, 2005, 2006). Harrison (2000) vizsgálatában 1-3. osztályosok televíziózási szokásait kutatva azt találta, hogy a fiúk tv-nézési szokásai növelik a kövér lányokkal szembeni negatív attitűdöket. A reklámokat elemezve Geier, Schwartz és Brownell (2003) azt találták, hogy a diétás reklám után megerősödött az a meggyőződés, miszerint az elhízott egyének felelősek a testsúlyukért. Mindez alátámasztja, hogy a reklámokban bemutatott karcsú alakok szintén hatással lehetnek a súlyfelesleggel bíró emberek megítélésére.

A média mellett a szülők és a kortársak is jelentős nyomást gyakorolhatnak az egyénekre, hogy elfogadják a karcsú és kisportolt testideált és elítéljék azokat, akik nem felelnek meg ezeknek a túlzó elvárásoknak (Myers és Crowther, 2007). Például Rich és munkatársai (2008) azt találták, hogy az anya magasabb BMI-je és testi elégedetlensége független előrejelzője volt az óvodás gyermekük elhízottakkal szembeni előítéleteinek.

Adams, Hicken és Salehi (1988) vizsgálatukban szintén arra mutatnak rá, hogy kisgyermekkorban a szülők igen erőteljes hatással lehetnek az elhízottakkal szembeni előítéletek alakulására. Vizsgálatukban arra kérték a szülőket, hogy találjanak ki és mondjanak el egy mesét a gyermeküknek egy képen látható mesefiguráról. A szülők több sztereotip és negatív jellemzővel ruházták fel a kövér figurát, mint a normális testalkatút. Továbbá, ha egy szülő aggódik a saját és gyermeke testsúlya és esetleges kövérsége miatt, az hatással lesz gyermeke testképére és az elhízottak gyermek általi megítélésére (Stanford és McCabe, 2005).

Serdülőkorban a kortársakkal folytatott beszélgetések és a kortársaktól elszenvedett csúfolás ugyancsak jelentős hatást gyakorolhatnak a fiatal testképére, diétázási szokásaira és súlyfelesleggel bíró kortársai megítélésére. Jones, Vigfusdottir és Lee (2004) a kortárshatások összetevőit vizsgálták 7-10. osztályos serdülőknél. Azt találták, hogy a barátokkal folytatott beszélgetés a megjelenés fontosságáról, illetve a kortársaktól érkező, a külső megjelenésre vonatkozó kritika, bírálat mindkét nem esetében hatással volt a testtel való elégedetlenségre és az előítéletekre.

A szociokulturális tényezők (média, szülő, kortárs) tehát erőteljes hatást gyakorolhatnak a súlyfelesleggel bírók megítélésére. A testi elégedetlenséghez hasonlóan itt is el lehet mondani, hogy ezeknek a faktoroknak csak akkor van hatásuk, ha a személy internalizálja is a megjelenés társadalmilag meghatározott standardjait (Thompson és Stice, 2001). Latner, Rosewall és Simmonds (2007) egy vizsgálatukban a televízió, a videojátékok és a magazinok használatának gyakoriságát, valamint a média által közvetített szépség- és karcsúságideál internalizálásának mértékét vizsgálták 10-13 éves diákok körében. Eredményeik szerint a tömegkommunikációs eszközök használata korrelált a médiaüzenetek internalizálásával, ami pedig hatást gyakorolt az elhízottak iránti előítéletre. Hasonló eredményeket kapott Lin és Reid (2009), illetve Vartanian, Herman és Polivy (2005) felnőtt nőkkel végzett kutatásukban. Az eredmények azt mutatják, hogy akik elfogadják a média által sugallt testideálokat, azok hajlamosabbak negatív tulajdonságokkal felruházni az elhízott személyeket.

A szülőktől, mint fontos referenciacsoporttól érkező közvetlen megjegyzések — amelyek már kora gyermekkorban a külső fontosságára hívják fel a figyelmet — szintén hozzájárulnak a megjelenés szociokulturális standardjának internalizálásához (Van den Berg és mtsai, 2007). A kortársakkal folytatott beszélgetések pedig vélhetően azért

erőteljes hatásúak, mert ebben az életkorban a kortársakkal kialakított szimmetrikus kapcsolatokban tudja a fiatal felmérni és összevetni saját képességeit és nézeteit a társaiéval. A barátokkal való együttlét növeli az intimitás légkörét, ezért ha gyakran esik szó a külsőről és annak fontosságáról, a serdülő valószínűbben átveszi és internalizálja a kortársak által közvetített karcsúságideálokat és az elhízottakkal szembeni előítéleteket (Jones, Vigfusdottir és Lee, 2004). Kortársak csúfolódása esetén pedig azáltal, hogy a kortársak kritizálják a serdülő megjelenését, nemcsak negatív visszajelzést kap a fiatal a testéről, hanem a kívánatos megjelenés hangsúlyozásával hozzájárul a szociokulturális standard internalizálásához is.

### 1.3.3.2 Kulturális különbségek

Az eddigi kutatások legtöbbször az elhízással kapcsolatos előítéleteket főként a fehér európai, illetve amerikai gyermekek körében vizsgálta, de egyre több tanulmány születik, amely azt kutatja, hogy a különböző kultúrák hogyan vélekednek az emberi testről, a női és férfi ideálról, azaz arról az alakról, amit a legvonzóbbnak tartanak. Az eddigi eredmények alapján a különböző kultúrák eltérő alakot tartanak vonzónak, így az elhízottak megítélése is különböző az egyes kultúrákban (Túry és Szabó, 2000). A legtöbb adattal a feketék között végzett vizsgálatokból rendelkezünk. A felmérések egybehangzóan azt találták, hogy a fekete nők sokkal elégedettebbek a saját testükkel, magasabb BMI csoportban is, mint a fehérek (Smolak, 2004). Mivel a fekete nők is feltételezhetően hasonló mértékben vannak kitéve a tömegkommunikációs eszközök hatásainak, valószínű, hogy a különbségeket az eltérő, kulturálisan meghatározott szépségideál, és a testsúly szempontjából elfogadóbb családi környezet adja. A fekete gyermekek és serdülők vonzerővel kapcsolatos ítéleteit nagyobb mértékben befolyásolja az anya és a nagymama, míg a fehér lányokra leginkább a kortársak véleménye és a televízió hat (Parnell és mtsai, 1996). Brown és munkatársai (1995) azt találták, hogy a fekete anyák sokkal toleránsabbak lányuk túlsúlyával kapcsolatban. Ezenkívül a fekete serdülő fiúk (Thompson és mtsai, 1996) és felnőtt férfiak is a vastagabb női alakot tartják ideálisnak, mint a fehérek, s a teltebb női alakhoz több pozitív tulajdonságot is társítanak (Jackson és McGill, 1996). Kevés tanulmány vizsgálta az ázsiai személyeket, de jellemzően egyre inkább átveszik az európai kulturális értékeket, s így ezzel párhuzamosan megjelenik a testkép miatti aggodalom és az elhízottakkal szembeni negatív attitűdök (Nouri, Hill és Orrell-Valente, 2011). Mellor és munkatársai 2004-ben az ausztrál őslakosokat, 2008-ban pedig a

chilei serdülőket vizsgálták. Az eredmények szerint az ausztrál őslakosok inkább a fekete, míg a latin-amerikaiak a fehér népeességhez hasonlítanak.

A hazánkban végzett felmérések alapján a magyarok is meglehetősen elégedetlenek különböző testrészeikkel és alakjukkal. Ez az elégedetlenség jellemző a serdülőkre, egyetemistákra, a dolgozó nőkre és az idősebb korosztályra egyaránt (Szabó és Túry 1995; Kiss, 2008). Emellett már a 10-15 év közötti gyermekek körében is jelen van a túlsúlyos kortársak elítélése, s úgy tűnik, maguk a túlsúllyal küzdő gyermekek is elítélik elhízott kortársaikat (Papp, Czeglédi és Túry, 2011).

Hazánkban a legnagyobb arányban élő nemzetiségnek a romák tekinthetők. A KSH népszámlálása alapján 2011-ben, 315 ezren vallották magukat roma nemzetiséghez tartozónak (KSH, 2011). A romák körében eddig még nem készült összehasonlító vizsgálat az elhízással kapcsolatos attitűdök és az ideálisnak tartott testalkat tekintetében. Ennek egyik lehetséges oka a származással kapcsolatos hiteles adatok begyűjtésének nehézsége. Számos eltérő javaslat van érvényben az adatok felmérésével kapcsolatban, azonban egyik sem teszi lehetővé az adatok torzításának teljes kiküszöbölését (Ladányi és Szelényi, 1997).

A roma népeesség szociális helyzet szempontjából a legrosszabb körülmények között lévő társadalmi csoport hazánkban, amely még napjainkban is őrzi sajátos kultúráját és értékrendjét. Az elhízással és ideális testalkattal kapcsolatos attitűdjeikre leginkább csak egyes kvalitatív vizsgálatok, illetve néhány szociológiai és néprajzi felmérés eredményeiből következtethetünk. Mivel számos roma él még ma is a létminimum alatt, az ételhez, az étkezéshez, a testsúlyhoz való viszonyuk jelentősen más, mint a középosztálybeli nem romáké (Bánlaky, 1993). A táplálkozás tekintetében megállapítható, hogy bár általában ismerik az egészséges táplálkozás alapelveit, de mégsem követik ezeket. A jobb módú, a megélhetéssel nem napi szinten küzdő családok is sok zsírt, cukrot fogyasztanak, és az egészséges embert kövérnek képzelik. Szuhay Péter (1995) néprajzkutató úgy véli, nem csupán táplálkozási és egészségi okai vannak a romák egy részénél az elhízásnak, hanem társadalomlélektaniak és kulturálisak is. A hagyományos kultúrák többségében ugyanis a tehetőség, a gazdagság, a jólét, a magas társadalmi státus jelölésére épp a mértéktelen evést és túlhízott testet alkalmazzák. Pik Katalin (1991) szociológus pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy az „éhség rémétől” csak egy vagy két generáció óta megszabadultaknál, mint a cigányoknál, természetes, hogy „az évszázados lemaradást igyekeznek minél hamarabb bepótolni”(171.o). Nyitott kérdés tehát, hogy a romák, hogyan viszonyulnak az elhízáshoz.



## **1.4 Az elhízás kezelési lehetőségei**

### **1.4.1 Alapelvek**

Az elhízás gondozása és kezelése több mint pusztán testsúlycsökkentés. Célja az általános egészségi állapot javítása, továbbá a kockázati tényezők felismerése, a szövődmények kezelése. A fenti célok az étrend módosításával, a fizikai aktivitás növelésével és a fittség elérésével általában már mérsékelt testtömegcsökkentéssel is elérhetők (5-10%-os fogyás) (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011).

Alapvető fontosságú a reális súlycél (fogyás) meghatározása, amelynek elérésével mérsékelhetjük az elhízást kísérőbetegségek kialakulásának kockázatát. Reális célnak tekinthető a hat hónap alatti 5-10%-os testtömegcsökkenés, amely már kedvező hatást gyakorol az egészségi állapotra. A visszahízás megelőzése érdekében ezen túlmenően ki kell dolgozni egy hosszú távú súlymegtartó programot is. A beteggel meg kell értetni, hogy az elhízás krónikus betegség, ezért az elhízás kezelésének élethosszig kell tartania (Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

Az elhízott személyek kezelése során kiemelten fontos a hatékony orvos-beteg kommunikáció és a pszichés támogatás a testsúlycsökkentés folyamatában. Ennek első lépése a szűrés, hiszen a predisponáló személyiségtényezők (pl. negatív önértékelés, testi elégedetlenség), valamint az esetleges komorbid pszichés zavarok (pl. depresszió, evészavarok) akadályozhatják a kezelés sikerességét (Géczy, 2012).

A hatékony együttműködést akadályozhatja továbbá az, hogy az orvosok gyakran előítéletesek az elhízott betegekkel szemben, az elhízást viselkedéses problémának tekintik (pl. akaraterő hiánya) és a beteget lustának, ügyetlennek, taszítónak találják. Más egészségügyi szakembereknek, pl. a dietetikusoknak is lehetnek negatív vagy ambivalens attitűdjeik. Ezt el kell kerülni, mert rombolják a beteg önértékelését, s olyan orvos-beteg kommunikációt idézhetnek elő, amely vissza is tarthatja a beteget az egészségügyi ellátástól (Simonyi és Czeglédi, 2009).

Az elhízás kezelése öt pilléren nyugszik: diéta, mozgásterápia, farmakoterápia, sebészi terápia és viselkedésterápia (Pados, 2010).

### **1.4.2 Diéta**

A beteg táplálkozásának ismerete alapvető fontosságú. Ennek érdekében javasolt táplálkozási naplót vezetetni a beteggel, amelynek segítségével megismerhetjük a beteg

táplálkozásának mennyiségi, minőségi oldalát, illetve feltárhatók a helytelen étkezési szokások és az esetleges evészavarok. Érdemes dietetikai tanácsadást felajánlani, amelynek során bátorítsuk a beteget az egészséges élelmiszerekre történő átállásra, továbbá hangsúlyozzuk a rostús táplálkozás, a zöldségek, a gyümölcsök, továbbá az alacsony zsírtartalmú élelmiszerek fogyasztásának jelentőségét. A korszerű diétával szemben követelmény, hogy ne csökkenjen jelentősen a zsírintes testtömeg, ne alakuljon ki anyagcserezavar, a diéta alatt ne legyen kínzó éhségérzet és biztosítsa a megfelelő tápanyagellátást (Eü. Min. szakmai protokoll, 2008; Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

Az étrend kialakítása minden esetben egyénre szabottan kell, hogy megvalósuljon, figyelembe véve a beteg étkezési szokásait, fizikai aktivitását, a kísérőbetegségeket, életmódját, továbbá a korábbi diétás próbálkozásokat. A diétát képzett szakember, dietetikus állítsa össze (Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

A diétás tanácsadás legfontosabb célja, hogy (1) változtassuk meg a betegek táplálkozáshoz, egészséges életmódhoz való hozzáállását; (2) adjuk át mindazt az elméleti tudást, amellyel a beteg önállóan is képes a diétáját megtervezni; (3) fejlesszük azon készségeit, melyekkel képes lesz összeállítani a megfelelő étrendet és elkészíteni a megfelelő ételeket (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011).

### **1.4.3 Mozgásterápia**

Az energiabevitel csökkentése önmagában gyakran nem bizonyul hatékonynak, fokozott fizikai aktivitással szükséges kiegészíteni. A mozgásterápia kezdetén orvosi vizsgálat szükséges, az orvos, vagy a gyógytornász az életkor, az anamnézis, a fizikai vizsgálat és a fizikai anamnézis alapján írja elő a mozgásterápiát (Bedros, 2012). A mozgásprogramnak a fokozatosság elvét kell követnie. Célszerű olyan mozgásformákat előírni, amelyek a beteg hétköznapi életébe beilleszthetők (pl. egy megállót sétáljon, lépcsőn menjen az emeletre, ne lifttel). Javasolt mozgásformák elsősorban az aerob jellegű séta, futás, úszás, kerékpározás, amely kiegészíthető erőtréninggel, heti 2-3 alkalommal (Pados, 2010). Fontos a beteg figyelmét felhívni arra, hogy a túlzott energiabevitelt a mozgással csak korlátozottan lehet kompenzálni, ezért a kalóriafelvétel csökkentése nélkül nem érhető el érdemi eredmény (Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011).

#### 1.4.4 Gyógyszeres kezelés

A farmakoterápia a komplex kezelés csupán egyik eleme. A gyógyszeres kezelés indikált 30 feletti BMI-ben, illetve 27 feletti BMI-vel rendelkező betegek esetén, amikor már kísérőbetegségek (pl. hipertónia, 2-es típusú diabetes mellitus) is megjelentek. Az elhízás kezelésére alkalmazott gyógyszerek számos hatástani csoportba tartozhatnak. Fokozhatják a telítettségérzést, csökkenthetik a tápanyag-felszívódást, növelhetik az anyagcserét, de hatásuk általában csak mérsékelt. Régebben számos készítményt alkalmaztak az elhízás gyógyszeres kezelésére, jelenleg az elhízás kezelésének hosszú távú alkalmazására ( $\geq 24$  hét) csak az orlistat elérhető, mivel a sibutamint és a rimonabantot egyaránt visszavonták a gyógyszerpiacról (Simonyi, Pados, Medvegy és Bedros, 2012).

#### 1.4.5 Sebészeti beavatkozás

Morbid obezitás kezelésében a sebészeti kezelés biztosítja hosszú távon a legjobb eredményeket. Csökkenti a kísérőbetegségek előfordulását és a hosszú távú mortalitást, javítja az életminőséget. A következő esetekben javasolt a sebészeti kezelés:

1. 18-60 év közötti életkor.
2.  $BMI \leq 40$  vagy  $BMI = 35-40$  olyan kísérőbetegségek esetében, amikor a testtömegcsökkenés kedvező hatása várható (pl. 2 típusú diabetes mellitus, metabolikus szindróma, kardiorespiratorikus betegségek, súlyos ízületi panaszok, az elhízással összefüggő súlyos pszichés zavarok).
3. A „hagyományos” fogyókúrák eredménytelenek voltak.
4. Együttműködő beteg.
5. Alkohol- vagy drogabúzus nem áll fenn (Simonyi, Pados és Bedros, 2012).

A korábbi műtéti megoldásoktól eltérően jelenleg csak rugalmas gyomorszűkítő gyűrű felhelyezése elfogadott laparoszko-pos beavatkozással. A sebészi kezelés után fontos a beteg gondozásba vétele, pl. a kísérőbetegségek kezelése és a sebgyógyulás fokozott figyelemmel kísérése (Eü. Min. szakmai protokoll, 2008).

#### 1.4.6 Pszichoterápia

Bár az elhízás kezelésével kapcsolatos magyar nyelvű tudományos orvosi szaklapokban, illetve protokollokban a legtöbb esetben említésre kerül a pszichoterápia és

pszichés támogatás fontossága, ennek gyakorlati keretei, megvalósulási lehetőségei nem kidolgozottak.

A belgyógyászati szakmai kollégium már a túlsúly megjelenésekor és/vagy a rizikófaktor(ok) észlelése esetében, vagyis a prevenció szakaszban a magatartásterápiának fontos, bázisterápiás szerepet ad, vagyis elsődleges beavatkozásként választandónak javasolja (Eü. Min. szakmai protokoll, 2008). A pszichoterápiás módszerek hatékonysága a betegség tartós kezelésében (a fogyásban, a súlymegtartásban és a pszichés állapot javításában) még diétától függetlenül is igazolt (Túry és mtsai, 2010).

Az elhízás legfontosabb pszichoterápiás lehetőségei a következők: (1) pszichodinamikus, mélylélektani terápiák; (2) megváltozott tudatállapottal operáló módszerek: pl. imaginatív terápiák, relaxáció, meditáció, hipnózis; (3) családterápia; (4) csoportpszichoterápiák; (5) viselkedés- és kognitív terápiák. Ezeken túlmenően az integratív terápiás rendszereknek, illetve az önsegítő csoportoknak is szerepük lehet a kezelésben (részletes összefoglaló lásd: Túry és mtsai, 2010; Túry és Joó, 2004). Az értekezés tárgyát képező viselkedésterápiás módszert a következő fejezetben részletesen tárgyalom.

Túry és munkatársai (2010) kiemelik, hogy ma az integratív törekvéseken van a hangsúly, ezeket pedig szervezett terápiás teamek képviselik. Mindez összhangban van a pszichoszomatikus zavarok biopszichoszociális, komplex megközelítésével. Természetesen az egyes módszerek is segíthetnek önmagukban, de számos vizsgálat bizonyítja, hogy a gondosan tervezett terápiás kombinációk hatékonyabbak. Az integratív terápiás megközelítés gyakran a lépcsőzetes ellátás formájában valósul meg. Ez azt jelenti, hogy kezdetben kisebb ráfordítást igénylő módszereket, majd terápia rezisztencia esetén egyre fokozódó intenzitású kezelést alkalmaznak. A lépcsőzetes ellátás modelljében az önsegítő csoportoknak is szerepük van, ahogyan az például az alkoholisták kezelésében ismert.

#### **1.4.6.1 Az elhízás viselkedésterápiás kezelési lehetőségei**

Napjainkban az elhízás kezelésének fő pszichológiai módszere a viselkedésterápia (behavioral therapy, BT), amelynek kialakulása az 1960-as évekig vezethető vissza (Adachi, 2005). Célja, hogy azonosítsa és korrigálja azokat a maladaptív szokásokat, amelyek hozzájárulnak a páciens testsúlyzavaraihoz, illetve a testsúlycsökkentő próbálkozások kudarcához (Wadden és Butryn, 2003). Korábban ez leginkább az étkezési szokások megváltoztatására és a fizikai aktivitás növelésére vonatkozott (Wilson, 1995). Mára számos

programot dolgoztak ki, amelyek egyre árnyaltabbá, kidolgozottabbá váltak, számos kognitív elemmel gazdagodtak (Wing, 2004; Perczel-Forintos és Czeglédi, 2011). Most röviden azokat a viselkedéses elemeket szeretném bemutatni, amelyeket a leggyakrabban alkalmaznak a különböző testsúlycsökkentő csoportok alkalmával.

*1. Önmonitorozás:* Az önmegfigyelés a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportok egyik kulcskomponense. Több elem is ide tartozik, többek között a táplálkozási és aktivitási napló vezetése, valamint a testsúly heti monitorozása. Ezek az alapvető elemek segítik a beteget abban, hogy jobban tudatában legyen a saját étkezési és testedzési szokásaival, beleértve az ezt meghatározó környezeti, idői, valamint társas és pszichológiai tényezőket. Az önmegfigyelés fontos eszköz lehet a változás folyamatának végigkövetésében is (pl. testsúly csökkenése, rendszeresebb mozgás), ez pedig növeli a motivációt a további viselkedéses változásra (Boutelle és mtsai, 1999). Bizonyított, hogy a diéta és az edzés folyamatos ellenőrzése korrelál a sikeres súlycsökkentéssel (Carels és mtsai, 2005). Fontos, hogy a feljegyzések készítése csökkenti, de nem küszöböli ki a kalóriabevitel alábecslését (akár napi 40-50%-kal is – Simonyi, Medvegy és Bedros, 2011).

*2. Reális célok felállítása.* A viselkedéses testsúlycsökkentő programok abban segítik az egyéneket, hogy reális célokat állítsanak fel a viselkedésváltozásra vonatkozóan. A viselkedéses célok lehetnek közvetlenül a súlyváltozással kapcsolatosak (pl. a kalóriabevitel korlátozása) vagy közvetettebb módon is kapcsolódhatnak a fogyáshoz (pl. a túlevés elkerülésének módjai, amelyek által a kalóriabevitel is csökken, ezáltal elősegítve a fogyást). A célkitűzésnél a következő három szempontot kell figyelembe venni: *1. Célirányosság:* egyértelmű célokat kell meghatározni, amelyek könnyen mérhetőek, pl. 30 perc séta hetente négy alkalommal. A pontosan és világosan meghatározott célok lehetővé teszik a siker tiszta mérését. *2. Folyamatorientáció:* a legtöbb fogyni vágyó tudja, hogy keveset kell ennie és többet mozognia a cél elérése érdekében, de annak meghatározása, hogyan valósítsa meg ezt a célt, sokkal nehezebb. Éppen ezért amellet, hogy a terapeuta segít pontosan meghatározni az egyéneknek, hogy mit szeretnének elérni, abban is segít, hogyan tegyék ezt. *3. Fokozatosság elve:* a viselkedéses megközelítés a kicsi, egymást követő változásokat támogatja, nem a nagyokat. A lépésről lépésre elven alapul, mely szerint a kicsi, egymásra épülő lépések segítségével könnyebben elérhető egy távolabbi cél is. A kis célok teljesítése a siker élményét adja az egyén számára, amelyre lehet építkezni, míg a drasztikus változások általában nem tarthatók fenn hosszú távon (Foster, Makris és Bailer, 2005).

3. *Stimulus (környezeti) kontroll*: Az ingerkontroll stratégiák szorosan kapcsolódnak az önkontroll módszerekhez. Azon ingerek korlátozására, kizárására irányuló erőfeszítés, melyek maladaptív evési viselkedést (azaz túlevést) idézhetnek elő. Segítségével a személyek jobban tudják kezelni az önmonitorozás során megfigyelt problémaviselkedéseket (pl. túlevés vagy edzés elhanyagolása), illetve abban is segítenek, hogy a kívánatos viselkedés rögzüljön (Levy és mtsai, 2007).

4. *Problémamegoldó készségek fejlesztése*: A sikeres testsúlycsökkentés során tudatosan fel kell és fel lehet készülni azokra a helyzetekre, amelyek előre látható módon általában a fogyás akadályát jelentik (pl. maradék, kirándulás, vendégség stb.). D’Zurilla és Goldfried (1971) ötlépéses modellje a következő szinteket tartalmazza:

(a) Általános problémaorientáció. A problémamegoldás sikeréhez szükséges, hogy a személy egyrészt elfogadja, hogy a problémák életünk természetes velejárói, és hogy többnyire megoldhatók.

(b) A probléma meghatározása. A mindennapi élet problémái legtöbbször nem egyértelműek, éppen ezért a probléma megoldásához először is pontosan meg kell tudni fogalmaznia a problémát és az elérendő célt.

(c) Alternatívák generálása/kidolgozása: ötletbörze (brainstorming) alkalmazása, amelynek kidolgozása Osborn (1963) nevéhez fűződik és négy alapszabálya van: (1) a megoldási javaslattal kapcsolatos minden ellenérv felfüggesztése; (2) a fantázia szabadon engedése: vad ötletek elfogadása; (3) minél több ötlet összegyűjtése; (4) egymás ötleteinek kombinálása és továbbgondolása.

(d) Döntéshozatal az egyes megoldások előnyeinek és hátrányainak végiggondolásával.

(e) Megvalósítás és kiértékelés: a személy végrehajtja a kiválasztott megoldást és visszajelzést kap annak hatékonyságáról. Amennyiben szükséges, a tapasztalatok alapján új stratégiát keres.

5. *Társas támogatás*: Önmagában nem viselkedésterápiás technika, ennek ellenére hasznos eleme lehet a kezelésnek (Reever, 2008). A vizsgálatok szerint azok a betegek, akik úgy érzik, hogy több társas támogatást kapnak, sikeresebbek a súlyvesztés terén (Levy és mtsai, 2007). A támogatás származhat a családtól, barátoktól vagy máshonnan (pl. futóklub). Csoportterápia esetén a csoporttagok támogatják egymást, amely bizonyítottan növeli a testsúlycsökkenés hatékonyságát (Renjilan és mtsai, 2001).

6. *Megerősítés:* A súlycsökkenés kézzelfogható eredményei (pl. kisebb méretű ruha, könnyebb mozgás, elismerés másoktól) nagyon megerősítő hatásúak lehetnek a súlycsökkenés kezdeti szakaszában, de a súlymegtartás nehézsége felhívja arra a figyelmet, hogy további pozitív megerősítés szükséges. A hosszú távú hatásért a betegeknek ki kell találniuk a saját önjuttalmazási rendszerüket, amellyel önállóan képesek motiválni magukat, a külső visszajelzések hiányában is (Levy és mtsai, 2007).

7. *Stresszmenedzsment:* Jól ismert a kapcsolat a stressz és az egészségtelen megküzdő mechanizmusok között. Sokan számolnak be arról, hogy stressz esetén evéssel, ivással vagy más módon, pl. dohányzással nyugtatják magukat (Reever, 2008). Ezek miatt a maladaptív megküzdési módok miatt a túlsúlyos betegeknél a stressz gyakran vezet a testsúlycsökkentő próbálkozások feladásához. Éppen ezért érdemes egy hatékony stresszcsökkentő eszközt is beilleszteni a programba, amelynek segítségével a személyek adaptívabban tudnak megküzdani a mindennapi feszültségkeltő helyzetekkel, ilyen pl. az autogén tréning vagy a progresszív relaxáció.

8. *Asszertivitás:* Ha az elhízás hátterében a rossz önértékelési képesség valamilyen szerepet játszik, akkor hasznosak lehetnek a sikeres önértékelést szolgáló kommunikációs tréningek és szociális ügyességeket fejlesztő módszerek, amelyeket a csoportos testsúlycsökkentő program során alkalmaznak (Túry és mtsai, 2010).

9. *Relapszusprevenció:* Egy másik lehetőség arra, hogy növeljük a súlycsökkentő program hosszú távú hatékonyságát, ha a szerabúzus során is használt relapszusprevenciós technikákat alkalmazunk. Ezeket az eszközöket használva a betegek először megtanulhatják felismerni azokat a kockázatos helyzeteket, amelyek a diéta feladását okozzák és terveket készítenek arra, hogyan kerüljék el ezeket a helyzeteket, vagy ahol ez nem lehetséges, megküzdjenek velük (Levy és mtsai, 2007).

Az elhízás viselkedésterápiája általában 10-20 fős csoportokban történik, heti egy alkalommal, 24-26 héten át (Perczel-Forintos és Czeglédi, 2011). Az ülések időtartama általában 60-90 perc, a csoportvezetők pszichológusok és/vagy dietetikusok (Géczy és Perczel, 1988; Jones és Wadden, 2006). A programokra jellemző, hogy rövid, strukturált és időhatáros, kezelési alapelvei világosan áttekinthetőek, az ülések menete protokoll alapján történik. Az ülések során a vezető aktív és direktív (Géczy, 2012). A program általában sok otthoni feladattal is kiegészül, valamint az egyéni problémák helyett általános témákkal foglalkoznak. Fontos szerepet kap benne a pszichoedukáció, különös tekintettel a táplálkozás mennyiségi és

minőségi kérdéseire (Túry és mtsai, 2010). A csoporttagok összetétele bizonyos szempontból homogén, tehát mindannyian elhízottak, de ideális, ha a nemek, illetve a túlsúly mértéke szempontjából heterogén a csoport.

A nagyszámú kutatási eredmények szerint a viselkedésterápia mérsékelt, átlagosan 10%-os fogyást eredményez (pl. Wadden és mtsai, 2005; Jones és Wadden, 2006), azonban a hosszú távú eredmények nem ennyire kedvezőek. A páciensek jellemzően a leadott testsúly átlagosan 30%-át hízzák vissza a kezelést követő első évben. Későbbiekben a visszahízás lassul ugyan, de az ötödik évnél a páciensek kb. fele visszatér a kezelés előtti testsúlyához (Jones és Wadden, 2006). Éppen ezért a mai kutatások legfontosabb célja már nem elsősorban az elérhető fogyás növelése, hanem a hosszú távú súlymegtartás elősegítése. Ennek egyik módja lehetne a kezelések időben történő elnyújtása, azonban ez nem bizonyult számottevően eredményesebbnek (Jones és Wadden, 2006). Egy másik kibontakozó kutatási törekvés azoknak a pszichológiai jellemzőknek a megismerése, amelyek szerepet játszanak a sikeres testsúlycsökkentésben és a testsúlymegtartásban. Az eddigi kutatási eredmények alapján a pszichés tényezők fontos szerepet játszanak az elhízásban és a testsúlycsökkentés kudarcában. Másrészt érdemes lenne különbséget tenni a fogyás és a súlymegtartás között, hiszen ezek eltérő képességeket igényelnek. Sajnos, a még ma is népszerű, nagyon alacsony kalóriatartalmú diéták nem adnak támaszt a beteg számára a súlymegtartó fázisban, illetve a testsúlycsökkentő programok során gyakran elmarad a fogyást követő aktív súlyfenntartás szükségének (pl. heti testsúlymérés) hangsúlyozása. Nem véletlen, hogy az elhízott betegek nagy részének az élete diétázásból és az azt követő visszahízással jellemezhető szakaszokból áll.

Szintén fontos szerepet játszanak az irreális fogyási célok és a fogyáshoz társuló elvárások. Az elhízott személyek általában kb. 22-34%-os fogyásra számítanak a kezelés eredményeképpen (Ames és mtsai, 2005), bár általában 5-10%-os testsúlycsökkenés várható. Másrészt sok esetben a személyeknek irreális elvárásaik vannak a fogyással kapcsolatban (pl. boldogabbak lesznek, könnyebben találnak munkát stb.) és stabil az a hiedelmük, hogy ezeket a célokat (ún. elsődleges célokat) más úton nem érhetik el. A fogyni vágyók jelentős része főként a vonzóbb külső és az előnyösebb öltözködési lehetőségek miatt vág bele a diétába. További gyakori elsődleges cél az önbizalom növekedése, illetve a sikeresebb társas és szakmai kapcsolatok. Bár közzismert a túlsúly egészségügyi kockázata, az egészség megőrzése, illetve a betegségek megelőzése kevésbé valószínűen jelenik meg vezető okként a fogyás során. A fent felsorolt célok jelentős része azonban csak lazán kapcsolódik a testsúlycsökkenéshez (pl.



önértékelés növekedése, sikeresebb munkahelyi vagy társas kapcsolatok), így ha a fogyás eredményeképpen az elsődleges cél nem valósul meg, az szerepet játszhat a súlykontroll feladásában és ezáltal a visszahízásban. Ezeket az észszerűtlen célokat és elvárásokat erőteljesen támogatja a mai szépségideál és társadalmi elvárás is, ami azt sugallja, hogy a karcsúság egyenesen arányos a boldogsággal.

A fenti tényezők miatt az utóbbi évtizedekben a klasszikus viselkedésterápiás kezelési módokat egyre több kognitív elemmel gazdagították. A módszerek célja a kognitív fenntartó mechanizmusok módosítása, a viselkedési tünetekhez vezető irracionális hiedelmek, sablonok, kognitív torzítások, sémák korrekciója (Túry és mtsai, 2010). Továbbá a kognitív terápiában a testképpel, és az önértékeléssel is hangsúlyosan foglalkoznak. Így a terápia során sorra veszik a leggyakoribb kognitív torzításokat, amelyek tükrözik a táplálkozással, testsúllyal és alakkkal kapcsolatos mögöttes hiedelmeket és feltételezéseket. A gondolatnapló segítségével van lehetőség ezeknek a megismerésére, megkérdőjelezésére és átstrukturálására. Az önértékelés és testkép kapcsolatának a konceptualizálása szintén segít a személy egyéni problémáinak kognitív modellben való értelmezésében. Ezenkívül magába foglalja a problémaviselkedés, az előidéző tényezők, a személyiségfejlődés eseményeinek, a jelentésadási tendenciáknak az ismeretét (Perczel-Forintos és Mórotz, 2010).

#### **1.4.6.2 Prochaska és DiClemente: a változás transzteoretikus modellje**

A viselkedésváltozás transzteoretikus (elméleteken átívelő) modellje (TTM) (Prochaska és DiClemente, 1982) eredetileg a klinikai pszichológia elméleteinek és koncepcióinak integrációjaként került bevezetésre a viselkedésváltozás megértése céljából (Czeglédi, 2012b).

A modell lényege, hogy a viselkedésváltozás nem egyszeri esemény, hanem folyamat, amely időben hosszan elnyúlhat és a szakaszok meghatározott sorozatán, összesen hat szakaszon megy keresztül, ezek a szakaszok a változás stádiumai. Az egyes stádiumok jellemzői a következők (Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992; Prochaska, Norcross és DiClemente, 2009):

*Töprengés előtti szakasz.* Ebben a szakaszban lévő személy nem valószínű, hogy érdeklődik a problémamegoldása iránt, gyakran motiválatlan és ellenáll a változásnak, segítő szándéknak. Az ebben a stádiumban lévő személyek számára a cselekvésorientált programok hatástalanok. Itt a szakember célja lehet a következő szakaszba való átlépés segítése.

*Tépelődés szakasza.* A szakaszra jellemző, hogy a személy már elkezd gondolkodni a problémáról. Már kész arra, hogy többet tudjon meg a lehetséges változásról, jobban tisztában van a változás előnyeivel, de a hátrányaival is. Habár a tépelődés szakaszában biztathatjuk a beteget, akár nagyon hosszú időre is megragadhat ebben a szakaszban, a költségek és hasznok egyensúlyának csapdájában, vagy a változástól való félelemben.

*Előkészület szakasza.* Itt kerül sor a változásra való felkészülésre. Ebben a szakaszban már a változás mellett szóló érvek kerülnek túlsúlyba, a személy már kész lépéseket tenni, igényli a segítséget, de gyakran nem tudja, mit kellene tennie. A változás ezen stádiumában lévő személyek alkalmasak egy cselekvésorientált programban való részvételre. A programok kidolgozásánál is fontos szempont azonban, hogy a program elején egy jó előkészítő szakasz lényegesen elősegítheti a változás sikerességét. Éppen ezért a program kezdetén alkalmazható módszer az elköteleződés, a változás mellett való döntés további erősítése, a változásért való felelősség vállalásának támogatása. Ennek egyik kiváló eszköze a motivációs interjú (lásd következő fejezet).

*Cselekvés szakasza.* Ez az a szakasz, amikor a személy már specifikus, egyértelmű változásokat vezet be a viselkedésében. Már elköteleződött, de a változás hatalmas erőfeszítést kíván az egyéntől. Bár mindenki számára ez a leglátványosabb szakasz, fontos szem előtt tartani, hogy nem ez a változás folyamatának a kezdete, a személy már számos fontos szakaszon és döntésen van túl, mire eljut a valós cselekvésekig.

*Fenntartás szakasza.* A segítő szerepe ebben a szakaszban az ott tartás. Ekkor már a személy halad előre a változás folyamatában, valamint dolgozik a visszaesés megelőzésén. A változás egyik legnehezebb szakasza ez, lényegében a változás tartósságának kulcskomponense.

*Befejezés szakasza.* A modell általános leírásában szerepel ez a szakasz, amikor az egyének már nem esnek kísértésbe és semmiképp nem térnek vissza a korábbi káros szokások, de mivel az elhízást krónikus betegségnek tekintjük, amely egész életen át tartó menedzselést igényel, ez a szakasz itt kevésbé értelmezhető. Prochaska és Prochaska (2011) maguk is megjegyzik, hogy bizonyos esetekben, mint amilyen a testsúlykontroll is, a reális cél nem a befejezés, csupán az élethosszig tartó fenntartás lehet (Czeglédi, 2012b).

A változás stádiumaira jellemző, hogy habár a szakaszok egymásra épülő lépcsőfokokat képviselnek, az átmenet közöttük nem lineáris vagy csak egyirányú. A személyek gyakran visszatérhetnek a változás egy korábbi szakaszába és a visszaesés

megelőzése ennek a felismerésétől függ. Az egyes stádiumokban eltöltött idő nagy egyéni variabilitást mutat, azonban az azonos szakaszban lévő személyeknek számos közös jellemzőik vannak, így a továbblépéshez szükséges feladatok hasonlóak.

A hatékonyság érdekében a beavatkozásnak illeszkednie kell a betegek motivációs szintjéhez. Éppen ezért minden kezelés alapja a beteg jelenlegi élményeinek, állapotának felmérése, megértése és elismerése, ami így valószínűbben vezet hosszú távon pozitív kimenetelhez. Ha a személy már a cselekvés vagy a fenntartás szakaszában van, akkor is előfordulhat, hogy a változás különböző szintjein van a különböző viselkedésváltozásra jellemző viselkedésekkel (pl. az étkezésén már számos dolgot változtatott, de a mozgás elkezdése terén még csak a töprengés szakaszában van).

A mai, cselekvésorientált programokban azt várjuk el a résztvevőktől, hogy ériék el a program során előírt viselkedésváltozást, s ha ez nem sikerül, akkor őket hibáztatjuk az akaraterő vagy a motiváció hiányaért, holott elképzelhető, hogy ezek a cselekvésalapú programok az alkalmatlanok, nem pedig a változásra törekvő emberek. Például egy reprezentatív mintával végzett kutatásban – amelyben 15 magas kockázatot jelentő viselkedés megváltoztatását vizsgálták – azt találták, hogy 20%-nál kisebb hányad kész a cselekvésre a vizsgált időszakban. A viselkedésmódosító programok 90%-a mégis e nem egészen 20%-nyi ember számára készül (Prochaska, Nocross és DiClemente, 2009). Éppen ezért a hatékonyabb programok érdekében mindenképpen a kezelés szerves részét kellene, hogy képezze a résztvevők felmérése, és ha szükséges, a változás következő szakaszába való átlépés segítése.

### **1.4.6.3 Motivációs interjú**

Az elmúlt években a motivációs interjú alkalmazása is egyre inkább elterjedt az elhízás kezelésében (Perczel-Forintos, 2010). A motivációs interjú egy direktív, személyközpontú megközelítés a változással kapcsolatos ambivalencia feltárására és a változásra való motiváció aktivizálására (Miller és Rollnick, 1991). A motivációs interjú feltevése, hogy a kliens feladata felismerni a problémát és meghatározni, hogy hova és milyen módon szeretne eljutni. A tanácsadó vagy terapeuta ítéletmentesen próbálja megérteni a személy perspektívájából a problémát és a személy céljait, értékeit. Ebben a megközelítésben a tanácsadó és kliens kapcsolata inkább partnerségi, mintsem szakértő/befogadó viszony, ahol a szakember ismereteivel, készségeivel segíti a változás folyamatát, de elismeri a személy autonómiáját és a választás szabadságát (Rollnick, Miller és Butler, 2008; Christie és Channon, 2014). Szemlélete

és eszközei jól alkalmazhatóak a probléma felismerését elutasítók és a változással szemben ambivalenciát mutatók esetében, ugyanakkor a változás folyamatának más szakaszaiban is hasznos megközelítést nyújt, segít előremozdítani a beteget a változás következő stádiumába (West és mtsai, 2007).

Az elmúlt években egyre több kutatás vizsgálta a motivációs interjú hatékonyságát, alkalmazhatóságát a túlsúly és elhízás kezelésében felnőttek, valamint gyermekek körében. Martins és McNeil (2009), valamint Christie és Channon (2014) áttekintő tanulmányai alapján azt lehet mondani, hogy a módszer hatékonyan támogatja a táplálkozási és testedzési szokások megváltozását, növeli az énhatékonyságot, a testsúly és a BMI-csökkenést, valamint növeli az adherenciát. Segítségével növelhető a kezelést elkezdők és befejezők aránya, valamint javul a kezelés hatékonysága (pl. Martins és McNeil, 2009; Christie és Channon, 2014).

A gyermekkori elhízás kezelésében a motivációs interjú alkalmazhatóságáról kevés kutatás született vegyes eredményekkel (pl. Wasserman és mtsai, 1999; Schwartz és mtsai, 2007; Tripp és mtsai, 2011).

## 2. CÉLKITŰZÉSEK

### 2.1 A vizsgálatok céljai és hipotézisei

A jelen tanulmányban három kutatást ismertetek. Az első keresztmetszeti, kérdőíves kutatás tárgya a testi elégedetlenség, valamint az elhízottakkal szembeni előítéletek vizsgálata serdülő gyermekek körében. A második kérdőíves felmérés során az elhízottakkal szembeni előítélet jelenségét roma és magyar gyermekek körében vizsgáltuk. Végül a harmadik prospektív felmérés célja egy önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program hatékonyságának bemutatása volt, felnőtt túlsúlyos és elhízott személyek körében.

### 2.2 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban

Fő kutatási kérdésünk az volt, hogy a külső megjelenésre vonatkozó szociokulturális hatások (média, szülő, kortárs) és ezek internalizációja hogyan befolyásolja a serdülők önértékelését (testi elégedetlenség) és a kortársak megítélését (elhízottakkal szembeni előítéletek).

A következő hipotéziseket teszteltük:

#### Testtel való elégedetlenség

1. A szubjektív tápláltsági állapot szorosabb kapcsolatban van a testtel való elégedetlenséggel, mint az objektív tápláltsági mutató (BMI).
2. A lányok elégedetlenebbek a testképükkel, mint a fiúk.
3. A szociokulturális hatások (média, szülő, kortárs) kapcsolatban vannak a testképpel való elégedetlenséggel: minél több, a külső megjelenésre vonatkozó szociokulturális hatás éri a serdülőt, annál elégedetlenebb a testképével.
4. Minél inkább internalizálja a serdülő a megjelenésre vonatkozó szociokulturális standardokat (karcsúságideál, illetve kisportolt testideál), annál elégedetlenebb a testképével.
5. Az önértékelés negatív irányú kapcsolatban van a testképpel való elégedetlenséggel: minél elégedetlenebb valaki a testképével, annál alacsonyabb az önértékelése.
6. A szociokulturális hatások (média, szülő, kortárs) és a testképpel való elégedetlenség között az internalizáció mediáló szerepet tölt be.

### **Elhízottakkal szembeni előítéletek**

Az elhízottakkal szembeni előítéletek mérése során a vizsgálati személyeknek négy (egy normális testalkatú fiú, egy normális testalkatú lány, egy elhízott fiú és egy elhízott lány) gyermek figuráját kellett megítélnie különböző mérőeszközök alapján.

7. A serdülők negatívabban ítélik meg az elhízott gyermekeket ábrázoló figurákat, mint az átlagos testalkatúakat. Tehát kedvezőtlenebb tulajdonságokkal társítják az elhízott gyermekeket ábrázoló rajzokat (a Melléknévlistán), kevésbé kedvelik őket (a Vizuális Analóg Skálán) és kevésbé szívesen vennének részt velük közös (szociális, tanulmányi, rekreációs) tevékenységekben (a Közös Tevékenységek Kérdőívén).
8. Az elhízott lányokra vonatkozó előítéletek a legerősebbek, ezért a serdülők kedvezőtlenebbül ítélik meg az elhízott lányokat, mint az elhízott fiúkat.
9. A szociokulturális hatások egyenes irányú kapcsolatban vannak az elhízottakkal szembeni előítéletekkel. Minél több, a külső megjelenés fontosságára vonatkozó szociokulturális hatás éri a serdülőt, annál előítéletesebb az elhízottakkal szemben.
10. Minél inkább internalizálja a serdülő a megjelenésre vonatkozó szociokulturális standardokat (karcsú, illetve izmos testideál), annál előítéletesebb az elhízottakkal szemben.

### **2.3 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében**

Az elméleti bevezetőben ismertetett, különböző kultúrákat és etnikai csoportokat összehasonlító vizsgálatok alapján feltételeztük, hogy az eltérő kulturális értékrend miatt a romák eltérően viszonyulnak az elhízott testhez, mint a magyar társadalom. Tudomásunk szerint sem hazai, sem nemzetközi viszonylatban még nem készült hasonló kutatás romák körében. Emiatt fő célunk annak vizsgálata volt, hogy a túlsúlyos kortársaikkal kapcsolatos előítélet mértéke eltérő-e a 8-14 év közötti roma, illetve nem roma származású gyermekek körében.

## **2.4 Önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában**

Vizsgálatunk célkitűzése az önsegítő elemekkel kombinált viselkedésterápiás testsúlycsökkentő programunk hatékonyságának vizsgálata volt a program során, illetve egy évvel a program lezárását követően.

A hatékonyságot a testsúly és testtömegindex változása mellett, az életmódváltozók (evési magatartás, testgyakorlás), a fogyási célok, a testkép, valamint a pszichés tényezők változásának nyomon követésével mértük fel. A következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. A program hatékonyságának egyik mutatójaként feltételeztük, hogy a program során lényegesen csökken a résztvevők testsúlya, valamint testtömegindexe. Hatékonyak minősítettük a legalább 5-10%-os fogyást, amely a professzionális testsúlycsökkentő csoportok hatékonyságának feltétele. Továbbá feltételeztük, hogy az elért fogyást a résztvevők egy évvel később is sikeresen megőrzik.

2. Feltételeztük, hogy a testsúlycsökkentő csoport résztvevői irreális fogyási elvárásokkal érkeznek, így a személyek számára csalódást keltő fogyás is nagyobb, mint a professzionális súlycsökkentő kezeléssel rendszerint elérhető 5-10%-os fogyás. Továbbá feltételeztük, hogy a program végére a súlycélok jelentősen mérséklődnek és meg is maradnak az utánkövetés idejére is.

3. Feltételeztük az evési magatartás pozitív irányú változását, tehát az evés kognitív korlátozásának növekedését, valamint a kontrollálatlan evés és érzelmi evés csökkenését a program során, valamint a javulás fennmaradását a program lezárása után 1 évvel.

4. Feltételeztük, hogy a program során nő a rendszeres testgyakorlást végzők aránya, s ez az arány megmarad a program lezárását követően is.

5. Feltételeztük, hogy a testkép tekintetében javulás mutatkozik a program során, tehát nő résztvevők körében a testsúllyal való elégedettség, csökken a testi elégedetlenség és a testtel kapcsolatos aggodalom, valamint azt, hogy ezek a változások tartósan megmaradnak az utánkövetés idejére is.

6. Pozitív irányú változást feltételeztünk a személyek általános pszichés állapotában. Tehát feltételeztük, hogy a program során javul a csoporttagok önértékelése és étellel való elégedettsége, s hogy, ez a javulás megmarad az utánkövetés idejére is.

### 3. MÓDSZEREK

#### 3.1 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban

##### 3.1.1 Vizsgálati személyek

Keresztmetszeti, kérdőíves kutatásunk során hozzáférhetőségi mintavételt alkalmaztunk. A vizsgálatba összesen 5 általános iskolát vontunk be az ország különböző területeiről. A végső mintában 370, 10-15 év közötti (5-8. osztályos) gyermek szerepelt. 145 fiú (39%) és 225 lány (61%). Lakóhelyüket tekintve a válaszadók 42%-a Budapesten, 34%-a vidéki városban, 24%-a pedig falun él. A minta átlagéletkora  $12,8 \pm 1,14$  év. A BMI átlaga a teljes mintában 19,27, a szórás 3,15, a két nem BMI-átlaga között nincs szignifikáns különbség ( $t_{(368)}=1,52$ ,  $p=0,130$ , és  $t_{(247)}=0,07$ ,  $p=0,940$ ).

##### 3.1.2 Felvételi eljárás

A kutatásban résztvevő iskolákkal személyesen, illetve e-mailben vettük fel a kapcsolatot. A felkérést mindössze egy iskola utasította vissza. Az igazgató hozzájárulása után felkerestük az osztályfőnököket és időpontot egyeztettünk a kérdőív felvételére vonatkozóan. A szülőket a vizsgálat előtt két héttel írásban tájékoztattuk a kérdőíves felmérésről, s kértük beleegyezésüket. A kérdőív kitöltésére egy iskolai tanóra (általában osztályfőnöki óra) keretében került sor, ennek során a jelenlévő gyerekekkel egyszerre vettem fel a kérdőívet. A részvétel önkéntes és anonim volt, erről a diákokat a vizsgálat elején szóban, valamint írásban is tájékoztattuk. A kérdőívek felvételére és a kutatásban való felhasználására az etikai engedély birtokában került sor (ETT TUKEB 38/2012).

##### 3.1.3 A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök

A kutatásban alkalmazott kérdőívek az 1. számú mellékletben találhatóak.

#### 1. Szociodemográfiai és önbeszámolóval nyert antropometriai adatok

A demográfiai és antropometriai adatok közül a nemre, életkorra, iskolai osztályra, lakóhelyre, illetve a testmagasságra és a testsúlyra vonatkozó kérdések szerepeltek. A tápláltsági állapot meghatározására a nemzetközileg elismert, kor- és nem specifikus BMI kategóriák alapján került sor (Cole és mtsai, 2000; Cole és mtsai, 2007).



## 2. Szubjektív tápláltsági állapot

A személy szubjektív tápláltsági állapotát mérő kérdést a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) 2003-as kutatásából emeltük ki (Németh, 2003). A „*Milyennek tartod magad?*” kérdésre a következő válaszok adhatóak: „*nagyon soványnak/egy kicsit soványnak/kb. megfelelőnek/egy kicsit kövérnek/nagyon kövérnek*”. Az eredmények számításakor a szélső kategóriák alacsony elemszáma miatt, három kategóriát hoztunk létre a „*nagyon sovány*” és „*egy kicsit sovány*”, illetve a „*nagyon kövér*” és „*egy kicsit kövér*” kategóriák összevonásával.

## 3. Testsúlycsökkentési szándék

A HBSC (2003) kutatása alapján a kérdőívben a „*Jelenleg fogyókúrázol-e vagy próbálsz-e más módon fogyni (pl. több mozgással)?*” kérdést tettük fel a diákoknak, akiknek a „*nem, mert rendben van a súlyom/nem, bár fogynom kellene/nem, mert inkább híznom kellene/igen*” válaszok valamelyikét kellett megjelölniük (Németh, 2003). Az eredmények számításakor összevontuk a „*nem, bár fogynom kellene*” és az „*igen*” kategóriát, létrehozva a „*fogni vágyók*” (HBSC, 2003) csoportját, így három kategóriát alkotva.

## 4. Testképpel való elégedettség

1. *Testképpel való elégedettség többdimenziós kérdőíve* (Tiggemann, 2005; Sieger és Yancey, 1999; Kiss, 2008).

A szubjektív testképet a kérdőív a következő kérdésekkel méri: „*Mennyire vagy elégedett a testsúlyoddal/ a testmagasságoddal/ az izmosságoddal/ az arcoddal/ az alakoddal, illetve összességében mennyire vagy elégedett a külső megjelenéseddel.*”. A válaszokat 1-7-ig terjedő Likert típusú skálán lehet megadni, ahol az 1-es azt jelenti, hogy teljes mértékben elégedetlen, a 7-es pedig azt, hogy teljes mértékben elégedett. A többi szám a kettő közötti átmenetet fejezi ki. A magasabb pontszám a testtel való elégedettség magasabb fokára utal. A mérőeszköz belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach- $\alpha=0,851$ ).

2. *Evési Zavar Kérdőív* (Eating Disorder Inventory, EDI; Garner, Olmstead és Polivy, 1983; Túry és mtsai, 1997) *karcsúság iránti készletés és testi elégedetlenség* alskálája.

Többszörös választáson alapuló, Likert típusú skálát használó önpontozó kérdőív, melynek 64 tétele van, és az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedéses

tényezők különböző aspektusait értékeli nyolc alskálában: *karcsúság iránti késztetés, bulimia, testi elégedetlenség, elégtelenség érzése, perfekcionizmus, interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság, félelem a felnőtte válástól*. Az első három alskála az evésre és a test alakjára vonatkozó attitűdöket és/vagy viselkedéseket hivatott mérni, míg a többi öt faktor az anorexia nervosa (AN) alapvető pszichopatológiai jellegzetességeiként azonosított személyiségvonásokat értékeli. Kutatásunkban a következő két alskálát alkalmaztuk:

*Karcsúság iránti késztetés:* Ez az alskála a diétázással való túlzott foglalkozást, a testsúly miatti aggodalmaskodást, a fogyásra, soványságra törekvést, a hízástól való intenzív félelmet tükröző tételeket tartalmazza.

*Testi elégedetlenség:* Ennek az alskálának a tételei azt a meggyőződést tükrözik, hogy valamely testrész (has, csípő, fenék, combok) alakjának meg kellene változnia vagy ezek túlságosan kövérek. A testtel való elégedetlenség gyakran társul a testképzavarra (mely alapvető tünete az AN-nak) utaló egyéb jelekkel. A testi elégedetlenség kapcsolatba hozható az alacsony önértékeléssel és a negatív énképpel.

Az egyes tételeket a gyakoriságra vonatkozó Likert típusú skálának megfelelő hat válasz egyikének („mindig”, „rendszerint”, „gyakran”, „néha”, „ritkán”, „soha”) megjelölésével értékeli a vizsgált személy. Az egyes alskálákon elért magasabb pontszám a karcsúság iránti késztetés, valamint a testi elégedetlenség magasabb fokára utal. A karcsúság iránti késztetés (Cronbach- $\alpha=0,827$ ) és a testi elégedetlenség (Cronbach- $\alpha=0,859$ ) reliabilitása is megfelelőnek bizonyult.

## 5. Önértékelés

*Rosenberg Önértékelési Skála* (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965; Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004).

A kérdőív 10 tételből áll, mely a következőket méri: *saját jó tulajdonságok, értékek/értéktelenség, tehetség, siker/sikertelenség, önmagával való elégedettség/elégedetlenség*. Az állításokkal kapcsolatos egyetértés mértékét 4 fokú Likert típusú skálán lehet megadni a „nagyon egyetértek” (3 pont) és a „nagyon nem értek egyet” (0 pont) végpontok között. A kérdőív egyenes és fordított irányú tételeket egyaránt tartalmaz. A magasabb pontszám magasabb önértékelésre utal. A kutatásunkban a mérőeszköz belső megbízhatósága Cronbach- $\alpha=0,762$ , amely megfelel Paksi és munkatársai (2004) által kapott eredményhez (Cronbach- $\alpha=0,774$ ).

## 6. Előítélet

Az előítélet tekinthető attitűdnek, azaz egyfajta értékelő viszonyulásnak, amelynek vannak affektív (érzelmi), kognitív (gondolati) és konatív (viselkedéses) komponensei. Mindhárom aspektus mérésére alkalmaztunk egy-egy mérőeszközt, melyek mentén a válaszadónak négy rajzot kellett megítélnie. A rajzokat egy egyetemista nő készítette. A figurák egy normális testalkatú fiút, egy normális testalkatú lányt, illetve egy elhízott testalkatú fiút és egy elhízott testalkatú lányt ábrázoltak. Az ábrák készítésénél figyelembe vettük a Latner és munkatársai (2007) által számítógéppel kidolgozott hasonló mérőeszköz releváns szempontjait, úgymint: a rajzokon lévő gyerekek kora illeszkedjen a vizsgálati minta korához („ránézésre” kb. 11-13 éves); a figurák sablonosak, csak a vizsgált dimenzió (azaz a tápláltsági állapot) mentén különbözzenek, más jellemzők tekintetében (pl. testtartás, ruházat, arc, haj stb.) ne.

*1. Kognitív komponens: Melléknévlista (Adjective Checklist; Greenleaf és mtsai, 2006 alapján Papp, Czeglédi és Túry, 2010).*

A 18 tulajdonságpárból álló, hétfokú szemantikus differenciálskála tételei alapján kellett a résztvevőknek jellemezniük a négy gyermeket ábrázoló figurát. A tételek fele pozitív, másik fele negatív tartalmú melléknévvvel kezdődik. Példák: okos – buta; önző – önzetlen. A magasabb pontszám kedvezőbb megítélést tükröz. Kutatásunkban a mérőeszköz belső megbízhatósága megfelelő, a Cronbach- $\alpha$  0,729 és 0,752 közötti értékeket vett fel.

*2. Affektív komponens: Vizuális Analóg Skála (VAS, Visual Analog Scale; Latner, Rosewall és Simmonds, 2007).*

Egy 100 mm hosszú egyenesen függőleges rovátkával kell megjelölni azt, hogy a válaszadó mennyire kedveli a képen látható gyermeket az „egyáltalán nem kedvelem” (0 mm) és a „nagyon kedvelem” (100 mm) végpontok között.

*3. Konatív komponens: Közös Tevékenységek Kérdőív magyar változata (Shared Activities Questionnaire; Morgan, Walker és Bieberich 1996; Papp, Czeglédi és Túry, 2010).*

A 24 tételt tartalmazó, három alszálából álló önkítöltős mérőeszköz azt hivatott felmérni, hogy az általános iskoláskorú gyermekek milyen szívesen vesznek részt szociális, tanulmányi, illetve rekreációs tevékenységekben elhízott kortársaikkal. A magasabb pontszám kedvezőbb megítélésre, azaz az előítélet kisebb mértékére utal. A kérdőív

konstruktmvaliditása és belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (az átfogó pszichometriai elemzés eredményeit lásd Papp és mtsai, 2010).

## 7. Szociokulturális hatások

*Szociokulturális Hatások Kérdőív* (Keery, Van Den Berg és Thompson, 2004; Kiss, 2008).

A gyermekek, serdülők számára kidolgozott, 43 egyenes irányú tételből álló, 5 fokozatú, Likert-típusú skálán értékelendő önjellemzős kérdőív a külső megjelenéssel kapcsolatos szociokulturális (úgy mint média, kortárs és szülői) hatásokat méri. Mindhárom hatás multidimenzionális konstruktm, így számos összetevőt tartalmaz. Pl. mind a szülők, mind a kortársak oldaláról érkező kritika, csúfolás, modell a diétázásra és testedzésre, a külső megjelenéssel kapcsolatos aggodalomra. A magasabb pontszám a szociokulturális hatások nagyobb mértékére utal. Vizsgálatunk során a három skála reliabilitás mutatói megbízhatónak bizonyultak: a Cronbach alfa 0,83 és 0,91 közötti értéket vettek fel.

## 8. Szociokulturális hatások internalizációja

*Megjelenéssel Kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív* (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3; SATAQ-3; Thompson és mtsai, 2004; Czeglédi, Pál és Bartha, 2015).

A 30 tételből (egyenes és fordított irányú tételek egyaránt) álló, 5 fokozatú Likert-típusú skálán értékelendő önjellemzős kérdőív a testképre és az evés zavaraira gyakorolt, a média több csatornája (tv, magazinok, mozi) által közvetített társadalmi hatásokat méri. Négy skálát tartalmaz, úgy mint információ; nyomás; internalizáció – általános; internalizáció – kisportolt. Vizsgálatunk során csak a két internalizáció skálát alkalmaztuk. Az előbbi a karcsú testideál, az utóbbi pedig a sportos testideál elfogadását és helyeslését méri. A magas pontszám a médiaforrások által közvetített testideálok nagyobb mértékű internalizációjára utal. A két alsó skála megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (internalizáció – általános:  $\alpha=0,869$ ; internalizáció – kisportolt:  $\alpha=0,708$ ).

### 3.1.4 Az adatok elemzésének stratégiái

Az adatok elemzése az SPSS 14.0 statisztikai programcsomaggal történt. A kérdőívek belső konzisztenciájának becslésére Cronbach-alfa mutatókat számítottunk. A nemek

összehasonlítása a tápláltsági állapot önmegítélése és a fogyasztásra való törekvés mentén khinégyszet próbával történt. A testsúlycsökkentési szándéokra vonatkozó viselkedés mérésére bináris logisztikus regresszió elemzést használtunk. A folytonos változók esetében a két nem összehasonlítása független mintás t-próbát alkalmaztunk. A megfigyelt hatás nagyságának becslésére Cohen-d hatásméret-mutatót (Cohen, 1992) számítottunk, amelynek értelmezése a következő: 0,20 körüli érték esetében kis hatásról; 0,50 körüli érték esetében közepes mértékű hatásról beszélhetünk, míg a 0,80 és e fölötti érték nagy hatást, erős összefüggést jelez. Az elhízott és normális testalkatú gyermekek megítélését összetartozó mintás t-próba alkalmazásával hasonlítottuk össze.

A lineáris kapcsolatok tesztelése többszörös, hierarchikus lineáris regresszió elemzéssel történt. A megmagyarázott variancia változásának követésére R square change statisztikát alkalmaztunk.

Az internalizáció feltételezett közvetítő szerepét mediációs elemzéssel (Baron és Kenny, 1986) teszteltük, a nem, az életkor és a BMI kontrollja mellett. A mediáció relatív nagyságát Meier és munkatársai (2007) képletének alkalmazásával vizsgáltuk meg.

## **3.2 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében**

### **3.2.1 Vizsgálati személyek**

Keresztmetszeti, kérdőíves kutatásunk során szakértői mintavételt alkalmaztunk. Összesen hét általános iskola került be a felmérésbe az ország különböző területeiről. A végső mintában 247, 9-16 év közötti (3-8. osztályos) gyermek szerepelt (108 fiú és 139 lány). 136 fő (55,1%) magyar, 111 fő (44,9%) roma származásúnak vallotta magát. Kutatásunkban roma nemzetiségűnek tekintettük azokat a személyeket, akik annak vallották magukat. A válaszadók 14%-a vidéki városban, 86%-a pedig falun él. Átlagéletkor:  $12,2 \pm 1,76$  év. BMI átlag:  $19,3 \pm 3,51$ . A roma származású gyermekek között szignifikánsan több volt a túlsúlyos, mint a nem roma gyermekek között ( $t_{(232)}=2,282$ ,  $p=0,023$ ).

### **3.2.2 Felvételi eljárás**

A származásra vonatkozó kérdés miatt magas volt az iskolák részéről a visszautasítási arány. Először Budapesten összesen hat iskolával vettem fel a kapcsolatot személyesen, azonban minden esetben visszautasította az igazgatóság a vizsgálatban való részvételt, az etikai engedély ellenére. Így vidéken először felkerestem egy ismerős iskolát, ahol vállalták a

vizsgálatban való részvételt, majd a pedagógusok segítségével még további hat iskolát kerestünk fel, ahol a roma tanulók nagy aránya miatt nem okozott problémát a származásra vonatkozó kérdés. Így összesen 7 iskolában vettük fel a kérdőívet. A vizsgálat tervezett időpontja előtt két héttel írásban tájékoztattuk a szülőket a vizsgálatról és kértük beleegyezésüket. A kérdőív felvétele előtt írásban és szóban tájékoztattuk a tanulókat a vizsgálat önkéntességéről és az anonimitásról. A kérdőív kitöltése 20-25 percet vett igénybe. A kérdőívek felvételére és a kutatásban való felhasználására az etikai engedély birtokában került sor (14096.1/2011-EKU).

### **3.2.3 A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök**

A demográfiai és antropometriai adatok közül a nemre, életkorra, iskolai osztályra, lakóhelyre, származásra, illetve a testmagasságra és a testsúlyra vonatkozó kérdések szerepeltek.

Az elhízott gyermekekkel szembeni stigmatizáció felmérésére Richardson és munkatársai (1961) kutatása alapján 6 fiú és 6 lányfigurát mutattam be a vizsgálatban résztvevő gyermekeknek (a vizsgálatban alkalmazott kérdőív megtalálható a 2. mellékletben). A bemutatott 6 fiú és 6 lány figura közül az egyiknek nincs látható fogyatékosága („Egészséges”), egyikük mankós és be van gipszelve a bal lába („Mankós”), egyikük egy tolószékben ül („Tolószékes”), egyiküknek nincs meg a bal kézfeje („Amputált”), egyiküknek az arca bal oldalán a szájánál egy seb található („Arc”) végül az egyik gyermek pedig elhízott („Elhízott”). A számítógéppel kidolgozott figurák sablonosak, csak a vizsgált dimenziók mentén különböznek, más jellemzők tekintetében (pl. ruházat, arc, haj) nem. Minden gyermeknek meg kellett ítélnie a lány és a fiú figurákat is. A gyermekeknek rangsorolniuk kellett a figurákat aszerint, hogy mennyire kedvelik őket. 1-est kellett adni annak, akivel a legszívesebben barátkozna, 2-est annak, akivel kevésbé és így tovább, végül 6-ost, akivel legkevésbé szívesen barátkozna. Utána a másik nem figuráit is hasonlóképpen rangsorolniuk kellett.

### **3.2.4 Az adatok elemzésének stratégiai**

Minden résztvevő 1-6-ig rangsorolta a figurákat. Kruskal-Wallis H-tesztel vizsgáltuk a lehetséges nemi különbségeket, illetve a lehetséges eltéréseket a figurák megítélésében a roma

és nem roma származású gyermekek között. Kendall-féle konkordancia együtthatót számoltunk a rangsorolásban való egyetértés mértékének ellenőrzésére.

### **3.3 Önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában**

#### **3.3.1 Vizsgálati személyek**

Az önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportban 25 és 70 év közötti túlsúlyos, illetve elhízott személyek vettek részt. Az érdeklődők háziorvos javaslatára vagy hirdetés alapján, önként jelentkeztek a csoportba. Kizárási kritérium volt a súlyos mentális betegség (pl. súlyos depresszió, személyiségzavar, akut pszichotikus állapot), valamint a testsúlyt jelentősen befolyásoló testi betegségek (pl. pajzsmirigybetegség), illetve ilyen gyógyszerek szedése. A program kezdete előtt minden résztvevő állapotfelmérésen vett részt, amelynek a fő céljai a következők voltak: rapport kialakítása, rövid anamnézis a testsúly történetéről, a program kereteinek és a részvétel feltételeinek tisztázása, motiváció és a programmal kapcsolatos elvárások felmérése.

Négy éven keresztül tartottuk a testsúlycsökkentő csoportokat, 2010. január és 2014. június között összesen nyolc viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport zajlott le, átlagosan 10 (8-12) fővel. Összesen 73 fő került be a testsúlycsökkentő csoportokba, ebből 63 személy teljesítette a programot. Így a lemorzsolódás aránya 13,7%, ami kedvezőnek tekinthető. Az utánkövetés során pedig 49 személy küldte vissza az e-mailben kiküldött utánkövetési kérdőívet, ami 77,7%-os arány.

A programot tehát 63 személy, 19 férfi és 44 nő teljesítette. Átlagéletkoruk 42,1 év volt (SD=11,33 év; terjedeleme: 25–68 év). A résztvevők 3,2%-a alacsony, 34,9%-a közepes, 61,9%-a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezett. A családi állapot tekintetében a minta 23,8%-a nőtlen vagy hajadon, 65,1%-a élettársi vagy házastársi kapcsolatban él, 11,1%-a elvált. A lakóhelyet illetően 85,7%-uk Budapesten, 14,3%-uk városban él. A program kezdetén a résztvevők testsúlyának átlaga 110,4 kg (SD=24,94 kg; terjedeleme: 75-209 kg), BMI-átlaga 37,3 (SD=6,84; terjedeleme: 26,88-65,96) (4. táblázat).

Az utánkövetésben 49 fő vett részt, 16 férfi és 33 nő. A szociodemográfiai és tápláltsági állapotra vonatkozó adatok a 4. táblázatban találhatóak. Az utánkövetésben is részt vevők és a részvételt visszautasítók között nem találtunk szignifikáns különbséget a vizsgált változók tekintetében.

4. táblázat: Szociodemográfiai és tápláltsági állapotra vonatkozó adatok a programot teljesítők és az utánkövetésben is résztvevők mintáján.

Változók		Programot teljesítők (n=63)	Utánkövetésben résztvevők (n=49)
<b>Életkor (év) – átlag (SD)</b>		42,1(11,33)	42,7 (11,70)
<b>Nem</b> n (%)	<b>Férfi</b>	19 (30,2%)	16 (32,7%)
	<b>Nő</b>	44 (69,8%)	33 (67,3%)
<b>Családi állapot</b> n (%)	<b>Nőtlen, hajadon</b>	15 (23,8%)	10 (20,4%)
	<b>Élettársi kapcsolatban él</b>	7 (11,1%)	6 (12,2%)
	<b>Házass</b>	34 (54,0%)	27 (55,1%)
	<b>Elvált</b>	7 (11,1%)	6 (12,2%)
<b>Iskolai végzettség</b> n (%)	<b>Alapfokú</b>	2 (3,2%)	1 (2,0%)
	<b>Középfokú</b>	22 (34,9%)	20 (40,8%)
	<b>Felsőfokú</b>	39 (61,9%)	28 (57,1%)
<b>Lakóhely</b> n (%)	<b>Budapest</b>	54 (85,7%)	44 (89,8%)
	<b>Vidék</b>	9 (14,3%)	5 (10,2%)
<b>Testtömeg a kiindulásnál (kg) – átlag (SD)</b>		110,4 (24,94)	111,1 (25,74)
<b>BMI a kiindulásnál (kg/m<sup>2</sup>) – átlag (SD)</b>		37,3 (6,84)	37,2 (7,17)

### 3.3.2 Felvételi eljárás

A program során a testsúlymérésre, illetve a kérdőívcsomag kitöltésére az első alkalommal és a program végén a 24. héten került sor, személyesen, a csoportüléseket megelőzően.

A program lezárását követő 12. hónapban email formájában küldtük ki a kérdőívcsomagot, amelyben rákérdeztünk a résztvevők testsúlyára is.

A kérdőívek felvételére és a kutatásban való felhasználására szóbeli és írásbeli tájékoztatás után, a résztvevők írásos beleegyezésével, illetve az etikai engedély birtokában került sor (ETT TUKEB 38/2012). A kérdőívcsomagok kitöltése 30-40 percig tartott. A kérdőívvel kapcsolatos kérdések megbeszélésére minden esetben volt lehetőség.



### 3.3.3 A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök

A kutatásban alkalmazott mérőeszközök a 3. számú mellékletben megtalálhatóak.

#### 1. Szociodemográfiai és antropometriai adatok

A demográfiai adatok közül a nemre, életkorra, családi állapotra, iskolai végzettségre és lakóhelyre kérdeztünk rá. A testsúly (kg) és a testmagasság (cm) a program elején és a program végén objektív méréssel történt felsőruházatban, cipő nélkül. Az utánkövetés során az antropometriai adatokat önbeszámolóval nyertük. A tápláltsági állapot meghatározására a nemzetközileg elismert, kor- és nem specifikus BMI kategóriák alapján került sor (Cole és mtsai, 2000; Cole és mtsai, 2007).

#### 2. Súlytörténet, motiváció

A súlytörténet felmérésére a következő kérdéseket alkalmaztuk (Teixeira és mtsai, 2004; Czeglédi, 2012a). (1.) „Hány éves kora óta vannak súlyproblémái?” (2.) „Élete során hányszor fordult elő, hogy a testsúlya nagymértékű (minimum 4,5 kg-os) eltérést mutatott, azaz „jojózott”?” (3.) „Hány éves korában fogyókúrázott először?” (4.) „Élete során mi volt a legmagasabb testsúlya, és hány éves volt ekkor?” (5.) „Hányszor próbált meg fogyókúrázni az elmúlt 12 hónapban?” (a résztvevő az „egyszer sem, illetve „1, 2... 12 alkalommal” válaszlehetőségek közül választhatott), illetve rákérdeztünk a következőre: „Élete során vett-e már részt orvosi/dietetikus felügyelet alatt zajló súlycsökkentő kezelésben? Ha igen milyen jellegű kezelésben és hány alkalommal?”

A motiváció felmérésére céljából egyrészt nyitott kérdés formájában megkértük a résztvevőket, hogy sorolják fel azt a három legfontosabb okot, amiért fogyni szeretnének, másrészt kitöltöttük a *Célok és relatív testsúlyok kérdőívet* (Foster, Wadden és Vogt, 1997; Túry és Czeglédi, 2017). A kérdőív négy itemből áll. A személynek kilogrammban kell meghatároznia, mit tart álomsúlynak („Az a testsúly, amit akkor választana, ha olyan súly lehetne, amelyet csak akar”), örvendetes súlynak („Ez a testsúly nem olyan ideális, mint az első. Olyan súly azonban, amely boldoggá tenné Önt, ha elérné”), elfogadható súlynak („Ez a testsúly nem tenné Önt különösebben boldoggá, de amelyet el tudna fogadni, mivel alacsonyabb, mint a jelenlegi súlya”), végül csalódást keltő súlynak („Olyan testsúly, amely

*alacsonyabb ugyan a jelenlegi testsúlyánál, de semmiképpen nem tartaná sikeresnek. Csalódott lenne, hogyha ez lenne a súlya a súlycsökkentő kezelés után”).*

### 3. Életmód

*Testgyakorlás: A változás stádiumai (rövidített forma):* (Exercise: Stages of Change – Short Form; Marcus és mtsai, 1992; Czeglédi, Bartha és Urbán, 2011).

A mérőeszköz egyetlen tételből áll és a fizikai aktivitással kapcsolatos változásra való készenlétet méri fel. A rendszeres testedzés definíciójának megadása<sup>1</sup> után megkérdeztük, hogy végez-e a válaszadó rendszeres testedzést a fenti meghatározás értelmében. A válaszok alapján az alábbi módon soroltuk be a résztvevőket a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljében (TTM) meghatározott stádiumok egyikébe (Prochaska, Norcross és DiClemente, 2009).

1. Igen, több mint 6 hónapja. = Fenntartás fázisa.
2. Igen, kevesebb, mint 6 hónapja. = Cselekvés fázisa.
3. Nem, de tervezem az elkövetkező 30 napban. = Felkészülés fázisa.
4. Nem, de tervezem az elkövetkező 6 hónapban. = Fontolgatás fázisa.
5. Nem, és nem is tervezem az elkövetkezendő 6 hónapban. = Fontolgatás előtti fázis.

*21 tételű Háromfaktoros Evési Kérdőív* (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-item, TFEQ-R21, Karlsson és mtsai, 2000; Czeglédi és Urbán, 2010).

Az önbeszámoló kérdőív három skálából áll. A *Kognitív korlátozás skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy mennyire korlátozza a személy tudatosan a táplálékbevitelét annak érdekében, hogy befolyásolja a testsúlyát vagy az alakját. Ez a skála nem a merev, önsanyargató diétát, hanem az egészségtudatos táplálkozást méri (például hizláló ételek fogyasztásának elkerülése), amely adaptív, a súlygyarapodás elkerülését segítő viselkedésnek tekinthető. Az *Érzelmi evés skála* azt méri fel, hogy a személy hajlamos-e a túlevésre negatív hangulati állapotban, például amikor magányosnak, kedvetlennek érzi magát vagy szorong. A *Kontrollálatlan evés skála* az arra való hajlamot méri, hogy elveszíti-e a személy a kontrollt az

---

<sup>1</sup>Rendszeres testedzésnek minősül bármely előre tervezett fizikai tevékenység (pl. ütemes 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.

evése felett, amikor éhes vagy amikor vonzó külső ingereknek van kitéve. A magasabb pontszám az adott evési magatartásra való nagyobb tendenciát jelzi. A kérdőív belső megbízhatósága a jelen mintán elfogadhatónak bizonyult: a skálák Cronbach- $\alpha$  mutató 0,61–0,94 közötti értéket vett fel a három adatfelvétel során.

#### 4. Testkép

1. *Evési Zavar Kérdőív testi elégedetlenség alskálája* (Eating Disorder Inventory, EDI; Garner, Olmstead és Polivy, 1983; Túry, Sáfrán és Wildmann, 1997).

A kérdőív részletes bemutatását lásd: 50. oldal

##### 2. *Testsúllyal kapcsolatos elégedetlenséget felmérő kérdés*

A személy *testsúllyal kapcsolatos elégedettségét felmérő kérdést* Czeglédi és Csizmadia (2010a, b) kutatásából emeltük ki. A „*Mennyire elégedett a testsúlyával, illetve a testméretével?*” kérdésre a teljes mértékben elégedetlen (-4) és a teljes mértékben elégedett (4) végpontok közül lehetett válaszolni, ahol a nulla (0) a válaszadó semleges álláspontját jelöli.

3. *Testforma Kérdőív – rövidített forma* (Body Shape Questionnaire Short Form 14, BSQ, Dowson és Henderson, 2001; Czeglédi, Csizmadia és Urbán, 2011).

Az elhízottság érzése által keltett testképpel való elégedetlenséget felmérő, egydimenziós mérőeszköz tételei az elmúlt két hét időkeretében kérdeznak rá a megjelenéssel kapcsolatos érzésekre. A kérdésekre 6 fokú Likert típusú skálán kell válaszolni a soha (1) és mindig (6) végpontok között. A magasabb pontszám nagyobb mértékű testképpel való elégedetlenséget jelez. A Cronbach- $\alpha$  értéke jelen kutatásban kiválóan bizonyult ( $\alpha=0,91$ ).

#### 5. Pszichés tényezők

*Élettel való elégedettség skála* (Satisfaction With Life Scale, SWLS; Diener és mtsai, 1985; Martos és mtsai, 2014).

A mindössze öt tételes, 7-fokú Likert típusú skálával rendelkező mérőeszköz fókuszáltan méri az élettel való globális elégedettséget. A magasabb pontszám az élettel való elégedettség magasabb fokát jelzi. A kérdőív belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach- $\alpha=0,88$ ).

*A Rosenberg Önértékelési Skála* (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965; Paksi és mtsai, 2004).

A kérdőív részletes bemutatását lásd: 50. oldal:

### **3.3.4 Az önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program bemutatása**

A kutatásunk tárgyát képező önsegítő elemekkel kombinált viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport alapja Prochaska és DiClemente (1982) elméleti modellje, tematikája pedig a korábban ismertetett hagyományos viselkedésterápiás elemekre épül, úgy, mint: reális célok felállítása, önmonitorozás, stimulus kontroll, problémamegoldó készségek, asszertív készségek, stresszmenedzsment, relaxációs technikák, relapszus prevenció. Ezenkívül a programot a következő kognitív elemekkel is bővítettük: a fogycsökkentést és súlymegtartást befolyásoló kognitív torzítások, gondolatnapló alkalmazásának elsajátítása, önértékelés és testkép kapcsolatának konceptualizálása.

A kis létszámú, 8-12 fős csoportos foglalkozásokat 24 héten át tartottuk pszichológus munkatárssal közösen, heti egy ülésben, két órás időtartamban. A csoport önállóvá válását, az ún. önsegítést fokozatosan vezettük be, ezáltal is elősegítve a csoporttagok belső kontrolljának növekedését, a viselkedésváltozást és így a testsúlycsökkenés tartóssá válását. Ennek megfelelően a 24 hetes program három fő blokkból állt. Az első 8 héten minden alkalommal, a második 8 héten kéthetente, az utolsó 8 hetes blokkban pedig már csak havonta vettünk részt a foglalkozásokon (Géczy és Perczel, 1988). A többi ülés során a csoport önsegítő csoportként működött.

### **3.3.5 Az adatok elemzésének stratégiái**

Az elemzéseket az SPSS 22 és a ROPstat statisztikai programcsomagokkal végeztük. A kérdőívek skáláinak belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- $\alpha$ -mutatókat számítottunk. Az időbeli változások felmérésére diszkrét változók esetében Cochran-féle Q-próbát, míg folytonos változók esetében kétszemponyos vegyes varianciaanalízist, robusztus kétszemponyos varianciaanalízist, illetve Friedman próbát alkalmaztunk. Az utóelemzéseket az átlagok Tukey-féle páronkénti összehasonlításának segítségével elemeztük. Kategóriális változók esetében pl. testedzés, a gyakoriságok összehasonlítása khi négyzet próbával történt.

A fogyás motivációját felmérő nyitott kérdések esetében a következőképpen jártunk el. Az adatrögzítés során a nyílt kérdésre adott válaszokat teljes terjedelemben rögzítettük egy Excel táblázatban, majd ezeket elemeztük, kategóriákba soroltuk. A kategóriák létrehozásánál a következő szempontokat vettük figyelembe: a válaszkategóriáknak 1) megfelelő tagoltsággal tartalmilag kimerítően le kell fedniük az összes választ; 2) logikailag kimerítőnek és egymást kölcsönösen kizárónak kell lenniük; 3) meg kell felelniük a kérdőív céljainak (Szokolszky, 2004). Ezután a válaszkategóriákhoz kódokat rendeltünk, ezekkel történtek a további statisztikai elemzések.

A program során elért százalékos fogyás kiszámítására a következő képletet alkalmaztuk:  $[(\text{program eleje} - \text{program vége})/\text{program eleje}] \times 100$ . A súlymegtartás százalékos arányának kiszámítására a következő képletet alkalmaztuk:  $[(\text{program vége} - 1 \text{ éves utánkövetés})/\text{program vége}] \times 100$ .

## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban

#### 4.1.1 A vizsgálat alapstatisztikája

A kutatásban alkalmazott kérdőívek alapstatisztikája és belső megbízhatóságának mutatói (Cronbach- $\alpha$ ) a 5. és 6. táblázatban található. A könnyebb átláthatóság érdekében az elhízottakkal szembeni előítéletek felmérésére alkalmazott kérdőíveket külön táblázatban mutatjuk be.

5. táblázat. A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök alapstatisztikája és a két nem összehasonlítása a változók mentén.

Megjegyzés: a szignifikáns összefüggéseket félkövér betűvel emeltük ki.

Skála	Átlag (szórás)	Min.	Max.	Cronbach- $\alpha$ (tételszám)	Fiú átlag (szórás)	Lány átlag (szórás)	t-érték (p)	Cohen- d
<b>Rosenberg önértékelési skála</b>	19,2 (4,31)	3	29	0,762 (10)	19,6 (4,4)	19,0 (4,3)	1,421 (0,156)	0,15
<b>Testképpel való elégedettség</b>	27,4 (8,55)	6	42	0,851 (6)	27,6 (8,7)	27,2 (8,4)	0,436 (0,663)	0,05
<b>Szociokulturális Hatások Kérdőív</b>								
<b>Médiahatás</b>	21,1 (7,83)	9	44	0,831 (10)	16,8 (6,5)	23,8 (7,3)	<b>9,256</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>1,0</b>
<b>Kortárshatás</b>	30,3 (9,21)	13	60	0,863 (13)	28,4 (8,8)	31,5 (9,2)	<b>3,136</b> <b>(0,002)</b>	<b>0,34</b>
<b>Szülői hatás</b>	43,6 (12,49)	21	78	0,883 (20)	44,2 (12,9)	43,2 (12,2)	0,690 (0,491)	0,08
<b>Megjelenéssel Kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív</b>								
<b>Internalizáció - általános</b>	23,3 (8,69)	9	44	0,874 (9)	20,6 (7,6)	25,0 (8,9)	<b>4,918</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,53</b>

Skála	Átlag (szórás)	Min.	Max.	Cronbach- $\alpha$ (tételszám)	Fiú átlag (szórás)	Lány átlag (szórás)	t-érték (p)	Cohen- d
<b>Rosenberg önértékelési skála</b>	19,2 (4,31)	3	29	0,762 (10)	19,6 (4,4)	19,0 (4,3)	1,421 (0,156)	0,15
<b>Testképpel való elégedettség</b>	27,4 (8,55)	6	42	0,851 (6)	27,6 (8,7)	27,2 (8,4)	0,436 (0,663)	0,05
<b>Internalizáció - kisportolt</b>	13,1 (4,54)	5	25	0,714 (5)	13,5 (4,6)	12,9 (4,2)	1,105 (0,270)	0,12
<b>Evési Zavar Kérdőív</b>								
<b>Karcsúság iránti készítetés</b>	18,3 (8,64)	7	42	0,822 (7)	14,7 (7,0)	20,6 (8,8)	<b>6,924 (0,001)</b>	<b>0,72</b>
<b>Testi elégedetlenség</b>	25,5 (10,62)	9	54	0,862 (9)	23,1 (9,7)	26,9 (10,8)	<b>3,364 (0,001)</b>	<b>0,37</b>

Az 5. táblázat alapján látható, hogy számos esetben szignifikáns nemi különbség mutatkozott. Az általunk vizsgált serdülő lányokat szignifikánsan nagyobb média- és kortárshatás éri a külső megjelenéssel kapcsolatban, mint a serdülő fiúkat; és a lányok a fiúknál nagyobb mértékben internalizálják a karcsú testideált. Továbbá magasabb pontszámot értek el a testi elégedetlenség alszála és a karcsúságideál alszálán.

6. táblázat. A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök alapstatisztikája és a két nem összehasonlítása a változók mentén.

Megjegyzés: a szignifikáns összefüggéseket félkövér betűvel emeltük ki.

Skála	Átlag (szórás)	Min.	Max.	Cronbach- $\alpha$ (tételszám)	Fiú átlag (szórás)	Lány átlag (szórás)	t-érték (p)	Cohen- d	
<b>Közös Tevékenységek Kérdőív magyar változata</b>									
Normális testalkatú fiú - Szociális alskála	6,6 (4,3)	0	16	0,87 (8)	6,9 (4,8)	6,3 (4,0)	1,365 (0,173)	0,15	
Normális testalkatú fiú - Tanulmány alskála	6,8 (4,1)	0	16	0,83 (8)	6,7 (4,4)	6,9 (4,0)	0,502 (0,616)	0,05	
Normális testalkatú fiú - Rekreációs alskála	5,6 (4,1)	0	16	0,85 (8)	5,8 (4,4)	5,4 (3,9)	0,972 (0,332)	0,10	
Normális testalkatú fiú - összpontszám	19,1 (11,4)	0	16	0,94 (24)	19,7 (12,5)	18,6 (10,7)	0,846 (0,398)	0,09	
<b>Elhízott fiú - Szociális alskála</b>	4,3 (4,3)	0	16	0,90 (8)	5,3 (4,7)	3,6 (3,8)	<b>3,748</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,40</b>	
Elhízott fiú - Tanulmány alskála	5,4 (4,5)	0	16	0,89 (8)	5,4 (4,6)	5,3 (4,4)	0,158 (0,875)	0,02	
<b>Elhízott fiú - Rekreációs alskála</b>	3,0 (3,7)	0	16	0,89 (8)	4,0 (4,3)	2,4 (3,2)	<b>4,181</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,45</b>	
<b>Elhízott fiú - összpontszám</b>	12,8 (11,6)	0	16	0,96 (24)	14,9 (12,8)	11,4 (10,5)	<b>2,820</b> <b>(0,005)</b>	<b>0,30</b>	
Normális testalkatú lány - Szociális alskála	9,6 (5,0)	0	16	0,93 (8)	7,5 (5,1)	11,0 (4,4)	<b>6,786</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,73</b>	
Normális testalkatú lány - Tanulmány alskála	9,3 (4,9)	0	16	0,91 (8)	7,6 (4,9)	10,5 (4,6)	<b>5,794</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,62</b>	



Skála	Átlag (szórás)	Min.	Max.	Cronbach- $\alpha$ (tételszám)	Fiú átlag (szórás)	Lány átlag (szórás)	t-érték (p)	Cohen- d
<b>Normális testalkatú lány - Rekreációs alskála</b>	8,4 (5,1)	0	16	0,92 (8)	6,6 (5,0)	9,6 (4,8)	<b>5,628</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,60</b>
<b>Normális testalkatú lány - összpontszám</b>	27,5 (14,1)	0	16	0,97 (24)	21,6 (14,0)	31,2 (12,9)	<b>6,620</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,71</b>
<b>Elhízott lány - Szociális alskála</b>	4,7 (4,6)	0	16	0,93 (8)	2,9 (3,6)	5,8 (4,8)	<b>6,528</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,66</b>
<b>Elhízott lány - Tanulmány alskála</b>	5,7 (4,8)	0	16	0,91 (8)	3,6 (3,8)	7,1 (4,9)	<b>7,400</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,75</b>
<b>Elhízott lány - Rekreációs alskála</b>	3,6 (4,1)	0	16	0,91 (8)	2,2 (3,1)	4,5 (4,4)	<b>5,700</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,57</b>
<b>Elhízott lány - összpontszám</b>	14,0 (12,8)	0	16	0,96 (24)	8,7 (9,6)	17,4 (13,4)	<b>7,211</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,72</b>
<b>Melléknévlista</b>								
<b>Normális testalkatú fiú</b>	82,9 (15,8)	18	126	0,83 (18)	82,5 (17,0)	83,2 (15,1)	0,394 (0,694)	0,03
<b>Elhízott fiú</b>	64,8 (16,0)	18	126	0,83 (18)	65,1 (18,4)	64,7 (14,3)	0,243 (0,808)	0,03
<b>Normális testalkatú lány</b>	95,1 (16,9)	24	126	0,90 (18)	90,5 (18,3)	97,9 (15,4)	<b>4,116</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,45</b>
<b>Elhízott lány</b>	64,0 (16,5)	18	108	0,86 (18)	60,2 (15,8)	66,4 (16,4)	<b>3,589</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,39</b>
<b>Vizuális Analóg Skála</b>								
<b>Normális testalkatú fiú</b>	47,6 (25,3)	0	100	- (1)	46,4 (28,2)	48,4 (23,2)	0,706 (0,481)	0,08
<b>Elhízott fiú</b>	32,7 (24,7)	0	100	- (1)	34,2 (27,8)	31,7 (22,4)	0,926 (0,355)	0,10
<b>Normális testalkatú lány</b>	58,6 (26,3)	0	100	- (1)	51,3 (27,6)	63,3 (24,4)	<b>4,377</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,47</b>

Skála	Átlag (szórás)	Min.	Max.	Cronbach- $\alpha$ (tételszám)	Fiú átlag (szórás)	Lány átlag (szórás)	t-érték (p)	Cohen- d
<b>Elhízott lány</b>	31,9 (24,1)	0	100	- (1)	24,5 (23,0)	36,6 (23,7)	<b>4,817</b> <b>(&lt;0,001)</b>	<b>0,52</b>

Az elhízottakkal szembeni előítéletek mérésére alkalmazott kérdőívek alapján pedig azt lehet elmondani, hogy a lányok szignifikánsan kedvezőbben ítélik meg a leánygyermek-figurákat az összes mért dimenzió – függetlenül a képen látható lány tápláltsági állapotától. A fiúgyermek-figurák megítélése esetében csak az elhízott fiút ábrázoló képek kapcsán és kizárólag a közös tevékenységek szempontjából találtunk szignifikáns nemi különbségeket – ez esetben azonban az általunk vizsgált fiúk voltak azok, akik kedvezőbben ítélték meg a képen látható elhízott gyermeket.

#### 4.1.2 Testi elégedetlenség

##### 4.1.2.1 A testtömegindex és a szubjektív tápláltsági állapot összefüggése, valamint a fogyókúrázók aránya

Az önbevallással mért testtömegindex adatok alapján a résztvevők 10,3%-a sovány, 75,1% normális testalkatú és 14,6% túlsúlyos vagy elhízott.

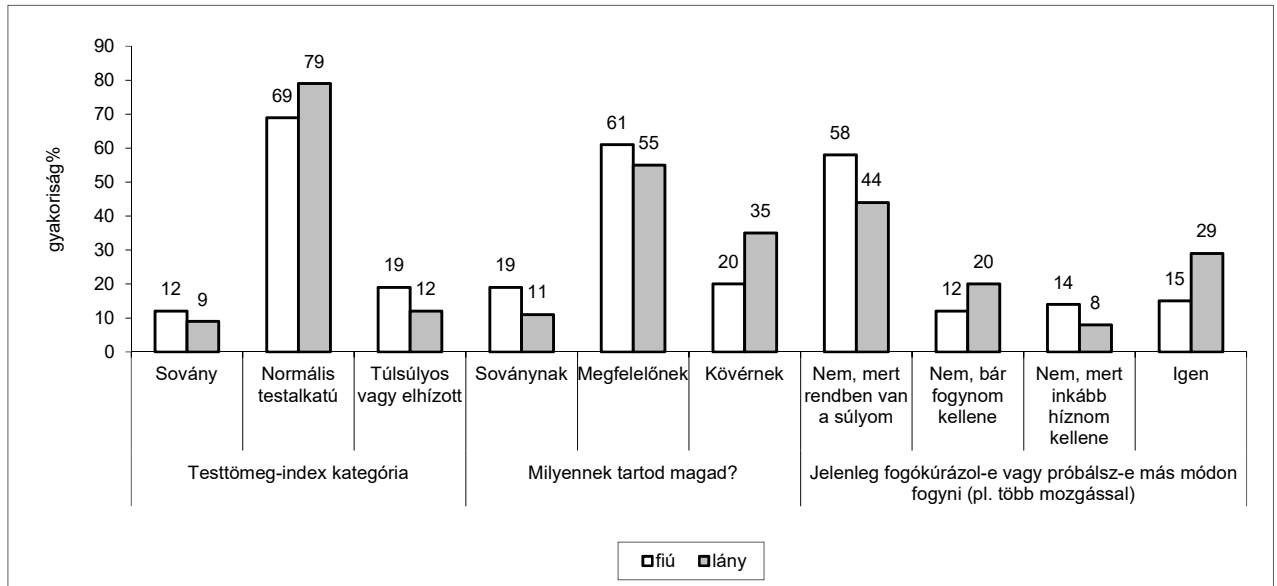
A szubjektív tápláltsági állapot alapján a válaszadók 13,8% vallotta magát soványnak, 57,3% megfelelő súlyúnak és 28,9% kövérnek.

Bár nem volt szignifikáns nemi különbség a lányok és a fiúk között a BMI tekintetében ( $\chi^2(2)=4,25$ ;  $p=0,119$ ), a szubjektív tápláltsági állapot megítélése lényegesen eltért. Egyrészt a lányok nagyobb arányban ítélték meg magukat túlsúlyosnak és lényegesen kevesebben mondták magukról, hogy rendben van a súlyuk, mint a fiúk ( $\chi^2(2)=11,30$ ;  $p=0,004$ ).

Másrészt, összevetve a BMI-t és a szubjektív tápláltsági állapotot, lényegesen több lány, mint fiú jellemezte magát, mint elhízott ( $\chi^2(2)=113,30$ ;  $p<0,001$ ), és lényegesen több fiú, mint lány jellemezte magát, mint sovány ( $\chi^2(2)=7,17$ ;  $p=0,028$ ), mint ami indokolt lett volna a BMI alapján.

A testsúlycsökkentési szándékra vonatkozóan pedig azt az eredményt kaptuk, hogy összességében a résztvevők 49,5% gondolja úgy, hogy nem kell fogyókúráznia, mert rendben van a súlya, 16,7% nyilatkozta azt, hogy nem fogyókúrázik, bár fogynia kellene, 10,3%-uk szeretne hízni és 23,5%-uk szeretne fogyni. A lányok 2,5x valószínűbben fogyókúráznak, mint

a fiúk ( $OR=2,66$ , 95% CI [1,47; 4,80];  $p=0,001$ ). A magasabb BMI szignifikáns előrejelzője a testsúlycsökkentő próbálkozásnak ( $OR=1,29$ , 95% CI 1,19–1,41;  $p<0,001$ ). Végül nem volt szignifikáns eltérés az életkor és a testsúlykontroll viselkedés mentén,  $OR=0,91$ , 95% CI 0,72–1,16;  $p=0,451$ ). A százalékos arányok az 1. ábrán találhatóak.



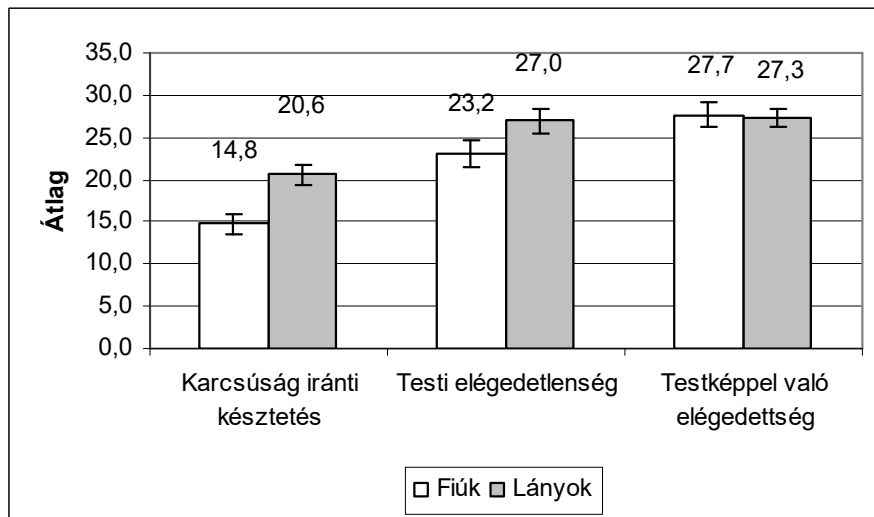
1. ábra. A testtömegindex kategóriák, a tápláltsági állapot önmegítélése és a fogyási szándék százalékos gyakorisága.

#### 4.1.2.2 Testképpel való elégedettség

A testképpel való elégedettséget három mérőeszkővel vizsgáltuk. A kérdőívek alapstatisztikája az 5. táblázatban található.

Az Evési Zavar Kérdőív *testi elégedetlenség és karcsúság iránti készletés* alskáláin a független mintás t-próba alapján mindkét esetben szignifikáns nemi különbséget kaptunk: a lányok szignifikánsabban elégedetlenebbek a testükkel ( $t_{(356)}=3,364$ ;  $p=0,001$ , Cohen  $d=0,37$ , kicsi hatás) és jobban vágnak a karcsúságra ( $W_{(338)}=6,924$ ;  $p<0,001$ , Cohen  $d=0,72$ , közepes hatás), mint a fiúk.

A fenti adatokkal ellentétben, a *testképpel való elégedettség többdimenziós mérőeszkőjével* kapott eredmények szerint nincs szignifikáns nemi különbség ( $t_{(368)}=0,436$ ;  $p=0,663$ ; Cohen  $d=0,05$  elhanyagolható hatás). A három mérőeszkőn kapott eredményeket a 2. ábrán szemléltetjük.



2. ábra. A két nem összehasonlítása az Evési Zavar Kérdőív két alszája (karcsúság iránti készletés, testi elégedetlenség) és a testtel való elégedettség többdimenziós kérdőívén kapott eredmények mentén.

Megjegyzés: az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát.

Ha külön vizsgáltuk az egyes dimenziókat, akkor csupán a testsúllyal való elégedettség megítélésében mutatkozott tendencia szintű kapcsolat ( $t_{(368)}=1,962$ ;  $p=0,051$ ; Cohen  $d=0,21$ , kicsi hatás). Eszerint a lányok kevésbé elégedettek a testsúlyukkal, mint a fiúk.

Az egyes dimenziókra vonatkozó független mintás t-próba eredményeit a 7. táblázatban szemléltetjük.

7. táblázat. A testképpel való elégedettség különböző dimenzióin kapott független mintás t-próba eredményei.

Megjegyzés: a tendencia szintű kapcsolatot félkövér betűvel emeltük ki.

Tételek	Fiú Átlag (szórás)	Lány Átlag (szórás)	t érték	p érték	Cohen d
<b>Mennyire vagy elégedett a testsúlyoddal?</b>	4,6 (2,1)	4,2 (1,9)	1,962	<b>0,051</b>	<b>0,21</b>
<b>Mennyire vagy elégedett a testmagasságoddal?</b>	4,8 (1,9)	4,8 (1,9)	0,047	0,962	0,01
<b>Mennyire vagy elégedett az izmosságoddal?</b>	4,1 (1,8)	4,4 (1,9)	1,226	0,221	0,13
<b>Mennyire vagy elégedett az arcoddal?</b>	4,6 (1,7)	4,5 (1,8)	0,416	0,678	0,04
<b>Mennyire vagy elégedett az alakoddal?</b>	4,6 (1,7)	4,4 (1,9)	0,925	0,356	0,13
<b>Összességében mennyire vagy elégedett a külső megjelenéseddal?</b>	4,8 (1,7)	4,8 (1,7)	0,294	0,769	0,03

Mivel számos kérdőívet használtunk a testképpel való elégedettség vizsgálatára, ezért a fentebb ismertetett három mérőeszközt (az Evési Zavar Kérdőív két alszáláját: karcsúság iránti készletés, testi elégedetlenség, illetve a testképpel való elégedettség többdimenziós kérdőívén elért összpontszámot) főkomponens elemzéssel egyetlen változóvá aggregáltuk. Az így megőrzött információ 67,25% (főkomponens súlyok: testképpel való elégedettség: - 0,694; karcsúság iránti készletés: 0,847; testi elégedetlenség: 0,905).

A főkomponensen elért nagyobb pontszám a testképpel való elégedetlenség nagyobb fokára utal. A főkomponenst a *testképpel való elégedetlenségnek* neveztük el (így elkülönítve az Evési Zavar Kérdőív *testi elégedetlenség* alszálától, illetve a *testképpel való elégedettség többdimenziós mérőeszközétől*), s a további elemzéseket ezzel a főkomponenssel folytattuk le.

#### 4.1.2.3 A testképpel való elégedetlenség magyarázó változói

1. A szubjektív tápláltsági állapot szorosabb kapcsolatban van a testképpel való elégedetlenséggel, mint a testtömegindex.

2. A lányok elégedetlenebbek a testképükkel, mint a fiúk.

3. A szociokulturális hatások (média, szülői, kortárs) kapcsolatban vannak a testképpel való elégedetlenséggel: minél több, a megjelenésre vonatkozó szociokulturális hatás éri a serdülőt, annál elégedetlenebb a testképével.

4. Minél inkább internalizálja a serdülő a megjelenésre vonatkozó szociokulturális standardokat (karcsúságideál, illetve kisportolt testideál), annál elégedetlenebb a testképével.

5. Az önértékelés negatív irányú kapcsolatban van a testképpel való elégedetlenséggel: minél alacsonyabb valakinek az önértékelése, annál elégedetlenebb a testképével.

A fenti öt hipotézisünket egy egységes keretben, többszörös hierarchikus lineáris regresszió elemzéssel ellenőriztük. Az elemzés eredményei a 8. táblázatban láthatók.

8. táblázat. A testképpel való elégedetlenség magyarázó változóinak többszörös hierarchikus lineáris regressziós elemzése.

Megjegyzés: a megmagyarázott variancia a populációhoz igazított torzítatlan becslés (*adjusted r*<sup>2</sup>); a szignifikáns magyarázó erővel bíró prediktor változókat félkövér betűvel emeltük ki.

Modell	Változók	$\beta$	t-érték	p érték	Megmagyarázott variancia
1.	Testtömegindex	0,146	2,547	0,011	29,0%
	Szubjektív tápláltsági állapot	0,446	7,788	<0,001	
2.	Testtömegindex	0,175	3,092	0,002	31,8%
	Szubjektív tápláltsági állapot	0,401	6,982	<0,001	
	Nem	0,177	3,753	<0,001	

Modell	Változók	$\beta$	t-érték	p érték	Megmagyarázott variancia
3.	<b>Testtömegindex</b>	<b>0,157</b>	<b>2,819</b>	<b>0,005</b>	<b>35,1%</b>
	<b>Szubjektív tápláltsági állapot</b>	<b>0,387</b>	<b>6,882</b>	<b>&lt;0,001</b>	
	Nem	0,095	1,782	0,076	
	<b>Médiahatás</b>	<b>0,157</b>	<b>2,619</b>	<b>0,009</b>	
	Szülői hatás	0,029	0,531	0,596	
	Kortárshatás	0,743	1,407	0,160	
4.	<b>Testtömegindex</b>	<b>0,153</b>	<b>2,799</b>	<b>0,005</b>	<b>38,0%</b>
	<b>Szubjektív tápláltsági állapot</b>	<b>0,377</b>	<b>6,851</b>	<b>&lt;0,001</b>	
	Nem	0,093	1,725	0,086	
	Médiahatás	0,067	1,066	0,287	
	Szülőihatás	0,031	0,569	0,569	
	Kortárshatás	0,034	0,648	0,517	
	<b>Internalizáció – általános</b>	<b>0,202</b>	<b>3,454</b>	<b>0,001</b>	
	Internalizáció – kisportolt	0,023	0,436	0,663	
5.	<b>Testtömegindex</b>	<b>0,151</b>	<b>2,882</b>	<b>0,004</b>	<b>44,3%</b>
	<b>Szubjektív tápláltsági állapot</b>	<b>0,328</b>	<b>6,220</b>	<b>&lt;0,001</b>	
	Nem	0,088	1,708	0,089	
	Médiahatás	0,072	1,205	0,229	
	Szülői hatás	0,061	1,177	0,240	
	Kortárshatás	0,033	0,666	0,506	
	<b>Internalizáció – általános</b>	<b>0,154</b>	<b>2,746</b>	<b>0,006</b>	
	Internalizáció – kisportolt	0,025	0,510	0,611	
	Életkor	-0,048	-1,120	0,264	
	<b>Önértékelés</b>	<b>-0,264</b>	<b>-6,068</b>	<b>&lt;0,001</b>	

Az öt lépésben végzett elemzés első lépése során a BMI és a szubjektív tápláltsági állapot testképpel való elégedetlenségre vonatkozó magyarázó erejét vizsgáltuk. A BMI-nek a szubjektív tápláltsági állapot kontrollja mellett szignifikáns magyarázó ereje van a testképpel való elégedetlenségre ( $\beta=0,146$ ;  $p=0,011$ ), azonban az eredmények szerint a szubjektív tápláltsági állapot jobb magyarázó változója a testképpel való elégedetlenségnek, a BMI kontrollálása mellett ( $\beta=0,446$ ;  $p<0,001$ ). A  $\beta$  értéke pozitív, tehát minél inkább kövérnek látja magát valaki, annál inkább elégedetlen a testképével. Az első modell magyarázó ereje 29,0%.

A második lépésben beléptettük a nemet is. A nem, a BMI és a szubjektív tápláltsági állapot kontrollja mellett szignifikáns magyarázó erővel bír a testképpel való elégedetlenségre ( $\beta=0,177$ ;  $p<0,001$ ). A kapcsolat pozitív, eszerint a lányok szignifikánsabban elégedetlenebbek a testképükkel, mint a fiúk. A nem beléptetésével kismértékben csökkent a szubjektív tápláltsági állapot magyarázó ereje, azonban a három változó közül továbbra is ez a változó a testképpel való elégedetlenség legjobb előrejelzője ( $\beta=0,401$ ;  $p<0,001$ ). A 2. modell által megmagyarázott variancia 32%, amely szignifikánsan több, mint az előző modellé (R square change=0,030,  $p<0,001$ ).

A harmadik modellben a korábbi változók mellett a média-, szülői- és a kortárshatások magyarázó erejét vizsgáltuk. A szubjektív testkép továbbra is szignifikáns kapcsolatban van a többi változó kontrollálása mellett a testképpel való elégedetlenséggel ( $\beta=0,387$ ;  $p<0,001$ ). A szociokulturális hatások közül egyedül a médiahatás bizonyult szignifikáns magyarázó változónak, a BMI, a szubjektív tápláltsági állapot, a nem, a kortárs, illetve a szülőihatások kontrollálása mellett ( $\beta=0,157$ ;  $p=0,009$ ). Tehát a médiahatásnak való nagyobb kitettség, kapcsolatban van a testi elégedetlenség magasabb fokával. A 3. modell magyarázó ereje 35%, amely szignifikánsan több, mint a 2. modell (R square change=0,039;  $p<0,001$ ).

A negyedik lépésben a fentiekén túl a testideál internalizációját is kontrolláltuk. A korábbi változó közül továbbra is a szubjektív testkép magyarázó ereje a legnagyobb a többi változó kontrollálása mellett ( $\beta=0,377$ ,  $p<0,001$ ), a médiahatás magyarázó ereje, az internalizáció két alskálájának beléptetésével eltűnt ( $\beta=0,067$ ,  $p=0,287$ ). Azonban az eredmények szerint csak a karcsúságideál internalizációjának van (amelyet az internalizáció-általános alskála mér) szignifikáns magyarázó ereje a testképpel való elégedetlenségre ( $\beta=0,202$ ;  $p=0,001$ ) a többi magyarázó változó kontrollálása mellett. A kapcsolat pozitív irányú, tehát minél mélyebben internalizálja valaki a média által közvetített karcsúságideálokat, annál elégedetlenebb a testképével. Az internalizáció másik mutatója nem bizonyult



szignifikáns erejű magyarázó változónak ( $\beta=0,023$ ;  $p=0,663$ ). A modell által megmagyarázott variancia 38%, ami szignifikánsan több, mint az előző modellé (R square change=0,032;  $p<0,001$ ).

Utolsó lépésként kontrolláltuk az életkort és az önértékelést. A modell szerint az önértékelés szignifikáns kapcsolatban van a testi elégedetlenséggel az összes többi változó kontrollja mellett ( $\beta=-0,264$ ;  $p<0,001$ ). A kapcsolat negatív irányú, tehát minél alacsonyabb valakinek az önértékelése, annál elégedetlenebb a testképével. Az életkort illetően nem kaptunk szignifikáns eredményt ( $\beta=-0,048$ ;  $p=0,264$ ).

A többi változó közül a legerősebb magyarázó erővel továbbra is a szubjektív tápláltsági állapot bír ( $\beta=0,328$ ;  $p<0,001$ ), de a BMI ( $\beta=0,151$ ;  $p=0,004$ ) és a karcsúságideál internalizáció (internalizáció–általános skála) ( $\beta=0,154$ ;  $p=0,006$ ) magyarázó ereje is szignifikáns. Az ötödik modellben a nemnek csak tendencia szintű hatása van ( $\beta=0,088$ ;  $p=0,089$ ). A modell magyarázó ereje 44%, amely szignifikánsan több a korábnál (R square change=0,065;  $p<0,001$ ).

#### 4.1.2.4. Mediációs elemzés

*6. Feltételeztük, hogy a szociokulturális hatások és a testképpel való elégedetlenség között az internalizáció mediáló szerepet tölt be.*

Mivel a hierarchikus többszörös lineáris regresszió elemzés eredményeiből az látható, hogy a testképpel való elégedetlenséggel a szociokulturális hatások közül egyedül a médiahatás volt szignifikáns kapcsolatban, ezért a mediációs elemzés során csak ennek a változónak a hatását vizsgáltuk. Ehhez hasonlóan mivel az internalizáció két alszája közül csak a karcsúságideál internalizációja (internalizáció–általános skála) magyarázta szignifikánsan a testképpel való elégedetlenséget, csak ennek a változónak a közvetítő hatását vizsgáltuk.

A hipotézisünk ellenőrzéséhez Baron és Kenny (1986) nyomán (Urbán, Kovács, Czeglédi és Kelemen, 2008) összesen négy lineáris regressziós modell szükséges, ahol a következő feltételeknek kell teljesülnie.

1. A médiahatásnak szignifikánsan kell magyaráznia a testképpel való elégedetlenséget ( $\beta_1$ ).
2. A médiahatásnak szignifikánsan kell magyaráznia a karcsúságideál internalizációját (internalizáció–általános skála) ( $\beta_2$ ).

3. A karcsúságideál internalizációjának (internalizáció–általános skála) szignifikánsan kell magyaráznia a testképpel való elégedetlenséget ( $\beta_3$ ).

A feltételek teljesülése esetén tesztelni kell a médiahatás magyarázó erejét akkor, ha a modellben kontrolláljuk a karcsúságideál internalizációját (internalizáció–általános skála) ( $\beta_4$ ).

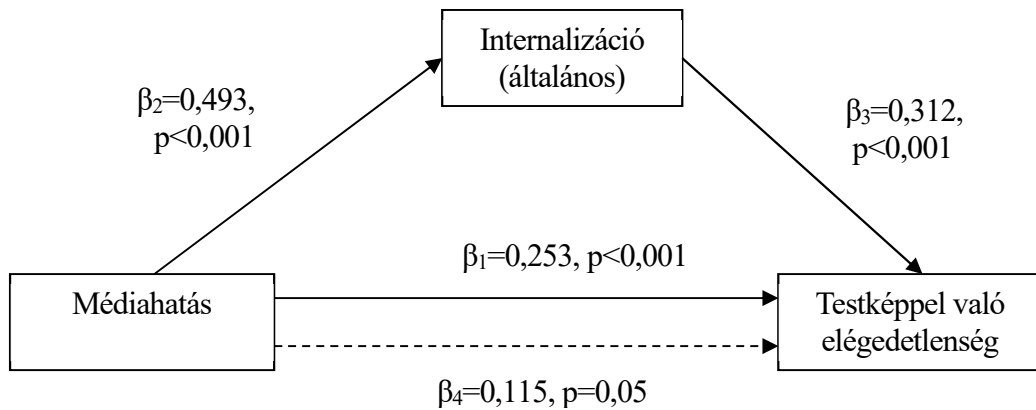
A mediáció kimutatható, ha mind a három regressziós modell szignifikáns és a médiahatás sztenderdizált együtthatója szignifikánsan csökken–azaz  $\beta_1 > \beta_4$ –a karcsúsági ideál internalizációjának beléptetésével. A mediációs elemzés során kontrolláltuk a nemet, az életkort és a BMI-t.

Első lépésként megvizsgáltuk a médiahatás testképpel való elégedetlenségre vonatkozó magyarázó erejét. Az eredmények szerint a média szignifikáns hatással bír a testképpel való elégedetlenségre ( $\beta_1=0,253$ ;  $p<0,001$ ).

Ezután a média és a karcsúságideál internalizációjának a kapcsolatát vizsgáltuk. Ez a feltétel szintén teljesült, az eredmények szerint a média szignifikáns kapcsolatban van a karcsúságideál internalizációjával ( $\beta_2=0,493$ ;  $p<0,001$ ).

A harmadik feltétel az volt, hogy az internalizáció szignifikáns kapcsolatban van a testképpel való elégedetlenséggel. A lineáris regresszió elemzés alapján szignifikáns kapcsolat van a karcsúságideál internalizációja és a testképpel való elégedetlenség között ( $\beta_3=0,312$ ;  $p<0,001$ ).

Végül teszteltük a médiahatás magyarázó erejét akkor, ha a modellben kontrolláltuk a karcsúságideál internalizációját (általános). Az eredmények szerint a médiahatás magyarázó ereje a testképpel való elégedetlenségre, a karcsúságideál internalizációjának (illetve a nem, életkor, BMI) kontrollálása mellett csökkent ( $\beta_4=0,115$ ;  $p=0,05$ ). A mediációs elemzés eredményeit a 3. ábra mutatja be.



3. ábra. A mediációs vizsgálat eredményei.

A mediáció statisztikai szignifikanciájának becslésére a Sobel tesztet használtunk (Baron és Kenny, 1986). Amennyiben a Sobel-teszt értéke 1,96-nál nagyobb, akkor a mediáció szignifikáns. A teszt eredménye szerint a karcsúságideál internalizációja szignifikáns mediáló szerepet tölt be a médiahatás és a testképpel való elégedetlenség között (Sobel  $z=5,69$ ;  $p<0,0001$ ).

Emellett Meier, Slutske, Arndt és Cadoret (2007) nyomán a mediáció relatív nagyságát is megvizsgáltuk a  $(\beta_1-\beta_4)/\beta_1$  képlet alapján. A karcsúságideál internalizációja a médiahatás és a testképpel való elégedetlenség közötti kapcsolatot 54%-át magyarázza.

#### 4.1.3 Elhízottakkal szembeni előítéletek

Az előítélet mérésére használt mérőeszközök (Közös Tevékenységek Kérdőív, Melléknévtábla, Vizuális Analóg Skála) alapstatisztikáját az 6. táblázat tartalmazza.

A *Közös Tevékenységek Kérdőív*en kapott nemi különbségeket vizsgálva a kétmintás t-próba eredményei szerint a normális testalkatú fiú megítélésében nincs nemi különbség, sem a szociális ( $t=1,365$ ;  $p=0,173$ ; Cohen  $d=0,15$  kicsi hatás), sem a tanulmányi ( $t=0,502$ ;  $p=0,616$ ; Cohen  $d=0,05$  elhanyagolható hatás), sem pedig a rekreációs alskálán ( $t=0,972$ ;  $p=0,332$ ; Cohen  $d=0,10$  kicsi hatás). Tehát a fiúk és a lányok az eredmények szerint ugyanolyan szívesen vennének részt a normális testalkatú fiúval közös tevékenységekben. Az elhízott fiút ábrázoló figura esetén a lányok átlagértékei a szociális ( $t=3,748$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,40$  közepes hatás) és rekreációs alskálán ( $t=4,181$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,45$  közepes hatás) szignifikánsan alacsonyabbak lettek, mint a fiúké. Tehát a lányok kevésbé szívesen vennének részt az elhízott

fiúval szociális és rekreációs tevékenységekben. A lány figurákat ábrázoló rajzok megítélésénél, az mondható el, hogy a lányok szignifikánsan szívesebben vennék részt mind a normális testalkatú, mind az elhízott lányokkal közös szociális, rekreációs és tanulmányi tevékenységekben, mint a fiúk. A normális testalkatú és az elhízott lányt ábrázoló rajzoknál a kérdőíven elért összpontszámok átlagértékei közötti nemi különbség hatásmérete közepes (normális testalkatú lány:  $t=6,620$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,71$ ; elhízott lány:  $t=7,211$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,72$ ).

A *Melléknévlista* és a *Vizuális Analóg Skála* esetében a nemi különbségeket vizsgálva azt láthatjuk, hogy csak a lány figurák megítélése esetén van szignifikáns különbség. A kétmintás t-próba eredményei szerint (6. táblázat) a lányok szignifikánsabban több pozitív tulajdonságot társítottak az elhízott és a normális testalkatú lány figurájához, mint a fiúk (normális testalkatú lány:  $t=4,116$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,45$  kicsi hatás; elhízott lány:  $t=3,589$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,39$  kicsi hatás). A fiú figurák megítélésében nem kaptunk szignifikáns nemi különbséget. Ehhez hasonlóan a *Vizuális Analóg Skálán* is azt az eredményt kaptuk, hogy a fiúkat ábrázoló figurák megítélése esetén nincs szignifikáns nemi különbség, az elhízott, illetve normális testalkatú lányokat, azonban a lányok szignifikánsan jobban kedvelték, mint a fiúk (normális testalkatú lány:  $t=4,377$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,47$  kicsi hatás; elhízott lány:  $t=4,817$ ;  $p<0,001$ ; Cohen  $d=0,52$  közepes hatás).

#### 4.1.3.1 A normális testalkatú és elhízott gyermekek megítélésének összehasonlítása

7. *A serdülők negatívabban ítélik meg az elhízott gyermekeket ábrázoló figurákat, mint az átlagos testalkatúakat. Tehát kedvezőtlenebb tulajdonságokkal társítják az elhízott gyermekeket ábrázoló rajzokat (a Melléknévlistán), kevésbé kedvelik őket (a Vizuális Analóg Skálán) és kevésbé szívesen vennék részt velük közös (szociális, tanulmányi, rekreációs) tevékenységekben (a Közös Tevékenységek Kérdőíven).*

A fiúkat ábrázoló képek összehasonlítása során azt találtuk, hogy a vizsgálatban részt vevő serdülők az elhízott fiút az előítélet valamennyi, általunk mért aspektusa tekintetében szignifikánsan kedvezőtlenebbül ítélik meg, mint a normális testalkatú fiút (9. táblázat). Ugyanezt az eredményt kaptuk az elhízott és normális testalkatú lány megítélésének összehasonlítása során (10. táblázat). A négy gyermekfigura megítélésének különbségeit az 4-5. ábrán szemléltetjük.

9. táblázat. Az elhízott és normális testalkatú fiúkat ábrázoló rajzok megítélése az egyes kérdőíveken.

Skálák	Normális testalkatú fiú; átlag (szórás)	Elhízott fiú; átlag (szórás)	t-érték	Cohen-d
<b>Közös Tevékenységek</b> <b>Kérdőív –</b> <b>Szociális alskála</b>	6,5 (4,3)	4,4 (4,3)	9,297 (<0,001)	1,09
<b>Közös Tevékenységek</b> <b>Kérdőív –</b> <b>Tanulmányi alskála</b>	6,8 (4,1)	5,3 (4,5)	7,403 (<0,001)	0,77
<b>Közös Tevékenységek</b> <b>Kérdőív –</b> <b>Rekreációs alskála</b>	5,6 (4,1)	3,1 (3,7)	13,204 (<0,001)	1,45
<b>Közös Tevékenységek</b> <b>Kérdőív –</b> <b>Összpontszám</b>	19,0 (11,5)	12,8 (11,6)	11,312 (<0,001)	1,20
<b>Melléknévlista</b>	83,0 (15,9)	64,8 (15,8)	15,938 (<0,001)	2,57
<b>Vizuális Analóg Skála</b>	47,6 (25,3)	32,7 (24,7)	9,833 (<0,001)	1,25

10. táblázat. Az elhízott és normális testalkatú lányokat ábrázoló rajzok megítélése az egyes kérdőíveken.

Skálák	Normális testalkatú lány; átlag (szórás)	Elhízott lány; átlag (szórás)	t-érték (p érték)	Cohen-d
<b>Közös Tevékenységek Kérdőív – Szociális alskála</b>	9,6 (5,0)	4,7 (4,6)	18,579 (<0,001)	2,28
<b>Közös Tevékenységek Kérdőív – Tanulmányi alskála</b>	9,3 (4,9)	5,8 (4,8)	14,340 (<0,001)	1,61
<b>Közös Tevékenységek Kérdőív – Rekreációs alskála</b>	8,4 (5,0)	3,6 (4,2)	18,423 (<0,001)	2,33
<b>Közös Tevékenységek Kérdőív – Összpontszám</b>	27,4 (14,1)	14,1 (12,8)	18,651 (<0,001)	2,21
<b>Melléknévlista</b>	95,3 (16,9)	64,0 (16,6)	26,671 (<0,001)	4,18
<b>Vizuális Analóg Skála</b>	58,6 (26,3)	31,9 (24,1)	16,855 (<0,001)	2,37

#### 4.1.3.2 Az elhízott fiúk és lányok megítélésének összehasonlítása

8. *Az elhízott lányokra vonatkozó előítéletek a legerősebbek, ezért a serdülők kedvezőtlenebbül ítélik meg az elhízott lányokat, mint az elhízott fiúkat.*

Eredményeink szerint csak a rekreációs tevékenység ( $t_{(367)}=2,518$ ;  $p=0,012$ ) és a Közös Tevékenység Kérdőív magyar változatának összpontszáma ( $t_{(367)}=2,011$ ;  $p=0,045$ ) esetében mutatkozik szignifikáns különbség a két nem megítélése között (11. táblázat). A kapott összefüggés azonban a várttal ellentétes irányú, azaz vizsgált mintánkban az elhízott lányok az

elhízott fiúknál kedvezőbb megítélésben részesültek az elhízással kapcsolatos előítélet viselkedéses komponensének tekintetében.

11. táblázat. Az elhízott gyermekeket ábrázoló rajzok megítélése az egyes kérdőíveken.

Megjegyzés: A szignifikáns különbségeket félkövér betűvel emeltük ki.

Skálák	Elhízott fiú; átlag (szórás)	Elhízott lány; átlag (szórás)	t-érték (p érték)	Cohen-d
<b>Közös Tevékenységek</b>	4,3	4,7	1,452	0,20
<b>Kérdőív – Szociális alskála</b>	(4,3)	(4,6)	(0,147)	
<b>Közös Tevékenységek</b>	5,4	5,8	1,839	0,19
<b>Kérdőív – Tanulmányi alskála</b>	(4,5)	(4,8)	(0,067)	
<b>Közös Tevékenységek</b>	3,0	3,6	<b>2,518</b>	<b>0,34</b>
<b>Kérdőív – Rekreációs alskála</b>	(3,7)	(4,1)	<b>(0,012)</b>	
<b>Közös Tevékenységek</b>	12,8	14,0	<b>2,011</b>	<b>0,22</b>
<b>Kérdőív – Összpontszám</b>	(11,6)	(12,8)	<b>(0,045)</b>	
<b>Melléknévlista</b>	64,8 (16,0)	63,8 (16,5)	1,094 (0,275)	0,14
<b>Vizuális Analóg Skála</b>	32,7 (24,7)	31,9 (24,1)	0,660 (0,510)	0,07

Mivel az elhízottakkal szembeni előítélet mérésére három mérőeszközt is alkalmaztunk, a további hipotézisek teszteléséhez az eredmények könnyebb átláthatóság érdekében a három mérőeszközt, a két elhízott figura megítélése esetében főkomponens elemzéssel egyetlen változóvá aggregáltuk. Így összesen két főkomponenst kaptunk, az elhízott lány és az elhízott fiú megítélésére vonatkozó főkomponenst.

Az *elhízott lányt* ábrázoló rajz esetén a főkomponens által megőrzött információ 74,8%. A főkomponens súlyok 0,83 és 0,87 közötti értékeket vettek fel. Az *elhízott fiút* ábrázoló rajzra vonatkozó válaszok esetén a főkomponens által megőrzött információ 70,9%, a főkomponens súlyok 0,81 és 0,86 közötti értékeket vettek fel. A főkomponenseken elért magasabb pontszám

a kedvezőbb megítélésre, azaz az előítéletek alacsonyabb fokára utal. A főkomponens elemzés eredményeit a 12. táblázatban foglaltuk össze. A további elemzéseket ezekkel a főkomponensekkel végeztük.

12. táblázat. Az előítélet mutatók főkomponens elemzése az elhízott figurák megítélése esetén.

	Változó	Főkomponens súly	Megőrzött információ-tartalom
<b>Elhízott lány megítélése főkomponens</b>	<b>Vizuális Analóg Skála</b>	0,878	
	<b>Közös Tevékenységek</b>		
	<b>Kérdőív (összpontszám)</b>	0,877	
	<b>Melléknévlista</b>	0,838	<b>74,8%</b>
<b>Elhízott fiú megítélése főkomponens</b>	<b>Vizuális Analóg Skála</b>	0,851	
	<b>Közös Tevékenységek</b>		
	<b>Kérdőív (összpontszám)</b>	0,863	
	<b>Melléknévlista</b>	0,811	<b>70,9%</b>

#### 4.1.3.3 Az elhízással kapcsolatos előítéletek magyarázó változói

9. *A szociokulturális hatások egyenes irányú kapcsolatban vannak az elhízottakkal szembeni előítéletekkel. Minél több, a külső megjelenés fontosságára vonatkozó szociokulturális hatás éri a serdülőt, annál előítéletesebb az elhízottakkal szemben.*

10. *Minél inkább internalizálja a serdülő a megjelenésre vonatkozó szociokulturális standardokat (karcsú, illetve izmos testideál) annál előítéletesebb az elhízottakkal szemben.*

Fenti két hipotézisünket egyetlen modellben teszteltük, többszörös, hierarchikus lineáris regresszió elemzés alkalmazásával.

A hipotéziseket elsőként az elhízott lányokkal szembeni előítélet kapcsán vizsgáltuk meg. Az eredményeket a 13. táblázatban mutatjuk be részletesen. Az elemzést három lépésben végeztük el.



Az első modellben a média-, szülői és kortárshatások magyarázó erejét vizsgáltuk. Az eredmények szerint a szülői ( $\beta = -0,221$ ;  $p < 0,001$ ) hatás az elhízott lányra vonatkozó előítéletek szignifikáns magyarázó erejű változójának tekinthető. A standardizált együttható negatív előjele arra utal, hogy minél több, a karcsú megjelenés fontosságára vonatkozó szülői hatás éri a serdülőt, annál kedvezőtlenebbül ítéli meg az elhízott lányt. A média hatása ( $\beta = 0,230$ ;  $p < 0,001$ ) szintén az elhízott lányokkal szembeni előítéletek szignifikáns magyarázó változójának bizonyult, azonban a kapcsolat a várttal ellentétes irányú. A kortárshatás magyarázó ereje csak tendenciaszintű ( $\beta = 0,102$ ;  $p = 0,098$ ). A modell magyarázó ereje igen alacsony, mindössze 6,3%.

A második lépésben a szociokulturális hatások mellett a karcsú megjelenés internalizációjának magyarázó erejét is vizsgáltuk. Az eredmények szerint a szociokulturális hatások (média, szülői, kortárs) kontrollja mellett a karcsúságideál internalizációja nem bír szignifikáns magyarázó erővel az elhízott lányt ábrázoló figura megítélése tekintetében ( $\beta = 0,042$ ;  $p = 0,503$ ). A média ( $\beta = 0,211$ ;  $p = 0,002$ ) illetve a szülői ( $\beta = -0,220$ ;  $p < 0,001$ ) hatás továbbra is szignifikáns magyarázó változója az elhízott lánnyal szembeni előítéleteknek a többi változó kontrollja mellett. A modell által megmagyarázott variancia, kevesebb, mint az előző modell esetén, 6,1%.

Az utolsó modellben a korábbi változók mellett kontrolláltuk a nemet, az életkort és a BMI-t. A szülői hatás továbbra is szignifikáns magyarázó változója maradt az elhízott lánnyal kapcsolatos előítéleteknek ( $\beta = -0,156$ ;  $p = 0,014$ ), azonban a médiahatás szignifikáns magyarázó ereje eltűnt ( $\beta = 0,094$ ;  $p = 0,200$ ). Az újonnan beléptetett változók közül egyedül a válaszadók neme bizonyult az elhízott lánnyal kapcsolatos előítéletek szignifikáns magyarázó változójának ( $\beta = 0,229$ ;  $p < 0,001$ ) a többi változó kontrollálása mellett, megerősítve a korábbi eredményeinket, miszerint a serdülő lányok szignifikánsan kevésbé előítéletesek az elhízott lánnyal szemben, mint a fiúk. Az életkor esetében tendenciaszintű kapcsolatot találtunk ( $\beta = 0,090$ ;  $p = 0,093$ ). A standardizált együttható pozitív előjele arra utal, hogy az idősebb gyerekek kevésbé előítéletesek az elhízott lányokkal szemben, mint a fiatalabbak. A modell által magyarázott variancia 10,2%.

13. táblázat. Az elhízott gyermekekkel kapcsolatos előítélet magyarázó változóinak vizsgálata. Megjegyzés: az elhízott lány megítélése esetében az általános internalizáció, míg az elhízott fiú megítélése esetében a kisportolt testideál internalizációjának magyarázó erejét teszteltük. A megmagyarázott variancia ( $R^2$ ) a populációhoz igazított torzítatlan becslés (adjusted  $R^2$ ). A szignifikáns magyarázó erővel bíró változók standardizált együttthatóját ( $\beta$ ) félkövér betűvel emeltük ki.

Modell	Változók	Az elhízott lány megítélése				Az elhízott fiú megítélése			
		$\beta$	t- érték	p	$R^2$	$\beta$	t- érték	p	$R^2$
1.	<b>Médiahatás</b>	<b>0,230</b>	3,769	<b>&lt;0,001</b>	6,3%	0,039	0,611	0,542	0,7%
	<b>Szülőihatás</b>	<b>-0,221</b>	-3,621	<b>&lt;0,001</b>		-0,033	-0,526	0,599	
	<b>Kortárshatás</b>	0,102	1,661	0,098		0,017	0,264	0,792	
2.	<b>Médiahatás</b>	<b>0,211</b>	3,129	<b>0,002</b>	6,1%	0,026	0,409	0,683	0,9%
	<b>Szülőihatás</b>	<b>-0,220</b>	-3,601	<b>&lt;0,001</b>		-0,055	-0,867	0,387	
	<b>Kortárshatás</b>	0,094	1,506	0,133		-0,002	-0,026	0,980	
	<b>Internalizáció</b>	0,042	0,671	0,503		<b>0,144</b>	2,546	<b>0,011</b>	
3.	<b>Médiahatás</b>	0,094	1,284	0,200	10,2%	0,102	1,403	0,162	3,5%
	<b>Szülőihatás</b>	<b>-0,156</b>	-2,473	<b>0,014</b>		-0,094	-1,431	0,154	
	<b>Kortárshatás</b>	0,079	1,280	0,201		-0,009	-0,142	0,887	
	<b>Internalizáció</b>	0,018	0,283	0,778		<b>0,132</b>	2,305	<b>0,022</b>	
	<b>Nem</b>	<b>0,229</b>	3,767	<b>&lt;0,001</b>		<b>-0,134</b>	-2,079	<b>0,038</b>	
	<b>Életkor</b>	0,090	1,686	0,093		0,098	1,783	0,076	
	<b>Testtömegindex</b>	0,075	1,390	0,165		0,078	1,404	0,161	

A fenti hipotézisek tesztelését az elhízott fiú megítélése kapcsán is elvégeztük, a modellépítés során az előzőekben ismertetett logikát követve (13. táblázat).

Az első modellben a média-, szülői és kortárshatások magyarázó erejét vizsgáltuk. Egyik változó esetében sem kaptunk még tendenciaszintű kapcsolatot sem (a modell magyarázó ereje 0,7%).

A második lépésben a kisportolt testideál internalizációja magyarázó erejét vizsgáltuk az elhízott fiúkkal kapcsolatos előítéletek alakulása tekintetében. A szociokulturális hatások

kontrollja mellett a kisportolt testideál internalizációja ( $\beta=0,144$ ;  $p=0,011$ ) az elhízott fiúval kapcsolatos előítélet szignifikáns magyarázó változójának bizonyult, azonban a várttal ellentétes irányban, azaz az internalizáció nagyobb foka kedvezőbb megítélést jelezett előre. E modell magyarázó ereje továbbra is rendkívül alacsony, mindössze 0,9%.

A harmadik modellben kontrolláltuk a nemet, az életkort és a BMI-t. A kisportolt testideál magyarázó ereje továbbra is szignifikáns magyarázó erővel bír ( $\beta=0,132$ ;  $p<0,022$ ). Az újonnan beléptetett változók közül egyedül a nem bizonyult szignifikáns magyarázó változónak ( $\beta=-0,134$ ;  $p=0,038$ ). A standardizált együttható negatív előjele arra utal, hogy a fiúk kedvezőbben ítélik meg az elhízott fiút, mint a lányok. Az életkor esetében ezúttal is tendenciaszerű kapcsolatot találtunk ( $\beta=0,098$ ;  $p=0,076$ ), amely szerint az idősebbek pozitívabban ítélik meg az elhízott fiút, mint a fiatalabbak. A harmadik modell által megmagyarázott variancia 3,5%, amely szignifikánsan több, mint az előző modellé.

#### 4.2 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében

Az 14. táblázat mutatja a 6 lány figura, a 15. táblázat a 6 fiú figura rangsorolásának gyakoriságát és a százalékos eloszlását.

14. táblázat. A lány figurák rangsorolásának gyakorisága és százalékos eloszlása.

Lány figura	Rangsor (%)					
	1	2	3	4	5	6
<b>Egészséges</b>	120 (48,6)	35 (14,1)	22 (8,9)	24 (9,7)	21 (8,6)	25 (10,1) (100)
<b>Arc</b>	38 (15,4)	52 (21,1)	28 (11,3)	53 (21,5)	49 (19,8)	27 (10,9) (100)
<b>Mankós</b>	31 (12,6)	64 (25,9)	58 (23,5)	38 (15,3)	41 (16,6)	15 (6,1) (100)
<b>Tolószékes</b>	39 (15,8)	27 (10,9)	35 (14,2)	31 (12,6)	48 (19,4)	67 (27,1) (100)
<b>Kéz</b>	14 (5,6)	37 (15,0)	63 (25,5)	53 (21,5)	43 (17,4)	37 (15,0) (100)
<b>Elhízott</b>	5 (2,0)	32 (13,0)	41 (16,6)	48 (19,4)	45 (18,2)	76 (30,8) (100)
<b>Összesen</b>	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)

15. táblázat. A fiú figurák rangsorolásának gyakorisága és százalékos eloszlása.

Fiú figura	Rangsor (%)					
	1	2	3	4	5	6
<b>Egészséges</b>	145 (58,7)	23 (9,3)	23 (9,3)	15 (6,1)	23 (9,3)	18 (7,3) (100)
<b>Arc</b>	28 (11,3)	62 (25,1)	35 (14,2)	48 (19,4)	52 (21,1)	22 (8,9) (100)
<b>Mankós</b>	16 (6,5)	76 (30,8)	61 (24,6)	43 (17,4)	37 (15,0)	14 (5,7) (100)
<b>Tolószékes</b>	34 (13,8)	25 (10,1)	40 (16,2)	42 (17,0)	44 (17,8)	62 (25,1) (100)
<b>Kéz</b>	17 (6,9)	38 (15,4)	53 (21,5)	59 (23,9)	39 (15,7)	41 (16,6) 100
<b>Elhízott</b>	7 (2,8)	23 (9,3)	35 (14,2)	40 (16,2)	52 (21,1)	90 (36,4) 100
<b>Összesen</b>	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)	247 (100)

A résztvevők több mint fele (62,7%) a lány figurák közül az egészséges lány figuráját rangsorolta az első vagy második helyre, illetve a fiú figurák közül is az egészséges figurát választották a legtöbben az első vagy második helyre (68%). Ezzel szemben a vizsgálati személyek többsége az utolsó két helyre az elhízott figurát rangsorolta a lány (49%) és a fiú figurák (57,5%) esetében is. A Kendall-féle konkordancia együttható a vizsgálati személyek

között a rangsorolásban szignifikáns egyetértésre utal ( $W_{(11)}=0,148$ ;  $p=0,001$ ). A rangsor átlagok és a szórás a 6 lány és a 6 fiú figura esetében a 16. táblázatban található.

16. táblázat. Rangsor átlagok és szórás a figurák megítélésében a vizsgálati személyek neme és származása mentén.

Figura	Rangsor átlag (szórás)				
	Vizsgálati személy				
	Lány	Fiú	Magyar	Roma	Összesen
<b>Lány</b>					
<b>Egészséges</b>	2,697 (1,88)	2,148 (1,58)	2,231 (1,76)	2,711 (1,76)	2,457 (1,77)
<b>Mankós</b>	3,165 (1,49)	3,148 (1,39)	3,179 (1,46)	3,117 (1,45)	3,157 (1,45)
<b>Arc</b>	3,295 (1,67)	3,583 (1,55)	3,485 (1,50)	3,378 (1,76)	3,421 (1,62)
<b>Amputált</b>	3,791 (1,44)	3,694 (1,44)	3,686 (1,45)	3,837 (1,43)	3,749 (1,44)
<b>Tolószékes</b>	3,820 (1,79)	4,009 (1,83)	3,858 (1,74)	3,964 (1,88)	3,902 (1,81)
<b>Elhízott</b>	4,230 (1,47)	4,416 (1,48)	4,559 (1,39)	3,991 (1,53)	4,311 (1,48)
<b>Fiú</b>					
<b>Egészséges</b>	2,316 (1,78)	2,046 (1,58)	2,037 (1,60)	2,369 (1,79)	2,198 (1,70)
<b>Mankós</b>	3,237 (1,36)	3,166 (1,32)	3,261 (1,37)	3,126 (1,32)	3,206 (1,34)
<b>Arc</b>	3,273 (1,59)	3,574 (1,47)	3,410 (1,47)	3,432 (1,62)	3,404 (1,54)
<b>Amputált</b>	3,798 (1,51)	3,713 (1,46)	3,798 (1,47)	3,729 (1,52)	3,761 (1,49)
<b>Tolószékes</b>	3,920 (1,68)	3,879 (1,78)	3,783 (1,69)	4,054 (1,74)	3,902 (1,72)
<b>Elhízott</b>	4,453 (1,47)	4,620 (1,47)	4,709 (1,43)	4,282 (1,49)	4,526 (1,47)
<b>N</b>	139	108	134	111	247

Ez alapján látható, hogy a lány és a fiú figurákat azonos módon rangsorolták a vizsgálati személyek nemtől és származástól függetlenül. Ez alapján a következő preferencia sorrendet lehet felállítani: egészséges, mankós, arc, amputált, tolószékes, elhízott.

Szignifikáns nemi különbséget a rangsorolásban csak egy esetben találtunk, az egészséges lány megítélésében. Eszerint a fiúk szignifikánsan magasabbra értékelték az egészséges lányt, mint a lányok ( $H_{(1)}=4,488$ ;  $p=0,034$ ).

Szignifikáns különbségeket találtunk a roma és magyar származású gyermekek rangsorolása között. A magyar származású gyermekek szignifikánsan pozitívabban értékelték az egészséges lány figuráját ( $H_{(1)}=6,628$ ;  $p=0,010$ ), mint a roma gyermekek. Ezzel szemben a roma gyerekek szignifikánsan pozitívabban értékelték a túlsúlyos lány ( $H_{(1)}=8,146$ ;  $p=0,004$ ) és a túlsúlyos fiú ( $H_{(1)}=5,468$ ;  $p=0,019$ ) figuráját. A többi figura megítélésében nem találtunk szignifikáns eltérést.

Végül a BMI és a rangsorolás közötti összefüggést vizsgáltuk. Eredményeink szerint nincs kapcsolat a BMI és az elhízott gyermeket ábrázoló figurák között, eszerint a magasabb BMI-vel rendelkező gyermekek is az elhízott gyermek figuráját preferálták a legkevésbé.

### **4.3 Önségítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában**

#### **4.3.1 A vizsgálat alapstatisztikája**

A 17. táblázatban bemutatjuk a vizsgálatban alkalmazott kérdőívek alapstatisztikáját, a két nem összehasonlítását a változók mentén, továbbá ismertetjük a belső megbízhatóság (Cronbach- $\alpha$ ) mutatóit. Látható, hogy több esetben is szignifikáns különbség adódott. Az eredmények alapján a nőkre szignifikánsabban jellemző az evés kognitív korlátozása, valamint a testi elégedetlenség és a testtel kapcsolatos aggodalom.

17. táblázat. A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök alapstatisztikája.

Változó	Teljes minta (n=62)		Cronbach- $\alpha$ (tételszám)	Nők (n=43)		Férfiak (n=19)		t érték (p érték)	Cohen d
	Terjedelem	Átlag (szórás)		Terjedelem	Átlag (szórás)	Terjedelem	Átlag (szórás)		
<b>Kognitív korlátozás skála</b>	7-21	14,5 (3,19)	0,751 (6)	9-20	15,0 (3,07)	7-21	13,2 (3,15)	<b>t(60)=2,149 (0,036)</b>	<b>0,72</b>
<b>Kontrollálatlan evés skála</b>	11-33	22,1 (4,30)	0,787 (9)	13-31	22,1 (3,82)	11-33	22,0 (5,34)	t(60)=0,117 (0,907)	0,02
<b>Érzelmi evés skála</b>	6-24	16,1 (4,36)	0,902 (6)	9-24	16,3 (3,49)	6-23	15,7 (5,97)	W(23,61)=0,368 (0,716)	0,14
<b>Rosenberg Önértékelési Skála</b>	7-30	20,0 (4,69)	0,831 (10)	7-30	20,4 (5,06)	13-25	19,2 (3,66)	t(61)=0,930 (0,356)	0,26
<b>Élettel való elégedettség (SWLS)</b>	9-34	21,8 (6,29)	0,875 (5)	9-34	22,6 (6,71)	11-26	20,0 (4,89)	t(60)=1,546 (0,127)	0,42
<b>Testi elégedetlenség (EDI)</b>	0-27	16,8 (6,49)	0,814 (9)	7-27	18,1 (5,80)	0-25	13,7 (7,03)	<b>t(61)=2,543 (0,014)</b>	<b>0,72</b>
<b>Testtel kapcsolatos aggodalom (BSQ)</b>	23-80	58,7 (13,99)	0,922 (14)	29-80	61,8 (12,50)	23-70	51,7 (14,92)	<b>t(60)=2,736 (0,008)</b>	<b>0,77</b>

### 4.3.2 Súlytörténet

A testsúlytörténet felmérésére használt kérdések segítségével a következő eredményeket kaptuk. A csoporttagoknak (n=63) átlagosan 20 éves (SD=12,59; terjedelem=3-50) kora óta van súlyproblémájuk. 56,3%-nak (n=36) már 18 éves kora előtt, ebből 94%-nak már az általános iskolában (n=34). 30 éves kora után kezdődtek a súlyproblémái a válaszadók 28,1%-nak (n=18).

A vizsgálati személyeknek életük során átlagosan 8,4 alkalommal (SD=11,05, terjedelem=2-20 alkalom) ingadozott jelentősen a testsúlyuk. 29,7%-uk testsúlyingadozása meghaladta a 10 alkalmat. Az első fogyókúra ideje átlagosan 22,9 éves (SD=10,66, terjedelem=10-45 év) korra tehető. Az életük során elért legmagasabb testsúly átlagosan 116,7 (SD=27,63, terjedelem 76-209 kg). A program kezdetét megelőző 1 évben a résztvevők átlagosan 3 alkalommal (SD=2,61, terjedelem=0-13 alkalom) próbálták meg csökkenteni a testsúlyukat. A programot megelőzően a válaszadók mindösszesen 9%-a (n=6) vett már részt orvos/dietetikus felügyelete mellett testsúlycsökkentő kezeléseken.

### 4.3.3 A fogyás motivációi

A program elején a résztvevőket megkértük arra, hogy sorolják fel a fogyás három legfontosabb motivációját. A kapott eredményeket elemzés után összesen kilenc válaszkategóriába soroltuk be.

Ez alapján a programot teljesítők 92,0%-a (n=58) említette meg a fogyás egyik legfontosabb okaként az egészség megőrzését és a betegségek megelőzését. A második leggyakrabban megemlített motiváció a könnyebb mozgás, jobb fizikai erőnlét (60,3%, n=38). A harmadik helyen pedig a vonzóbb külső (47,6%, n=30) szerepelt. A további motivációkat gyakorisági sorrendben a 18. táblázatban tüntettük fel.

18. táblázat. A fogyás legfontosabb motivációi gyakorisági sorrendben.

Fogyás motivációi	Százalékos gyakoriság (hány fő említette)
1. Egészség megőrzése, betegségek megelőzése	92,0% (n=58)
2. Könnyebb mozgás, jobb fizikai erőnlét	60,3% (n=38)
3. Vonzóbb külső	47,6% (n=30)
4. Jobb közérzet	23,8% (n=15)
5. Magasabb önértékelés	22,2% (n=14)
6. Könnyebb öltözködés	19,0% (n=12)
7. Előítélet csökkenése, mások jobban elfogadjanak	14,3% (n=9)



Fogyás motivációi	Százalékos gyakoriság (hány fő említette)
8. Példamutatás mások pl. gyermeke számára	12,75 (n=8)
9. Egyéb (pl. gyermekvállalás, ételekhez való viszony megváltozása stb.)	6,3% (n=4)

#### 4.3.4 Testsúly változása

*Testsúlycsökkenés a program során (0-6. hónap):* A program során a csoporttagok (n=63) átlagosan 10,1 kg-ot fogytak (SD=5,89kg, terjedelem: 0,0–28,0kg), nagy egyéni eltérésekkel, ami a kiindulási testtömeg 9,0%-ának felel meg (SD=4,48%, terjedelem: 0,0–24,4%). A program végére 7 főnek (11,1%) nem csökkent klinikailag jelentős mértékben a testtömege (0-4,9% közötti fogyás), senkinek nem nőtt a testsúlya a program során. A résztvevők 88,9%-ának súlycsökkenése elérte a legalább 5-10%-ot, ezen belül 28,6%-uk fogyása meghaladta a 10%-ot.

*Testsúlycsökkenés a program és az utánkövetés során (0-18.hónap):* Ha a testsúlyváltozást a program eleje és az utánkövetés között tekintjük át, azt látjuk, hogy a válaszadók (n=48) a program elején mérthez képest átlagosan 10,5kg-mal voltak könnyebbek (SD=11,40kg, terjedelem:–3,0–59,0kg), amely átlag 9,2%-os súlycsökkenésnek felel meg (SD=8,41%, terjedelem:–3,0–39,9%). A résztvevők 25,0%-ának az utánkövetés végére nem különbözött jelentős mértékben a testsúlya a kiindulási értékhez képest (0-4,9% közötti fogyás), senkinek nem lett magasabb a testtömege. A résztvevők 75,0%-ánál jelent meg legalább 5-10%-os súlycsökkenés a program elején mért testtömeghez képest, ezen belül 35,4%-uk súlycsökkenése meghaladta a 10%-ot.

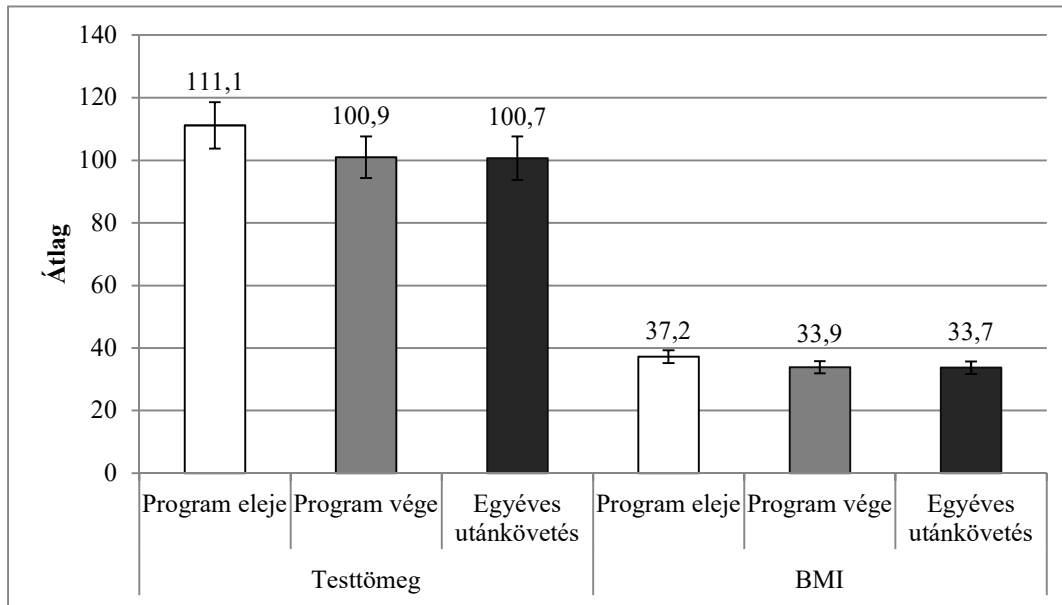
*Testsúlymegtartás a program vége és az utánkövetés között (6-18.hónap):* A program lezárása és az utánkövetés között a személyek (n=48) átlagosan 0,27 kg-ot fogytak (SD=8,03, terjedelem:12–32 kg), ami átlag 0,24%-os fogyásnak felel meg (SD=7,62, terjedelem:12–26%). A résztvevők 34,7%-ának nőtt a testsúlya a program lezárása után, ezen belül egy főnek, több, mint 10%-ot, de még így sem érte el a program elején mért testsúlyt. 36,7%-uk tudta megtartani a program végére elért fogyást (0-3% testsúlyingadozás). Továbbá 22,1%-uk testsúlya tovább csökkent a program lezárása után, 4 fő még további 10%-ot fogyott.

A 19. táblázatban részletesen bemutatjuk a testsúlyváltozás mértékének alakulását a program végére, valamint az utánkövetés során. A tápláltsági állapot szerinti bontás van Wier és munkatársai (2009) felosztása alapján készült.

19. táblázat. A súlyváltozás mértékének alakulása a program során (0-6. hónap), a program eleje és az utánkövetés vége között (0-18. hónap), valamint a program vége és az utánkövetés során (6-18- hónap) tápláltsági állapot szerinti bontásban.

<b>Fogyás kategóriák</b>	<b>0-6 hónap (n=63)</b>	<b>0-18.hónap (n=48)</b>	<b>6-18. hónap (n=49)</b>
<b>Igen jelentős hízás (<math>\geq 10\%</math>)</b>	0% (n=0)	0% (n=0)	2,0% (n=1)
<b>Klinikailag jelentős hízás (5-9,9%)</b>	0% (n=0)	0% (n=0)	24,5% (n=12)
<b>Jelentéktelen hízás (3,1-4,9%)</b>	0% (n=0)	0% (n=0)	8,2% (n=4)
<b>Súlytartás (<math>\leq 3\%</math>)</b>	4,8% (n=3)	18,7% (n=9)	36,7% (n=18)
<b>Jelentéktelen fogyás (3,1-4,9%)</b>	6,3% (n=4)	6,3% (n=3)	10,2% (n=5)
<b>Jelentős fogyás (5-9,9%)</b>	60,3% (n=38)	39,6% (n=19)	10,2% (n=5)
<b>Igen jelentős fogyás (<math>\geq 10\%</math>)</b>	28,6% (n=18)	35,4% (n=17)	8,2% (n=4)

Az ismételt mérés varianciaanalízisek eredményei szerint a testtömeg ( $F(1,3; 62,0)=45,792$ ;  $p<0,001$ ) és a BMI ( $F(2,96)=49,550$ ;  $p<0,001$ ) is szignifikánsan csökkent a vizsgálat időtartama alatt. Az egyes mérési pontokon kapott átlagok Tukey-féle páronkénti összehasonlításával nyert eredmények szerint a szignifikáns csökkenés a testsúlycsökkentő program során következett be. A program végén és az egyéves utánkövetésnél mért testtömeg-, illetve BMI-átlag nem különbözik szignifikánsan egymástól. A 4. ábrán szemléltetjük a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók (n=49) testtömegének és BMI-jének átlagát.



4. ábra: Mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=49$ ) testtömegének és BMI-értékének átlaga.

Megjegyzés: az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát.

#### 4.3.5 Testsúlycélok változása

Az elemzés során az adott mérési ponton (program eleje, program vége, 1 éves utánkövetés) az aktuális testtömegből kivonva az egyes súlycélokat, majd elosztva az aktuális testsúllyal és e hányadost százzal megszorozva képeztük az adott súlycél eléréséhez szükséges fogyás mértékét reprezentáló változót:  $[(\text{aktuális testtömeg} - \text{adott súlycél}) / \text{aktuális testtömeg}] \times 100$ .

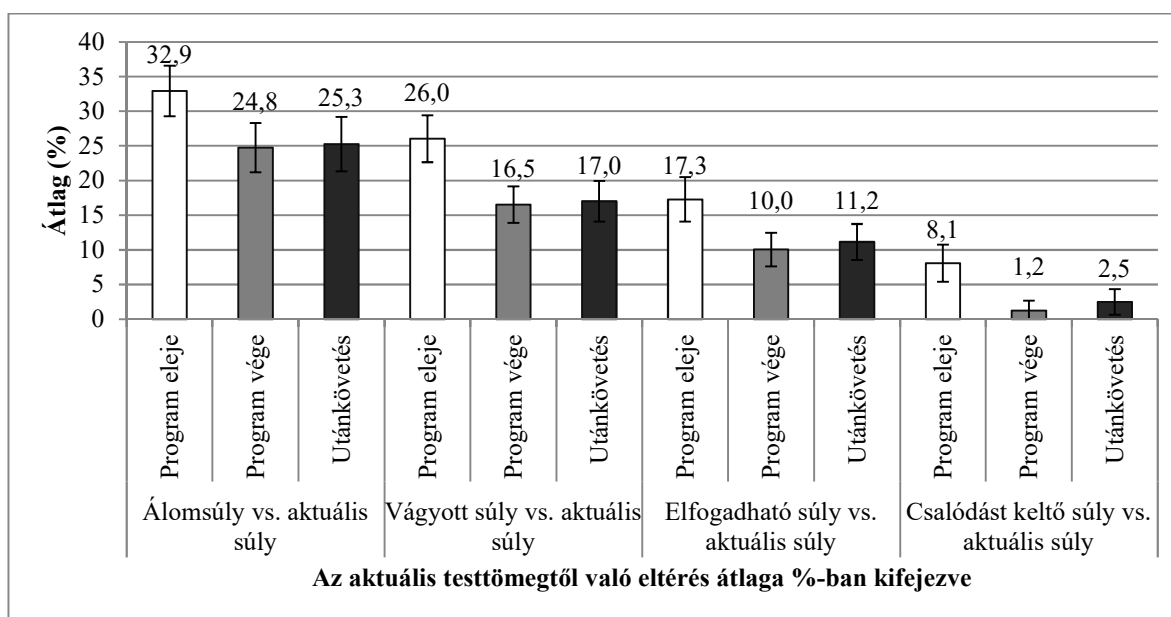
A legnagyobb én-énideál diszkrepancia az álomsúly (32,9%) és vágyott súly (26,0%) tekintetében mutatkozott mindhárom mérési ponton. Az elfogadható testsúlyra vonatkozó fogyási cél mindhárom mérési ponton elérte a 10%-ot. Az elégedettséget nem, legfeljebb csalódást keltő fogyás mértéke a program elején átlag 8% volt, azonban a program végére és az utánkövetés idejére jelentősen mérséklődött.

Az ismételt méréses varianciaanalízisek, illetve a robusztus kétszemponos varianciaanalízisek és ezek utóelemzéseinek eredményei szerint valamennyi súlycél eléréséhez szükséges fogyás mértékében szignifikáns csökkenés mutatkozott a program kezdete és vége között, amely tartósan megmaradt az utánkövetés idejére is (álomsúly:  $F(2,88)=31,681$ ;  $p<0,001$ ; vágyott súly:  $F(1,7;75,0)=38,550$ ;

$p < 0,001$ ; elfogadható súly:  $F(2,88)=19,044$ ;  $p < 0,001$ ; csalódást keltő súly:  $F(1,6;68,3)=15,099$ ;  $p < 0,001$ ).

A korrelációs elemzés eredményei szerint a program végén mért aktuális és álomsúly, aktuális és vágyott, valamint aktuális és elfogadható testsúly közötti százalékos eltérés szignifikánsan, fordított kapcsolatban volt a program végére elért fogyás mértékével (álomtestsúly:  $r=-0,42$ ;  $p=0,001$ ; vágyott testsúly:  $r=-0,42$ ;  $p=0,001$ ; elfogadható testsúly:  $r=-0,33$ ;  $p=0,009$ ). Az utánkövetés idején felmért súlycélok esetében szintén az látható, hogy az utánkövetés során felmért százalékos fogyás szignifikáns, fordított kapcsolatban volt az aktuális és álomsúly, az aktuális és vágyott, valamint az aktuális és elfogadható testsúly közötti százalékos eltéréssel (álomsúly:  $r=-0,41$ ;  $p=0,005$ ; vágyott testsúly:  $r=-0,42$ ;  $p=0,004$ ; elfogadható testsúly:  $r=-0,42$ ;  $p=0,004$ ).

Az 5. ábrán szemléltetjük a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=45$ ) súlycéljainak alakulását.



5. ábra. A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=45$ ) súlycéljainak alakulása.

Megjegyzés: Az aktuális testtömegtől való eltérés százalékos átlagát a következő képlettel számoltuk ki:  $((\text{aktuális testtömeg} - \text{adott súlycél}) / \text{aktuális testtömeg}) \times 100$ . Az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát.

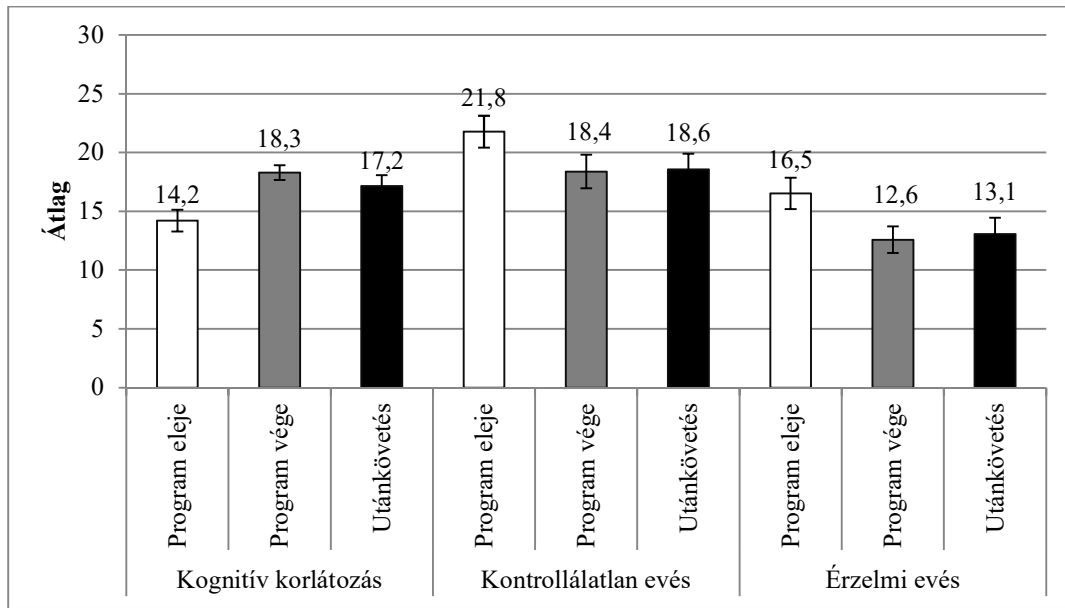
### 4.3.6 Életmód változása

#### 4.3.6.1 Az evési magatartások változása

Eredményeink szerint az evési magatartások tekintetében kedvező irányú, szignifikáns javulás mutatkozott a testsúlycsökkentő program ideje alatt. Az ismételt méréses varianciaanalízis eredménye arra utal, hogy a kognitív korlátozás szignifikánsan növekedett ( $F(1,7;75,3)=30,736$ ;  $p<0,001$ ), a kontrollálatlan evésre ( $F(2,90)=16,548$ ;  $p<0,001$ ) és az érzelmi evésre ( $F(2,90)=32,207$ ;  $p<0,001$ ) való hajlam pedig szignifikánsan csökkent. Az utóelemzések eredményei alapján elmondható, hogy a fent leírt javulás az utánkövetés idején stabilan megmaradt mindhárom evési magatartás esetében. A kognitív korlátozás a program után egy évvel tendenciaszinten alacsonyabbnak bizonyult ugyan, mint a program végén, azonban szignifikánsan magasabb maradt a program elején mérthez képest. A kontrollálatlan evés és az érzelmi evés tekintetében azonban nem mutatkozott szignifikáns visszaesés a program végéhez képest.

A korrelációs elemzés alapján látható, hogy a program végére elért százalékos fogyás szignifikáns kapcsolatban volt az evés kognitív korlátozásának növekedésével ( $r=0,38$ ;  $p=0,003$ ), valamint a kontrollálatlan evés csökkenésével ( $r=0,311$ ;  $p=0,016$ ) a program során. Az utánkövetés eredményei szerint az utánkövetés során felmért százalékos fogyás szignifikánsan összefüggött az evés kognitív korlátozásának növekedésével ( $r=0,463$ ;  $p=0,001$ ), valamint tendenciaszinten az érzelmi evés csökkenésével ( $r=0,286$ ;  $p=0,051$ ).

A 6. ábrán szemléltetjük a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=46$ ) evési magatartásának alakulását.



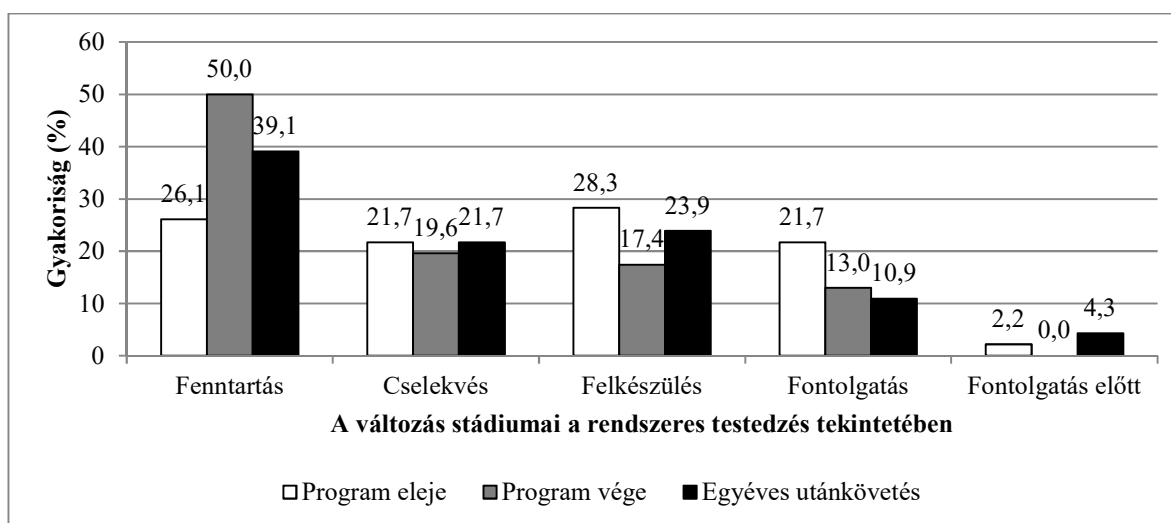
6. ábra: Mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=46$ ) evési magatartásának alakulása.

Megjegyzés: az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát.

#### 4.3.6.2 A rendszeres testedzés változása

A program kezdetén a válaszadók 47,8%-a folytatott rendszeres testedzést, ezen belül a válaszadók 21,7%-a a cselekvés, 26,1%-a pedig már a fenntartás szakaszában volt. 21,7% a fontolgtás fázisában, 28,3% pedig a felkészülés fázisában volt, tehát tervezték, hogy fél éven, illetve 30 napon belül elkezdik a rendszeres testedzést. Egy résztvevő (2,2%) a fontolgtás előtti stádiumban volt e tekintetben, tehát nem tervezte a rendszeres testedzés elkezdését az elkövetkező 6 hónapban. A súlycsökkentő program végére mindenki túllépett a fontolgtás előtti fázison. A program végére a rendszeresen edzők aránya 69,6%-ra nőtt, majd az utánkövetés idejére 60,9%-ra esett vissza ( $Q(2)=6,609$ ,  $p=0,037$ ).

A 7. ábra bemutatja az egyes stádiumok előfordulási gyakoriságát (a transzteoretikus modell alapján) a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=46$ ) mintáján.



7. ábra. A viselkedésváltozás egyes stádiumainak előfordulási gyakorisága a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=46$ ) mintáján.

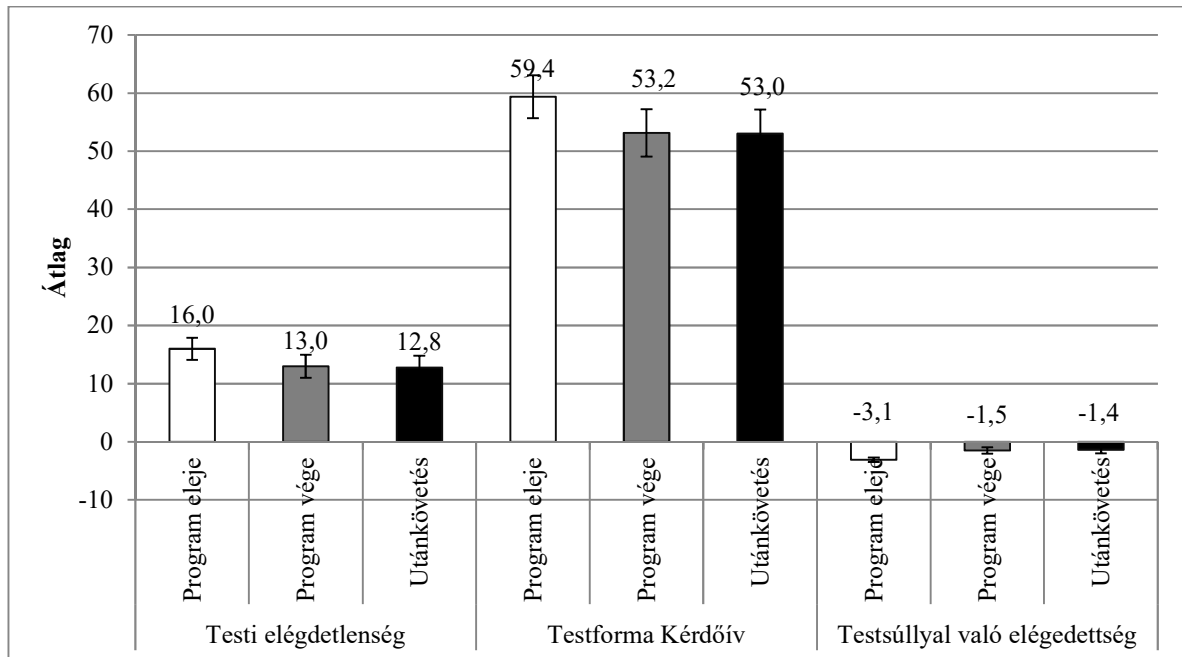
#### 4.3.7 Testkép változása

Az ismételt méréses varianciaanalízis eredményei szerint a testi elégedetlenség (EDI) ( $F(2,88)=12,762$ ;  $p<0,001$ ) és a testtel kapcsolatos aggodalmaskodás (Testforma Kérdőív) ( $F(2,86)=7,754$ ;  $p<0,001$ ) szignifikánsan csökkent a program során. Az utóelemzés eredményei alapján program vége és az utánkövetés között azonban már nem történt számottevő változás egyik esetben sem.

A Friedman-próba eredményei szerint a testsúllyal és testmérettel való elégedettség a program időtartama alatt szignifikánsan növekedett, az utóelemzés eredménye alapján az utánkövetés idejére azonban stabil maradt a program végéhez képest ( $\chi^2(2)=40,343$ ,  $p<0,001$ ).

A korrelációs elemzés szerint a program végére elért százalékos súlycsökkenéssel összefüggésben lényegesen csökkent a résztvevők testi elégedetlensége ( $r=0,29$ ;  $p=0,023$ ), valamint szignifikánsan nőtt a testsúllyal való elégedettsége ( $r=0,33$ ;  $p=0,010$ ). A fogyás és a testtel kapcsolatos aggodalom csökkenése között tendenciaszerű összefüggés adódott ( $r=0,25$ ;  $p=0,056$ ). Az utánkövetés során felmért fogyás csupán a testsúllyal való elégedettséggel volt szignifikáns kapcsolatban ( $r=0,424$ ;  $p=0,003$ ).

A 8. ábrán szemléltetjük a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=44-45$ ) testképének alakulását.



8. ábra. A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltatók (n=44-45) testképének alakulása.

Megjegyzés: az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát.

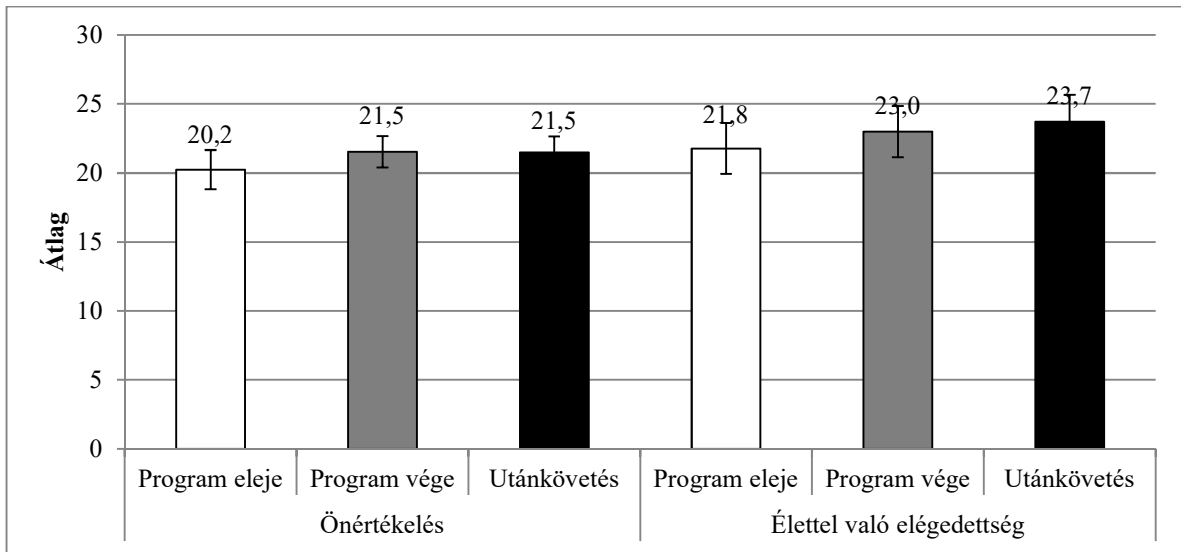
#### 4.3.8 Pszichés állapot változása

Az ismételt mérés varianciaanalízis és utóelemzésének eredménye szerint a résztvevők önértékelése szignifikánsan javult a testsúlycsökkentő program során, és e növekedés meg is maradt az utánkövetés idejére is, jóllehet a program végéhez képest már nem figyelhetünk meg további kedvező változást az önértékelés tekintetében ( $F(2,88)=4,864$ ;  $p=0,010$ ).

Az étellel való elégedettség az utánkövetés idejére szignifikánsan megnövekedett a program elejéhez képest ( $F(2,88)=4,397$ ;  $p=0,015$ ).

Az önértékelés, valamint az étellel való elégedettség javulása nem függött össze sem a program végén, sem az utánkövetés során mért fogyás százalékos mértékével. A 9. ábrán szemléltetjük a mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadó (n=45) pszichés jóllétének alakulását.





9. ábra. A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltató válaszadók ( $n=45$ ) pszichés állapotának alakulása.

Megjegyzés: Az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát.

## 5. MEGBESZÉLÉS

### 5.1 A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban

Keresztmetszeti, kérdőíves kutatásunk célkitűzése a testképpel való elégedetlenség, illetve az elhízottakkal szembeni előítéletek – a szakirodalomban korábban azonosított – magyarázó változóinak alátámasztása volt, 10-15 év közötti gyermekek körében.

Az eredmények szerint az általunk vizsgált serdülők felismerik és elfogadják a megjelenés szociokulturális standardjait, azaz internalizálják korunk szépségideáljait. Ezzel párhuzamosan azt találtuk, hogy mind a fiúk, mind a lányok körében jelen van a testképpel való elégedetlenség, illetve az elhízottakkal szembeni előítéletek.

#### 5.1.1 Testi elégedetlenség

A testi elégedetlenség tekintetében elmondható, hogy bár az általunk vizsgált mintában a fiúk és a lányok BMI-értéke között nem volt szignifikáns különbség, a khi-négyzet próba eredményei szerint a lányok közül szignifikánsan többen tartják magukat kövérenek, mint a fiúk. Hasonló eredményt kapott pl. Kiss (2008) középiskolás diákok körében végzett kérdőíves kutatása során. Saját eredményeink tehát, a korábbi kutatásokhoz hasonlóan azt támasztja alá, hogy a lányok a testtömegindextől függetlenül kövérebbnek ítélték meg magukat, mint a fiúk (pl. Wardle és Johnson, 2002).

Ezzel párhuzamosan több lány tartozik a fogyni vágyók csoportjába, mint fiú. A gyakorisági eloszlás alapján elmondható, hogy a teljes mintában átlagosan 40,3% a fogyni és 10,3% a hízni vágyók aránya, amely hasonló a HBSC 2003-as kutatási eredményeihez (40,8% a fogyni, 10,4% a hízni vágyók aránya; Németh, 2003). Jelentős eltérés mutatkozott a két nem között, a lányok közül közel kétszer annyian szeretnének fogyni, mint a fiúk. Ezzel szemben a fiúkra inkább az jellemző, hogy túl soványnak tartják magukat és hízni szeretnének, ezáltal közelebb kerülve a férfi testideálhoz. Cohane és Pope (2001) áttekintő tanulmányukban szintén utalnak arra, hogy bár a fiúk kisebb fokú testi elégedetlenségről számoltak be, mint a lányok, jelentős hányaduk szeretne változtatni testfelépítésén: a fiúk esetében kettős tendencia jelenik meg, mivel egy részük fogyni, míg más részük hízni szeretne. Egy hazai vizsgálatot is említve példaként Lukács és munkatársai (2006) egyetemistákkal végzett vizsgálatuk során szintén azt az eredményt kapták, hogy a fiúk egyik része fogyni szeretett volna, míg egy másik részük pedig nagyobb testsúlyra vágyott. Ennek az oka az, hogy míg a lányok számára előírt testideál a karcsúság, ami a minél

alacsonyabb BMI-vel kapcsolható össze, addig a fiúknál ez a kapcsolat nem ennyire egyértelmű, hiszen a nagyobb testsúly, a nagyobb erőt és izomtömeget is jelentheti.

További eredmény a BMI és a szubjektív tápláltsági állapot tekintetében, hogy a többszörös hierarchikus lineáris regresszió elemzés során azt az eredményt kaptuk, hogy bár mind a BMI, mind a szubjektív tápláltsági állapot a testképpel való elégedetlenség szignifikáns magyarázó változójának bizonyult, a szubjektív tápláltsági állapot jobb előrejelzője a testképpel való elégedetlenségnek. Ez összhangban van pl. Wilson és munkatársai 2005-ös kutatási eredményeivel, akik szintén azt találták, hogy az objektív mutatók közül a BMI volt a legjobb előrejelzője a testképpel való elégedetlenségnek, ám még szorosabb volt a kapcsolat, ha a szubjektív tápláltsági állapot eredményeivel vetették össze (Wilson, Tripp és Boland, 2005).

Vizsgálati eredményeink szerint az Evési Zavar Kérdőív karcúság iránti készítés és testi elégedetlenség alsókálaja alapján a lányok lényegesen elégedetlenebbek a testképükkel és jobban vágnak a karcúságra, mint a fiúk. Ez alátámasztja azt az elképzelést, miszerint a nem kockázati tényezője a testképpel való elégedetlenségnek (Friedman és Brownell, 1995; Schwartz és Brownell, 2004). Azonban fontos eredmény, hogy ez a nemi különbség eltűnik, ha a testtel való elégedettséget több dimenzióban vizsgáljuk. Ebben az esetben a fiúk csak a testsúly dimenziójában voltak elégedettebbek, mint a lányok, de ez a kapcsolat tendenciaszintű. A testmagasságukkal, arcukkal, alakjukkal, a külső megjelenésükkel, sőt az izmosságukkal is közel azonos arányban elégedettek a lányok és a fiúk. Azért fontos ez az eredmény, mert korábban a testképpel való elégedetlenséget a nők normatív panaszának tartották, s csak az utóbbi évek kutatásaiban kap fontosabb szerepet a férfiak, illetve fiúk testképe. Szintén ezt az egyre csökkenő különbséget támasztják alá pl. Hargreaves és Tiggemann (2004), illetve Jones, Bain és King (2008), kutatási eredményei, miszerint a férfiakra egyre nagyobb társadalmi elvárás nehezedik az ápoltság és izmos megjelenést illetően, emiatt főként a fiatal férfiak körében is egyre gyakoribb a testképpel való elégedetlenség és evészavar. Miller és Halberstadt (2005) pedig munkájukban felhívják a figyelmet arra, hogy ma már közel azonos nyomás nehezedik a férfiakra, mint a nőkre a külső megjelenés tekintetében.

A testtömeg, a szubjektív tápláltsági állapot és a nem magyarázó ereje mellett vizsgáltuk a testképpel való elégedetlenség további lehetséges magyarázó változóit is.

A szociokulturális hatások tekintetében a korábbi adatokra támaszkodva feltételeztük, hogy a szülői (pl. Laible, Carlo és Roesch, 2004), kortárs (pl. Jones, Vigfusdottir és Lee, 2004) és médiahatások (pl. Latner, Rosewall és Simmonds, 2007) egyaránt szignifikáns magyarázó változói a serdülők testképpel való elégedetlenségének. Ezzel szemben saját eredményeink szerint csak a médiának volt szignifikáns

magyarázó ereje a negatív testképre, a kortárs és szülői hatás esetén tendenciaszintű kapcsolatot sem találtunk. Ez az eredmény leginkább a médiahatás erős tézisének támasztja alá, miszerint a tömegkommunikációs eszközöknek van a legerőteljesebb hatása a testképre. Tehát minél többször használja valaki a tömegkommunikációs eszközöket, annál elégedetlenebb a testképével (Latner, Rosewall és Simmonds, 2007; Bell, Lawton és Dittmar, 2007).

A médiahatás magyarázó erejéhez tartozó fontos adalék, hogy a korábbi kutatási eredményekhez hasonlóan azt találtuk, hogy a médiahatás magyarázó ereje eltűnik, ha a testképpel való elégedetlenség egy másik kockázati tényezőjét, a karcsúság és izmos testideál internalizációját is vizsgáljuk. Már a hierarchikus többszörös lineáris regressziós elemzés során látható volt, hogy ha beléptettük a magyarázó változók közé a karcsúság és kisportolt testideál internalizációját, a média korábban szignifikáns magyarázó ereje eltűnt. Saját elemzésünkben csak a karcsúságideál internalizációjának szignifikáns magyarázó erejét sikerült alátámasztanunk a testképpel való elégedetlenségre. Ez részben megegyezik a korábbi eredményekkel, miszerint nem elég a szociokulturális hatásokat tudatosítani, azokat internalizálni is kell, tehát belső mérceként használni önmagunk megítéléséhez (Knauss, Paxton és Alsaker, 2007; Jones, 2004). A mediációs elemzés során sikerült alátámasztanunk a karcsúságideál internalizációjának mediáló szerepét a médiahatás és a testképpel való elégedetlenség között. Az eredmények szerint a karcsúságideál internalizációja a két változó kapcsolatának 54%-át magyarázza. Eszerint bár a médianak erőteljes hatása van a serdülők önértékelésére és testképére, az internalizáció csökkentheti ezt az erős befolyást. Így például a prevenciós programoknak érdemes az internalizáció csökkentését célul kitűzni a különböző serdülőknek készülő programok összeállításánál.

További eredményeink szerint a személy életkora csupán a testtel való elégedettség többdimenziós kérdőívvel volt szignifikáns kapcsolatban, a testképpel való elégedetlenség többi mutatójával (Evési Zavar Kérdőív két mutatója: karcsúság iránti készletesség, testi elégedetlenség) tendenciaszintű kapcsolatot sem találtunk. Ez az eredmény, bár részben ellentmond a korábbi adatoknak, miszerint a magasabb életkor együtt jár a testképpel való elégedetlenség magasabb fokával (Smolak, 2004), értelmezhető úgy, hogy mintámban kicsi, mindössze 5 éves intervallumot fedtünk le (10-15 éves korú gyermekek), s emiatt nem mutatkozott szignifikáns különbség a különböző korcsoportok között. Elképzelhető, hogy ha a mintában gimnáziumi diákok is szerepeltek volna, más eredményt kapunk.

Végül az önértékelés mint magyarázó változó hatását kutattuk a testképpel való elégedetlenségre a Rosenberg által kidolgozott globális önbecsülés kérdőív segítségével. A korábbi eredményekkel ellentétben (pl. Biro és mtsai, 2006) – amelyek szerint már 11 éves kor körül szignifikánsan alacsonyabb

a lányok önértékelése, mint a fiúké – az általunk vizsgált serdülők körében nem volt lényeges eltérés a két nem önértékelése között.

Ezen felül az önértékelés a többszörös hierarchikus lineáris regresszió elemzés alapján a testképpel való elégedetlenség szignifikáns magyarázó erejű változója. Azt az eredményt kaptuk, hogy az önértékelés negatív irányú kapcsolatban van a testképpel való elégedetlenséggel, tehát minél magasabb valakinek az önértékelése, annál kevésbé elégedetlen a testképével. Ez egyrészt megfelel pl. Cash (2002) eredményeinek, miszerint az önértékelés puffér hatású lehet a testképpel való elégedetlenség kialakulásában, másrészt fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az önértékelés és a testképpel való elégedetlenség kapcsolatában nem lehet ok-okozati irányt meghatározni. Tehát nem csak az önértékelés csökkentheti a testképpel való elégedetlenség kialakulásának kockázatát, hanem természetesen a testképpel való elégedetlenség hosszú távon az önértékelés csökkenéséhez vezethet (pl. Latner, Rosewall és Simmonds, 2007).

Összefoglalva elmondható, hogy a testképpel való elégedetlenség számos korábban azonosított magyarázó változóját sikerült alátámasztanunk kutatásunkban.

### **5.1.2 Elhízottakkal szembeni előítéletek**

A vizsgálat másik hangsúlyos területe az elhízottakkal szembeni előítélet volt. Kutatásunkban az elhízottakkal szembeni előítéletek affektív (Vizuális Analóg Skála), kognitív (Melléknévlista) és konatív (Közös Tevékenységek Kérdőív) aspektusait vizsgáltuk.

Eredményeink szerint az általunk vizsgált serdülők körében számottevő elhízással szembeni előítélet van jelen, hiszen mind a fiúk, mind a lányok az elhízott gyermekfigurákat preferálják a legkevésbé. Az elhízott gyermekeket kevésbé kedvelik, kedvezőtlenebb tulajdonságokkal társítják, és kevésbé szívesen vennének részt velük közös tevékenységekben. Mindez összecseng Greenleaf és munkatársainak (2006) eredményeivel, miszerint a serdülők elhízott kortársaikat betegesnek, lustának és szociálisan alkalmatlannak találják. Az előítéletek hatással vannak a viselkedésükre, ezáltal kevésbé kívánnak velük részt venni közös tanulmányi, szociális vagy rekreációs tevékenységekben. Bell és Morgan (2000) szintén azt találta, hogy a gyerekek kevésbé szívesen választják társul elhízott kortársaikat szabadidő eltöltéshez vagy tanulmányi feladatokhoz. Ehhez kapcsolódóan a korábbi kutatások szerint ez az előítélet még erőteljesebben jelenik meg az elhízott lányok megítélése esetén (pl. Penny és Haddock, 2007). A jelenséget Crandall (1995) azzal magyarázza, hogy a nők inkább ki vannak téve a karcsúság kultúrájának, ami a nőkre vonatkozóan erősebb nyomáshoz és elváráshoz vezet. Vizsgálatunkban nem

sikerült kimutatnunk ezt az összefüggést, ugyanis az elhízott lány és fiú figura megítélése tekintetében csupán a közösen végzendő rekreációs tevékenységek esetében kaptunk szignifikáns eltérést. Ez az eredmény viszont a feltételezéseinkkel és a korábbi szakirodalmi adatokkal szemben azt mutatta, hogy a serdülők szívesebben választanák az elhízott lányt a rekreációs tevékenységekhez, mint az elhízott fiút. Elképzelhető, hogy ennek hátterében az áll, hogy a lányok túltreprezentáltak a mintában, s a korosztályra jellemző saját nem preferencia miatt kapott az elhízott lány kedvezőbb megítélést.

E feltevésünket alátámasztják azok az eredményeink, amelyek szerint a lányok minden mérőeszköz esetében lényegesen kedvezőbben ítélték meg a saját nemüket ábrázoló (akár normális testalkatú, akár elhízott) rajzot. A fiúkat ábrázoló rajzok megítélése esetében is megjelenik ez az összefüggés, de jóval kisebb mértékben. Ezek az eredmények úgy is értelmezhetők, hogy ebben az életkorban a serdülők az azonos nemű kortársaikkal barátkoznak leginkább, s emiatt őket jobban kedvelik, pozitívabb tulajdonságokat társítanak hozzájuk, és szívesebben töltik velük a szabadidejüket (Cole és Cole, 2003). Ez a preferencia nagyjából a gimnáziumi évek elején megváltozik, addig azonban eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a másik gyermek megítélésében a nem fontosabb, mint a tápláltsági állapot.

Vizsgálatunk során górcső alá vettük az elhízottakkal szembeni előítéletek potenciális magyarázó változóit is. A szakirodalmi adatok alapján azt feltételeztük, hogy a külső megjelenéssel kapcsolatos szociokulturális hatások előrejelzik az elhízottakkal szembeni előítéleteket. Manapság széles körben elfogadott az a nézet, hogy a testsúly és alak nagymértékben formálható, alakítható, ezért az elhízott személy felelős a túlsúlyáért, ami miatt jogosan elítélhető. Ezt a nézetet a tömegkommunikációs eszközök (Geier, Schwartz és Brownell, 2003), a szülők (Latner, Rosewall és Simmonds, 2007) és a kortársak (Greenleaf és mtsai, 2006) egyaránt közvetítik. Feltevésünket azonban nem sikerült alátámasztani. Az elhízott fiú megítélése esetében egyik szociokulturális hatás sem bizonyult szignifikáns magyarázó erejűnek. Az elhízott lány megítélése esetében pedig egyedül a karcsú megjelenés fontosságára vonatkozó szülői hatás nyert alátámasztást az előítélet előrejelzése tekintetében. Eredményünk összecseng például Stanford és McCabe (2005) eredményeivel, akik azt találták, hogy a szülők aggodalma a saját testsúlyuk miatt, illetve a gyermekük testsúlyával való túlzott foglalatosság hatással van a gyermek elhízással és az elhízottakkal szembeni attitűdjeire.

Vizsgálatunk során a megjelenéssel kapcsolatos kortárshatások nem mutattak szignifikáns lineáris kapcsolatot az elhízott lány megítélésének alakulásával annak ellenére, hogy a korábbi kutatások eredményei szerint a kortársaknak ebben az életkorban fontos véleményformáló szerepük van. Bár az

irodalmi adatok arra utalnak, hogy a kortársak véleménye, saját testsúlya miatti aggodalma, illetve a kortársak általi csúfolás erőteljesen hozzájárul az elhízottakkal szembeni előítéletek kialakulásához (pl. Stanford és McCabe, 2005), eredményeinkből úgy tűnik, ebben az életkorban még a szülői hatások a jelentősebbek. Elképzelhető, hogy szélesebb életkori csoportot vizsgálva meghatározható lenne az az életkori pont, ahol már a szülők helyett a kortársak kapnak fontosabb véleményformáló szerepet.

Az elhízással szembeni előítélet másik, általunk vizsgált potenciális magyarázó változója a karcsú, illetve a kisportolt testideál internalizációja volt. Tekintettel a jelenlegi karcsú nőideálra, azt feltételeztük, hogy minél inkább internalizálja a serdülő ezt a testideált, annál kedvezőtlenebbül ítéli meg az elhízott lányt, aki nem felel meg ennek az ideálnak. Korábban a felnőttek körében Vartanian és munkatársai (2005), illetve Lin és Reid (2009) kapták azt az eredményt, hogy aki elfogadja a média által sugallt karcsú női ideálokat, az hajlamosabb negatív tulajdonságokkal felruházni az elhízott személyeket. Latner és munkatársai (2007) pedig gyermekek körében végzett vizsgálatuk során kaptak hasonló eredményt. Saját kutatásunkban azonban a karcsúságideál internalizációja nem mutatott szignifikáns lineáris kapcsolatot az elhízott lányokkal szembeni előítéletek alakulásával. Ennek oka lehet a korosztályra jellemző, korábban említett saját-nem-preferencia, esetleg az, hogy ebben az életkorban (10-15 év) még nem történik meg a megjelenés szociokulturális standardjainak internalizációja. Az a módszertani szempont is felmerülhet, hogy a felnőttekre kidolgozott, a Megjelenéssel Kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív (Thompson és mtsai, 2004) esetleg nem alkalmas a gyermekekkel történő adatfelvételre, és más mérőeszközzel mérve a megjelenési standardok internalizációját kimutatható lenne az előítéletekkel való kapcsolat.

A fiúk esetében a kisportolt testideál internalizációjának a magyarázó erejét vizsgáltuk, mivel a korábbi kutatási eredmények alapján (pl. Latner és mtsai, 2007) feltételeztük, hogy minél inkább internalizálja a serdülő az izmos és kisportolt férfi testideált, annál előítéletesebb az elhízott fiúkkal szemben. A kapott összefüggés az elvárttal ellentétes irányban alakult. Eszerint minél inkább internalizálja a serdülő a kisportolt férfi testideált, annál kedvezőbben ítéli meg az elhízott fiút. Eredményeink háttérben egyrészt az állhat, hogy amint azt Wardle és Johnson (2002) is említi, a társadalom kevésbé elítélő az elhízott férfiakkal szemben, és a férfiak esetében a súlyfelesleg értelmezhető pozitív tulajdonságként is, például a nagyság és az erő jeleként.

Másrészt ne feledjük, hogy a lányok esetében a sovány lány jelenti az ideális testalkatot, az elhízott pedig a nemkívánatosat. A fiúk esetében azonban nem egyértelmű ez a kapcsolat, hiszen a soványság éppen úgy lehet negatív, mint a kövérség. Elképzelhető, hogy a serdülők számára az elhízott

fiú (mivel nagynak és erősnek látszik) közelebb áll a férfiideálhoz, mint a normális testalkatú fiú. A fiúk esetében érdemes lett volna egy kisportolt fiút ábrázoló figurát is megítéltetni. Itt is felmerül azonban a felnőttekre kidolgozott mérőeszköz gyermekek körében történő alkalmazhatóságának kérdése.

Eredményeink szerint sem a serdülő életkora, sem pedig tápláltsági állapota nem játszik jelentős szerepet az elhízással kapcsolatos előítéletek alakulásában. Az életkor esetében van olyan tanulmány, amely nem talált különbséget az életkorok mentén (pl. Tiggemann és Wilson-Barett, 1998), de van ahol csökkentést találtak (pl. Davison és mtsai, 2008). Fontos megjegyezni, hogy ebben a vizsgálatban a testsúlyra vonatkozó csúfolás csökkent ugyan, azonban az olyan sztereotípiák, mint az, hogy az elhízott emberek lusták és rossz kövérek lenni, nem változott. A tápláltsági állapotra vonatkozóan szintén több tanulmány azt találta, hogy a válaszadó testtömegindexének nincsen hatása az elhízott kortársak megítélésére (pl. Tiggemann és Anesbury, 2000; Kraig és Keel, 2001; Wardle és Johnson, 2002; Koroni és mtsai, 2009). Eszerint a túlsúlyos gyerekek is ugyanúgy negatívan ítélik meg az elhízott kortársaikat, mint azok, akiknek nincsen súlyfeleslegük. Ez természetesen negatív hatással van az önértékelésükre, jóllétükre (pl. Davison és mtsai, 2008).

Az eredményeket összefoglalva elmondható, hogy a vizsgálat során alátámasztást nyert az elhízottakkal szembeni előítélet léte a 10-15 éves korosztálynál, azonban ennek a lehetséges okairól nem sikerült egységes képet kapnunk. Úgy tűnik, hogy ebben az életkorban a szociokulturális hatások és az ezek által közvetített karcsú és kisportolt testideálok internalizációja nem magyarázza jelentős mértékben az elhízottakkal szembeni előítéleteket, és a válaszadó neme az, ami lényegesen befolyásolja az elhízott kortársak megítélését. A fejlődépszichológiából jól ismert jelenség, hogy egy bizonyos életkorig a gyermekek az azonos nemű kortársaikat részesítik előnyben, például a szabadidő-eltöltéshez, s csak a serdülőkor végén válnak fontossá az ellenkező nemmel kialakított kapcsolatok (pl. Sullivan, 1953).

Az elhízás kedvezőtlen egészségi és pszichoszociális következményei már gyermek- illetve serdülőkorban megjelennek (Reilly és mtsai, 2003). Egy klinikai mintán végzett vizsgálat eredményei szerint a súlyosan elhízott gyermekek és serdülők az egészséggel kapcsolatos életminőség valamennyi mért területén (úgy mint pszichoszociális egészség, testi, emocionális, társas illetve iskolai működés) jelentősen alacsonyabb szintet mutatnak az egészséges kortársaikhoz képest (Schwimmer, Burwinkle és Varni, 2003).

Tekintettel az elhízás kedvezőtlen társadalmi megítélésére és ennek potenciálisan káros következményeire az elhízott emberek mentális egészsége és életminősége tekintetében (Ashmore és mtsai, 2008), eredményeink rávilágítanak a további kutatások szükségességére. Mindez elősegítené az



elhízással kapcsolatos negatív előítélet és diszkrimináció kialakulási folyamatának feltárását és jobb megértését, hozzájárulva a megfelelő intervenciók kidolgozásához az előítélet eme társadalmilag elfogadott formája elleni küzdelemben is. Mindazonáltal az elhízás kezelése és prevenciója, a prevalencia csökkentése és az incidencia visszaszorítása kiemelt fontosságú feladat – nem utolsó sorban azért, mert az egyéni terhek mellett az elhízás a társadalomra is súlyos terheket ró (Hammond és Levine, 2010).

Vizsgálatunk legfontosabb korlátja a kutatás keresztmetszeti természete, amely nem teszi lehetővé az ok-okozati viszonyok megfogalmazását. További korlátként említhető, hogy a válaszok hitelességét befolyásolhatta a diákok pillanatnyi hangulata, motivációja, esetleg a téma érzékenysége. Kérdéses az önbeszámoló útján nyert antropometriai adatok érvényessége, amely torzíthatja a következtetéseket. További módszertani korlátként említhető, hogy bár a frissen adaptált Megjelenéssel Kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Skála belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult, a mérőeszköz széleskörű pszichometriai elemzése folyamatban van, így a kapott eredményeket megfelelő óvatossággal érdemes kezelni.

A kutatásban bemutatott eredmények tájékozódást nyújthatnak abban, hogy a szociokulturális hatások hogyan befolyásolják a személy önértékelését és a másokra vonatkozó ítéleteit, azonban további kutatások szükségesek a téma jobb feltárásához. Egyrészt saját eredményeink alapján elmondható, hogy az elhízottakkal szembeni előítélet eddigi feltételezett magyarázó változói az előítélet jelenségének csak egy csekély százalékát magyarázzák. Mindenképpen fontosnak tartanánk további feltáró jellegű kutatások végzését. Emellett, a további kutatásokban hasznos lenne nagyobb hangsúlyt fektetni a férfiak testképére, hiszen számos vizsgálat eredménye szerint náluk is egyre gyakoribb, hogy elégedetlenek a testképükkel, ez pedig a túlzott testedzés és evészavarok kockázati tényezője lehet (pl. Túry és mtsai, 2008). Szintén a jövőbeni kutatások kapcsán említhető, hogy a prevenció szempontjából hasznos lenne, ha nemcsak a testképpel való elégedetlenség és elhízottakkal szembeni előítélet érzékenyítő tényezőit kutatnák, hanem a lehetséges protektív tényezőket is. Továbbá rendkívül érdekes lenne feltárni a hazánkban élő kisebbségi csoportokban megjelenő esetleges kulturális különbségeket.

## 5.2 Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében

Az elhízottakkal szembeni előítélet széles körben alátámasztott, ezért az utóbbi évtizedek kutatásai egyre inkább a lehetséges egyéni és kulturális tényezők feltárására helyezik a hangsúlyt. Már számos etnikai különbséget találtak az elhízottakkal szembeni előítélet és a kulturálisan meghatározott szépségideálok között (pl. Thompson, Sargent és Kemper, 1996; Jackson és McGill, 1996; Mellor és mtsai, 2004; Mellor és mtsai, 2008; Nouri, Hill és Orrell-Valente, 2011), azonban a romák körében még nem történt hasonló vizsgálat.

Kutatásunk célja a roma és magyar származású gyermekek közötti lehetséges eltérés vizsgálata volt az elhízott gyermekek megítélésében. Saját vizsgálatunkban a korábbi kutatásokhoz hasonlóan sikerült alátámasztani, hogy már az általános iskolás korú gyermekek körében jelen van az elhízott kortársak negatív megítélése. A vizsgálati személyek az egészséges gyermeket ábrázoló figurát rangsorolták az első, illetve a túlsúlyos gyermek figuráját az utolsó helyre. Ez megfelel a korábbi kutatási eredményeknek, amelyek arról számolnak be, hogy a stigmatizáció már fiatal korban megjelenik (pl. Cramer és Steinwert, 1998). Eredményeink szerint a gyermekek saját testsúlyuktól függetlenül az elhízott gyermek figuráját preferálták a legkevésbé. Ez megfelel a nemzetközi (pl. Tiggemann és Anesbury, 2000; Kraig és Keel, 2001; Koroni és mtsai, 2009;) és a saját korábbi kutatási eredményeinknek is (Papp, Czeglédi és Túry, 2011).

Saját vizsgálatunkban nemi különbséget csak az egészséges lány megítélésében találtunk. Eszerint a fiúk szignifikánsan magasabbra értékelik az egészséges lány figuráját. Ez értelmezhető úgy, miszerint ők kevésbé elfogadóak az ellenkező nem testi hibáival szemben és egyöntetűen az egészséges lányt értékelték pozitívan, míg a lányok elfogadóbbak a saját nembéli kortársaik testi fogyatékoságait illetően. Korábbi tanulmányok azt találták, hogy a lányok az esztétikai, míg a fiúk a funkcionális rokkantságot fogadják el kevésbé (Richardson és mtsai, 1961; Latner és Stunkard, 2003). Saját kutatásunkban ezt nem sikerült alátámasztani.

Vizsgálatunk legfontosabb kérdése az volt, hogy a roma és magyar származású gyermekek között találunk-e szignifikáns eltéréseket az elhízott kortársaik megítélésére vonatkozóan. Mivel ezzel kapcsolatban korábbi kutatások nem ismertek, ezért elsődlegesen a lehetséges különbségek felmérése volt a cél. Eredményeink szerint a roma gyermekek elfogadóbbak az elhízott kortársaikkal szemben. Mind az elhízott fiú, mind az elhízott lány figuráját pozitívabban ítélték meg, mint a magyar származású gyermekek. Az eredmények alapján feltételezhető, hogy a roma gyermekek eltérő módon értékelik a túlsúlyt, mint a magyar származásúak. Ennek az eltérésnek

lehet az oka kulturális különbség vagy a szocioökonómiai státuszt eltérése. Például egy tanulmányban a magasabb szocioökonómiai státuszú iskolában tanuló gyerekek kevesebb pozitív tulajdonsággal ruházták fel az elhízott figurát, mint az alacsony szocioökonómiai státuszú iskolában tanulók (Wardle, Volz és Golding, 1995). Kutatásunkban nem szerepelt az anyagi helyzetre vagy a szülők iskolázottságára, foglalkozására vonatkozó kérdés, de elképzelhető, hogy a roma és magyar származású gyerekek közötti eltérést a feltételezhetően eltérő szocioökonómiai státusz is okozhatta. Érdeemes lenne különböző szocioökonómiai helyzetű romák között is felmérni az elhízottakra vonatkozó attitűdöket, hogy jobban megértsük a jelenség hátterét.

A korábbi eredményeknek megfelelően a magyar gyermekek körében az egészséges lány a leginkább preferált, a fiúk megítélésében nincs szignifikáns különbség (Papp, Czeglédi és Túry, 2011). Eredményeink hátterében egyrészt az állhat, hogy amint azt Wardle és Johnson (2002) is említi, a társadalom kevésbé elítélő a túlsúlyos férfiakkal szemben, és a férfiak esetében a súlyfelesleg értelmezhető pozitív tulajdonságként is, például a nagyság és az erő jeleként. Másrészt ne feledjük, hogy a lányok esetében a sovány lány jelenti az ideális testalkatot, a kövér pedig a nemkívánatosat. A fiúk esetében azonban nem egyértelmű ez a kapcsolat, hiszen a soványság éppen úgy lehet negatív, mint a kövérség. Elképzelhető, hogy a serdülők számára a túlsúlyos fiú (mivel nagyoknak és erősnek látszik) közelebb áll a férfiideálhoz, mint a sovány fiú.

Kutatásunk egyik legfontosabb korlátja, hogy keresztmetszeti, amely nem teszi lehetővé az ok-okozati viszonyok feltárását. Továbbá az önbevallásos adatok megbízhatóságának kérdése az antropometriai adatok és a származással kapcsolatos adatok esetében is felmerül. Vizsgálatunkban úgy próbáltuk meg növelni a származásra vonatkozó önbevallásos adatok hitelességét, hogy főként teljesen vagy többségében roma osztályokban vettük fel a kérdőíveket. További korlát, az alacsony elemszám, amelynek oka, hogy a származásra vonatkozó kérdés miatt több iskola, illetve szülő tagadta meg a vizsgálatban való részvételt. Elképzelhető, hogy nagyobb elemszám esetén még élesebben kirajzolódott volna a roma és nem roma gyermekek attitűdbeli különbségei.

Jelen kutatásunk legfontosabb célja a roma és magyar származású gyermekek közötti etnikai különbség feltárása volt, az elhízottakkal szembeni előítélet tekintetében. Eredményeink alapján úgy tűnik, különbség van az elhízás megítélésében a roma és a nem roma gyermekek körében, azonban a kutatás arra nem terjedt ki, hogy ennek az eltérésnek kulturális, szociodemográfiai vagy egyéb oka van-e. Ezt érdemes lenne további vizsgálatokkal tisztázni. Valamint az is feltételezhető az eredmények alapján, hogy a roma származású felnőttek is másképpen viszonyulnak a túlsúlyhoz, más a szépség-és testideáljuk.

Amennyiben további kutatásokkal sikerült feltárni a kulturális eltérések okát, az sokat segíthet az elhízottakkal szembeni előítéletek jelenségének megértésében és a hatékony intervenciók kidolgozásában.

### **5.3 Önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában**

Prospektív, másfél éves időintervallumot felölelő kutatásunk tárgya az önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program hatékonyságának vizsgálata volt. Ennek során megvizsgáltuk a testsúly és testsúlycélok alakulását, az egészség-magatartásban (évesi magatartás, rendszeres testedzés), a testképben, valamint a pszichés tényezőkben bekövetkező változásokat.

#### **5.3.1 A fogyás motivációi**

Kutatásunk során nyitott kérdés formájában mértük fel a résztvevők körében a fogyás legfontosabb motivációit. Eredményeink szerint a három leggyakrabban említett motiváció az egészségmegőrzés, a könnyebb mozgás, valamint a vonzóbb külső elérése volt. Ezt követte a jobb közérzet, a magasabb önértékelés, a könnyebb öltözködés, az előítélet csökkenése, valamint a példamutatás. Cooper és Fairburn (2001) tanulmányukban arra hívják fel a figyelmet, hogy a sikertelen fogyókúrák háttérében gyakran az áll, hogy a személyeknek irreális elvárásaik vannak a fogyással kapcsolatban (pl. jobb lesz az önértékelésük, sikeresebbek lesznek a társas kapcsolataikban vagy a munkában) és stabil az a hiedelmük, hogy ezeket az ún. elsődleges célokat más úton nem érhetik el. A fogyni vágyók körében a fogyás leggyakrabban említett motivációi a vonzóbb külső elérése, a divatosabb, előnyösebb ruhák viselése, a saját test elfogadása, valamint az önbizalom vagy öntisztelet növekedése. Ezt követi a jobb fizikai erőnlét, illetve a már kialakult betegség miatti motiváltság. Lényegesen ritkábban említett cél a prevenció, tehát az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése (Cooper és Fairburn, 2001). A saját kutatásunkban feltárt motivációs sorrend kedvezőbb a Cooper és Fairburn (2001) felmérésében bemutatottnál. A csoporttagok jelentős része reális, a testsúlycsökkenéssel összefüggő célokat fogalmazott meg. Mivel már kismértékű súlycsökkenés esetében is javulás várható bizonyos egészségmutatókban (pl. csökken bizonyos betegségek kialakulásának kockázata) és a mozgásban (pl. cipő bekötése, székből felállás, sétálás), ezért a csoporttagok alapvető motivációi reálisnak tekinthetők, amelyek elérhetőek a testsúlycsökkenésével. A további tényezők esetében azonban fontos felhívni a program során a tagok figyelmét arra, hogy számos elsődleges céljuk csak lazán kapcsolódik a fogyáshoz.

Van olyan, amely valóban összekapcsolódik vele (pl. egészségügyi kockázat csökkentése), van, amely korlátozottan függ csak össze (pl. alak megváltoztatása) és van, amelyik nem igényel szükségszerűen fogyást (pl. önbizalom növelése). Ezt azért fontos tisztázni, mert, ha a személy azt tapasztalja, hogy a fogyással párhuzamosan nem éri el a vágyott célt, az a súlykontroll feladásához és így visszahúzáshoz vezethet.

### 5.3.2 Testsúly változása

A fogyás tekintetében elmondható, hogy a 24 hetes program során a résztvevők közel 90%-a ért el legalább 5-10 százalékos súlycsökkenést, amely a professzionális súlycsökkentő kezelések esetében a sikeres fogyás kritériuma (Eü. Min. szakmai protokollja, 2008). Ez a hatékonyság megfelel a hasonló viselkedésterápiás csoportok eredményeinek, amelyekben 30 hét alatt átlagosan 10,7 kg fogyás érhető el (Jones és Wadden, 2006). A válaszadók 73,5%-a a program után egy évvel is meg tudta tartani a legalább 5-10%-os fogyást. Ezen belül egyharmaduk (34,7%) esetében a megtartott fogyás meghaladta a 10%-ot is. A program lezárása után 34,7%-uknak bár nőtt a testsúlya a program végén mért testsúlyhoz képest, de nem érte el és nem haladta meg a program elején mért testsúlyt. 36,7%-uk tudta megőrizni az elért testsúlyt (0-3% közötti testsúlyingadozás), valamint 28,6%-uk testsúlya tovább csökkent a program lezárása után is.

A nemzetközi adatok szerint a páciensek jellemzően a leadott testsúlyuk átlag 30%-át hízzák vissza a kezelést követő első évben, az ötödik évnél pedig a betegek körülbelül fele visszatér a kezeléssel előtti testsúlyához (Cooper és Fairburn, 2001; Jones és Wadden, 2006). Cooper és munkatársai (2010) 3 évet felölelő utánkövetéses vizsgálatuk során azt találták, hogy a program lezárását követő egy évben a vizsgálati személyek a program során leadott testsúly felét, három év alatt pedig közel 90%-át hízták vissza. Noha a jelen vizsgálatban kapott eredmények ennél kedvezőbb képet festenek, e kutatások felhívják arra a figyelmet, hogy további utánkövetések szükségesek a hatékonyság hosszú távú vizsgálatához.

### 5.3.3 Testsúlycélok változása

A súlycélok tekintetében elmondható, hogy a testsúlycsökkentő csoportba jelentkezők irreális elvárásokkal érkeztek. A résztvevők átlagosan a testsúlyuk 26-33%-át szerették volna leadni a 6 hónapos program végére, míg a 8%-os fogyást csalódást keltőnek érezték, bár ez felel meg leginkább egy viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program hatékonyságának. Ez egybecseng más kutatások

eredményeivel, pl. Wadden és Butryn (2003) hasonlóképpen azt találta, hogy a vizsgálati személyek irreális súlycélakat állítottak maguk elé, amely azután is megmaradt, hogy tájékoztatták őket az elérhető fogyás mértékéről.

Kutatásunkban azt találtuk, hogy a program alatt lényegesen mérséklődtek a testsúlycélok és ezek megmaradtak az utánkövetés során is. A program végére az elfogadható súly 10%-os fogyásra mérséklődött, ami már megközelíti a program során elérhető testsúlycsökkenés mértékét. A korrelációs elemzés eredményei szerint az aktuális és álom, az aktuális és vágyott, valamint az aktuális és elfogadható testsúly közötti százalékos eltérés is szignifikáns, fordított irányú kapcsolatban volt a program végére, valamint az utánkövetés végére elért fogyás százalékos mértékével. Ezek az eredmények aláhúzzák a reális súlycélok kitűzésének fontosságát. Például Cooper és Fairburn (2001) feltételezték, hogy az irreális súlycélok negatívan befolyásolják a személy testsúlycsökkenését és a testsúlymegtartást. Eszerint, ha a személy nem éri el a vágyott célt, az a súlycsökkentő próbálkozások feladásához és így visszahúzáshoz vezet. Ezt a feltételezést azonban nem minden kutatás támasztja alá. Például Linde és munkatársai (2004) azt találták, hogy az álomtestsúly nem volt szignifikáns kapcsolatban a súlyváltozással sem a program végén, sem hat hónappal később. Sőt 18 hónappal később, a nagyobb mértékű eltérés az álomsúly és az aktuális súly között összekapcsolódott a nagyobb mértékű fogyással. Ames és munkatársai (2005) pedig azt találták, hogy bár a program végére csökkent az aktuális és álom súly közötti százalékos különbség, ez nem befolyásolta a fogyást hosszú távon. Saját kutatásunkban Cooper és Fairburn (2001) feltételezését támasztottuk alá, miszerint a realisabb súlycélok nagyobb mértékű fogyással jártak együtt a program végére, illetve az utánkövetés során.

#### **5.3.4 Életmód változása**

A viselkedésterápiás súlycsökkentő kezelés kiemelt célja az evési szokások javítása és a fizikai aktivitás gyakoriságának növelése, amelyek kulcsfontosságúak a sikeres testsúlykontroll szempontjából. Programunk során jelentős javulás volt tapasztalható az evési mintázat terén. Az evés tudatos korlátozására irányuló törekvés megnövekedett, míg a kontrollálatlan evés, emocionális evés csökkentek. Ezek a változások a program lezárása után egy évvel is szignifikánsak maradtak. A program során elért fogyás az evés kognitív korlátozásának növekedésével, valamint a kontrollálatlan evés csökkenésével függött össze szignifikánsan. Az utánkövetés során mért fogyás pedig az evés kognitív korlátozásának növekedésével, valamint az érzelmi evés csökkenésével függött össze. A nemzetközi eredményekkel

összhangban az evési magatartás kedvező változásai nagyobb mértékű fogyással jártak együtt, különösen a kognitív korlátozás esetében (pl. Elfhag és Rössner, 2005; Bryant és mtsai, 2012).

A résztvevők már a program indulásakor fizikailag igen aktívnak voltak mondhatóak, hiszen 47,8% számolt be arról, hogy rendszeresen végez testedzést. Ez lényegesen magasabb, mint ami az átlag magyar lakosságra jellemző. A 2014-ben folytatott Európai Lakossági Egészségfelmérés (Elef2014) hazai eredményei szerint a felnőtt lakosság kétharmada (67%) még napi 10 percet sem sportol. A fizikai aktivitás terén elmondható, hogy a lakosság 85%-a gyalogol legalább napi 10 percet, azonban 53%-ánál a gyaloglással töltött idő egy átlagos napon nem haladja meg a fél órát (KSH, 2015). Azonban például az Országos Egészségfejlesztési Intézet által 2009-ben meghirdetett III. Közösen–Könnyebben életmódváltó munkahelyi csapatverseny során az általunk is alkalmazott mérőeszközzel szintén azt találták, hogy a súlyproblémákkal küzdő résztvevők 49,3%-a végez rendszeres testedzést (Czeplédi és Csizmadia, 2010a; 2010b). Ennek az eltérésnek egyik oka lehet, hogy míg az Elef felmérés egy lakossági szintű vizsgálat volt, addig a Közösen–Könnyebben életmódváltó munkahelyi csapatverseny, valamint a saját kutatásunk is egy szűkebb, a fogyásra motivált réteget mért fel.

Kutatási eredményeink szerint a 24 hetes testsúlycsökkentő program végére a magas indulási érték mellett is lényegesen, 69,6%-ra nőtt a rendszeres testedzést végzők aránya. Az utánkövetés idejére azonban a rendszeres testedzés előfordulási gyakorisága visszaesett 60,9%-ra, azonban továbbra is szignifikáns maradt a kiindulási értékekhez képest. A formalizált testgyakorlás végzése számos akadályba ütközhet, mint amilyen például a szégyenlősség, az időhiány, a társas támogatás hiánya, a sportolási lehetőségekhez való hozzáférés hiánya vagy akár a zord időjárás. Emiatt fontos az életmód-aktivitás megközelítés vagy ún. mozgástudatos életmód kialakításának elősegítése, amely a formális testedzés alternatívája a fizikai aktivitás növelésében (Dunn és mtsai, 1999 ). A megközelítés lényege, hogy a személyeket, a mindennapi tevékenységük során találják meg a lehetőséget a mozgásra és energiafelhasználásra. Ez a kutatások szerint meghatározó mértékben elősegíti az elért testsúly fenntartását (Andersen és mtsai, 1999), vélhetően azért, mert beépülve az életvitelbe, rutinszerűvé válva, az életmód-aktivitás a súlycsökkentő kezelés után is fokozott marad, míg a formális testedzés gyakorisága a kezelést követően gyakran visszaesik.

### **5.3.5 Testkép változása**

A testi elégedetlenség gyakori jelenség a súlyproblémákkal küzdő személyek körében (Allen, Byrne, McLean és Davis, 2008). A nagyobb testtömegindex általában együtt jár a nagyobb mértékű testi

elégedetlenséggel (Schwartz és Brownell, 2004), azonban a szubjektív tápláltsági állapottal még szorosabb kapcsolatban van (pl. Cash és Hicks, 1990; Geller és mtsai, 1997). A nők általában minden tápláltsági állapot kategóriában elégedetlenebbek a testükkel, mint a férfiak (Wardle és Johnson, 2002), bár úgy tűnik az elmúlt évtizedekben egyre inkább a férfiak is érintettek ezen a területen (McCabe és Ricciardelli, 2001). A testtel való elégedetlenség fontos motivációja lehet a fogyásnak (Cooper és Fairburn, 2001), azonban növelheti is az egészségtelen testsúlycsökkentő módszerek alkalmazásának valószínűségét (pl. túl drasztikus diéták) (Stice és Shaw, 1994).

A fogyás a legtöbb kutatás szerint a testi elégedettség javulásával jár együtt. Például Lasikiewicz és munkatársai (2014) szisztematikus áttekintésük alapján azt találták, hogy a vizsgált 14 tanulmány mindegyikében javult a résztvevők testképe a testsúlycsökkentésre irányuló intervenciók során. Ez a javulás legtöbbször – bár nem minden esetben – szorosan összefüggött az elért fogyás mértékével, míg például az önértékelés növekedése vagy a depresszió csökkenése esetében nem volt ilyen szoros a kapcsolat. Ennek a szorosabb összefüggésnek az lehet az oka, hogy a testtömegcsökkenés, mint objektív mutató lehetővé teszi az egyén számára, hogy lássa és nyomon kövesse a változást és a fejlődést, amely viszont visszahat a testi elégedettségre.

Saját kutatásunkban a nemzetközi adatokkal összehangban azt az eredményt kaptuk, hogy a nők lényegesen elégedetlenebbek a testükkel, mint a férfiak. A testsúlycsökkentő program során azonban lényegesen csökkent a résztvevők testi elégedetlensége és a testtel kapcsolatos aggodalmaskodás, míg a testsúllyal való elégedettség szignifikánsan nőtt, s ez a javulás megmaradt az utánkövetés idejére is. A program végére elért fogyás mértéke összefüggött a testi elégedetlenség csökkenésével és a testsúllyal való elégedettség növekedésével. Az utánkövetés során pedig a fogyás mértéke szorosan összefüggött a testsúllyal való elégedettség magasabb fokával, bár a testi elégedetlenséggel és a testtel kapcsolatos aggodalmakkal nem volt szignifikáns összefüggésben. Azt lehet tehát mondani, sikerült alátámasztanunk, hogy a fogyás pozitívan hat a résztvevők testképére, főként a testsúllyal való elégedettségére. Ennek ellenére a programok során mindig érdemes hangsúlyozni, hogy a testkép összetett dimenzió, amely a puszta testtömegén kívül még számos összetevőt tartalmaz (pl. mennyire elégedett valaki az arcával, testmagasságával, hajszínével), és számos része van, amely nem változik a testsúlycsökkenéssel párhuzamosan (pl. széles csípő, vastag boka). Tehát érdemes felmérni és nyomon követni a résztvevők testképének alakulását a testsúlycsökkentő programok során, azonban érdemes külön foglalkozni annak a kérdésével is, hogy hogyan növelhető a testi elégedettség a testsúlyváltozástól függetlenül.



### 5.3.6 Pszichés állapot változása

A tanulmányok szerint a testsúlycsökkentésre irányuló intervenciók általában együtt járnak a pszichés mutatók, főként az önértékelés javulásával (pl. Blaine, Rodman és Newman, 2007), azonban ezek a mutatók nem mindig függenek össze szorosan az elért fogyás mértékével. Például Teixeira és munkatársai (2005) áttekintő tanulmányuk szerint a vizsgált tizenkét kutatásból tíz esetben találták azt, hogy lényegesen javult a résztvevők önértékelése és más pszichés mutatója (pl. depresszió, hangulat, étellel való elégedettség). Két esetben nem mutattak ki változást a pszichés állapotban. Azonban a kutatások közül csak egy esetben függött össze lényegesen a pszichés állapot javulása a testsúlycsökkenéssel (Palmeira és mtsai, 2009). Kutatásunkban szintén azt találtuk, hogy a program során szignifikánsan javult a résztvevők önértékelése, s ez meg is maradt az utánkövetés idejére is. Továbbá az étellel való elégedettség javult a program során, s az utánkövetés idejére szignifikánsan magasabb lett a program elején mért értékhez képest. Azonban ezek egyike sem függött össze az elért fogyás mértékével sem a program végén, sem az utánkövetés során.

Elképzelhető, hogy ebben az esetben a testsúlycsökkentő programok egyéb, a fogyással nem szorosan összefüggő elemei vannak pozitív hatással a résztvevők pszichés állapotára pl. társas támogatás, megerősítés stb. Így érdemes ezekre az elemekre külön hangsúlyt fektetni a program során, hiszen úgy tűnik, ezek a testtömegcsökkenéstől függetlenül is hozzájárulnak a személy pszichés állapotának javulásához.

A jelen kutatás számos korláttal bír, mint amilyen például az önszelektált mintavétel, valamint a minta alacsony elemszáma, amely csökkentette az alkalmazott próbák statisztikai erejét. A testsúlyra vonatkozó adatokat az utánkövetés során önbeszámolóval gyűjtöttük, amelyek validitása megkérdőjelezhető a résztvevők megfelelési igénye miatt. Annak lehetősége is felmerül, hogy azok a csoporttagok vettek részt nagyobb valószínűséggel az utánkövetésben, akik sikeresebben tudták tartani a testsúlyukat.

Az életmódváltozók terén szélesebb körű felmérésre lett volna szükség. Például a résztvevők által vezetett táplálkozási napló elemzésével pontos adatokat kaphattunk volna az elfogyasztott ételek és italok kalória- és tápanyagtartalmáról, illetve ezeknek az alakulásáról a program során. Szintén részletesebb képet kaphattunk volna a naplók elemzésének segítségével a táplálkozási szokások megváltozásáról (például a késő esti étkezés elmaradása, a kisebb adagok fogyasztása, vagy az édesség helyettesítése egészségesebb alternatívával). A mozgás terén érdemes lett volna a formális testedzés mellett az életmód-aktivitás felmérése is.

A gyengeségek mellett számos erősség is jellemzi kutatásunkat. Tudomásunk szerint Magyarországon elsőként végeztük el a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő módszer hatékonyságvizsgálatát egy év távlatában. Továbbá szintén elsőként alkalmaztuk hazánkban a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét a túlsúlyos és elhízott személyek fogyásának elősegítése érdekében. A vizsgálat további érdeme a résztvevők előzetes szűrése és a prospektív kutatási elrendezés, amely lehetőséget ad az ok-okozati összefüggések elemzésére.

Eredményeink alapján elmondható, hogy az általunk alkalmazott, önsegítő elemekkel kombinált viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program költséghatékony módja lehet a súlyfelesleggel élő pácienseknél a fogyás elősegítésének. Mivel az elhízás több krónikus betegség kockázati tényezője, a szakorvosi ellátás területén számos helyen indokolt lenne ennek a testsúlycsökkentő módszernek a bevezetése. Hasznosnak tartjuk emellett a testsúlycsökkentő program kiterjesztését további speciális csoportokra is, mint amilyenek például a 2-es típusú cukorbetegséggel élők.

Összefoglalva: kutatásaink során igyekeztünk pontosabb képet kapni az elhízottakkal szembeni előítéletekről, valamint az elhízás viselkedésterápiás kezelési lehetőségeiről. Annak ellenére, hogy az elhízás hazánkban is jelentős probléma, a pszichés támogatás és az erre vonatkozó kutatások elenyészőek. A vizsgálatok során egyrészt alátámasztottuk a nemzetközi eredményeket hazai populáción is, másrészt számos új tényezőt is feltártunk. A kutatások során igyekeztünk a modern többváltozós statisztikai elemzéseket alkalmazni, s így a komplexebb összefüggéseket is feltárni. Úgy véljük, eredményeink hozzájárulhatnak az elhízottakkal szembeni előítéletek jelenségének jobb megértéséhez, valamint irányvonalat mutathatnak egy bizonyítékokon alapuló viselkedésterápiás testsúlycsökkentő módszer protokolljának kidolgozásához és meghonosításához. Mindenképpen fontosnak tartjuk a kutatási eredményeink alapján felmerülő, új izgalmas kutatási irányok folytatását.

## 6. KÖVETKEZTETÉSEK

Az elhízás növekvő prevalenciát mutató, mind az egyénre, mind a társadalomra súlyos terheket róvó, pszichoszomatikus betegség. Kialakulásának okai komplexek és multifaktoriálisak, azonban a nem megfelelő életmódnak és az obezogén környezetnek kiemelt szerepe van.

Az elhízásnak a jól ismert testi következményei mellett, fontos pszichés és társadalmi következményei is vannak. Az elhízott személyekre – ezen belül is főként a segítséget kereső elhízottakra – jellemző a rosszabb pszichés állapot (pl. testi elégedetlenség, alacsony önértékelés, depresszió, evészavar) és az életminőség csökkenése. Továbbá a mai nyugati társadalomban felértékelődött a vonzó külső fontossága és az emberek a testi jellemzőket egyre formálhatóbbnak tekintik. Széles körben elterjedt az a nézet, hogy az egyén köteles felelősséget vállalni a külsejéért, így a túlsúlyhoz negatív attitűdök kapcsolódnak. Az elhízás stigmatizációja már nagyon fiatal korban megjelenik és társadalmilag elfogadott jelenségnek tekinthető. Rendkívül nehéz megváltoztatni, maguk az elhízott személyek is negatív attitűddel rendelkeznek a túlsúly és a túlsúlyos emberek felé. Annak ellenére azonban, hogy rendkívül elterjedt az elhízott személyek stigmatizációja, valójában nagyon friss jelenségről van szó, amely az általános jólét és a fogyasztói társadalom mellékterméke. Így még keveset tudunk a kialakulásának okairól és megváltoztatásának lehetőségeiről.

Az elhízottakkal kapcsolatos előítéletek csökkentése mellett az elhízás kezelése is fontos társadalmi probléma. Mind a fejlett, mind a fejlődő országokban jelentősen megnövekedett a gyermek- és felnőttkori túlsúly, illetve elhízás aránya. Ez hazánkra is jellemző, hiszen ma a magyar felnőtt lakosság 65% túlsúlyos vagy elhízott. Égető probléma tehát az elhízás növekvő prevalenciájának csökkentése vagy legalább megállítása. Ehhez elengedhetetlen, hogy a fogyás hatékony támogatása mellett a súlymegtartásra is külön hangsúlyt fektessünk. Mivel a táplálkozásunk, evési magatartásunk szabályozása rendkívül összetett, a biológiai tényezők mellett, számos környezeti, társas-kulturális és pszichológiai tényező is befolyásolja, ezeket nem lehet figyelmen kívül hagyni az elhízás kezelése során. Manapság a fogyókúra és életmódváltás divatos elfoglaltsággá vált, az elhízott emberek számára számtalan testsúlycsökkentési módszer áll rendelkezésre, azonban ezeknek a hosszú távú hatékonysága nem alátámasztott. Az elhízás bizonyíték alapú kezelési lehetőségei közé tartozik a viselkedésterápia, amelyet hazánkban azonban csak elvétve alkalmaznak, annak ellenére, hogy önmagában és más kezelés kiegészítéseként is hatékony eszköznek tekinthető. Emiatt mindenképpen fontos lenne a módszer megismertetése és alkalmazásának elterjesztése hazánkban is.

## 7. ÖSSZEFOGLALÁS

Disszertációmban összesen három kutatást tárgyaltam. Az első vizsgálatban 370, 10-15 év közötti általános iskolás gyermek vett részt. Legfontosabb kutatási kérdésünk az volt, hogy a szociokulturális hatások (média, szülő, kortárs) internalizációja, hogyan hat a serdülők önészlelésére (testi elégedetlenségére), illetve az elhízott kortársak megítélésére (elhízottakkal szembeni előítéletek). Az elemzések egyrészt alátámasztottuk, hogy az általunk vizsgált serdülők erőteljesen ki vannak téve a külső megjelenésre vonatkozó szociokulturális hatásoknak, s ez negatívan befolyásolja az önészlelésüket. Minél több ilyen hatás éri a serdülőt, annál elégedetlenebb a testképével, ez az összefüggés különösen a lányok esetében volt erős. A szociokulturális hatások közül úgy tűnik a médiának volt a legerősebb hatása, amely az internalizáción keresztül befolyásolja a serdülő testképét. Az előítéletek esetében azonban azt találtuk, hogy bár a nemzetközi eredményekkel összehangban a magyar gyermekek körében is erőteljesen megjelenik az elhízott kortársak elítélése, saját eredményeinkből úgy tűnik a szociokulturális hatások nem lényeges magyarázó változói az elhízás stigmatizációjának.

A második vizsgálat az elhízottakkal szembeni előítéleteket kulturális kontextusban vizsgálta, roma és magyar származású gyermekek körében. Mivel tudomásunk szerint hazánkban még nem kutatták az elhízottakkal szembeni előítéleteket romák körében, ezért elsődlegesen a lehetséges különbségek feltárása volt a cél. A kérdőíves felmérésben 247, 9-16 év közötti általános iskolás diák vett részt. 55,1% magyarnak, 44,9% roma származásúnak vallotta magát. A vizsgálat szerint a roma gyerekek elfogadóbbak az elhízott kortársaikkal szemben. Mind az elhízott fiú, mind az elhízott lány figuráját pozitívabban ítélték meg, mint a magyar származású gyermekek. Feltételezhető tehát, hogy a roma gyermekek eltérő módon értékelik a túlsúlyt, mint a magyar származásúak.

A harmadik prospektív kutatás tárgya pedig az önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program hatékonyságának vizsgálata volt túlsúlyos és elhízott felnőttek körében. Ennek során a testsúly, súlycéllok, életmódváltozók, testkép és pszichológiai tényezők változását követtük nyomon a program során és egy évvel később. A programot 63, 25-70 év közötti személy teljesítette, az utánkövetésben pedig 49 személy vett részt. Az eredmények szerint a program hatékony, hiszen a résztvevők közel 90%-a elérte a professzionális testsúlycsökkentő módszerek esetében elvárható legalább 5-10%-os fogyást, és 73,5%-uk meg is őrizte az ilyen arányú testsúlycsökkenést a program lezárása után 1 évvel is. A fogyás mellett pozitív irányú változás következett be a résztvevők súlycéljaiban, testedzési szokásaiban, evési magatartásában, testképében, valamint általános pszichés jóllétében, s ezek a változások tartósan megmaradtak az utánkövetés idejére is.

## 8. SUMMARY

In my dissertation I discussed three surveys that revolve around two main themes. The first research included 370 pupils of age 10-15. The main question was how the internalization of sociocultural effects (media, parents, peers) impacts their self-perception (body dissatisfaction) of teenagers and their judgement (prejudice against obese people) of obese peers. The results were mixed. On the one hand we confirmed that the adolescents participating in the study are exposed to the sociocultural effects related to physical appearance, and this has a negative impact on their self-perception. The stronger the influence the more they are dissatisfied with their body image, and this association was especially strong among girls. Among sociocultural influences, it seems that media has had the strongest effect, having an impact on teenagers' body image through internalization. In case of prejudice, however, we found that, in line with the outcome of international studies, prejudice against obese peers occur among Hungarian children as well but we got a diffuse picture about its causes. Our results suggest that the sociocultural influences are not significant explanatory variables of the stigmatization of obesity.

The second survey examined prejudice against obese people in a cultural context among Gypsy and Hungarian children. As far as we know there has been no research in Hungary examining prejudice against the obese among Gypsy people, therefore our primary aim has been to explore the possible differences. In the questionnaire survey involved 247 pupils of age 9-16. Of them, 55,1% considered themselves Hungarian, and 44,9% of Gypsy origin. The survey supported our hypothesis, i.e., Gypsy children are more accepting towards their obese peers. They judged more positively both obese boys and obese girls than Hungarian children did. Thus we can assume that Gypsy children evaluate overweight differently than their Hungarian peers.

The objective of the third prospective research was to analyse the effectiveness of behavioural therapy complemented with self-help elements targeting weight loss among overweight and obese adults. We followed-up changes in weight, weight goals, lifestyle variables, body image and psychological factors during the 24-hour program and one year later. The program was completed by 63 people of age 25-70, and 49 people participated in the follow-up. According to the results the program is effective, since 89% of the participants reached at least 5-10% weight loss as expected by professional weight loss methods, and 73,5% managed to maintain this rate of weight loss even after one year after completing the program. Besides weight loss there were positive changes in the participants' weight goals, physical exercise habits, eating behaviour, body image, and mental health, and these changes were maintained until the one-year follow-up.

## 9. IRODALOMJEGYZÉK

- Adachi, Y. (2005). Behavior therapy for obesity. *Japan Med Assoc J*, 48(11), 539–544.
- Adams, G. R., Hicken, M., Salehi, M. (1988). Socialization of the physical attractiveness stereotype: Parental expectations and verbal behaviors. *Int J Psychol*, 23(1), 137–149.
- Adams, K., Sargent, R. G., Thompson, S. H., Richter, D., Corwin, S. J., Rogan, T. J. (2000). A study of body weight concerns and weight control practices of 4th and 7th grade adolescents. *Ethn Health*, 5(1), 79–94.
- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T., Evers, C. (2011). Emotional eating. Eating when emotional or emotional about eating? *Psychol Health*, 26(1), 23–39.
- Afridi, A. K., Khan, A. (2004). Prevalence and Etiology of Obesity – An Overview. *Pak J Nutr*, 3(1), 14–25.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., McLean, N. J., Davis, E. A. (2008). Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: Evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body Image*, 5(3), 261–270.
- Ames, G. E., Perri, M. G., Fox, L. D., Fallon, E. A., De Braganza, N., Murawski, M. E., Pafumi, L., Hausenblas, H. A. (2005). Changing weight-loss expectations: A randomized pilot study. *Eat Behav*, 6(3), 259–269.
- Andersen, R. E., Wadden, T. A., Bartlett, S. J., Zemel, B., Verde, T. J., Franckowiak, S. C. (1999). Effects of lifestyle activity vs. structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. *JAMA*, 281(4), 335–340.
- Andreyeva, T., Puhl, R.M., Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134.
- Antal, M., Péter, Sz., Biró, L., Nagy, K., Régöly-Mérei, A., Arató Gy., Szabó, C., Martos É. (2009). Prevalence of underweight, overweight and obesity on the basis of body mass index and body fat percentage in Hungarian schoolchildren: representative survey in metropolitan elementary schools. *Ann Nutr Metab*, 54(3), 171–176.
- Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav*, 9(2), 203–209.
- Bánlaky, P. (1993). *Cigánycsaládok vizsgálata*. Népjóléti Minisztérium Család-, Gyermek-és Ifjúságpolitikai Főosztály, Budapest.

- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*, 51(6), 1173–1182.
- Beck, J. S. (2007a). *The Beck Diet Solution. Train your brain to think like a thin person*. Alabama: Oxmoor House, Inc.
- Beck, J. S. (2007b). *The Beck Diet Solution: Weight Loss Workbook*. Alabama: Oxmoor House, Inc.
- Bedros, J. R. (2012). A mozgásterápia szerepe az elhízás kezelésében. *Metabolizmus*, 10, 25–27.
- Bell, B. T., Lawton, R., Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 4(2), 137–145.
- Bell, S. K., Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference? *J Pediatr Psychol*, 25(3), 137–145.
- Berthoud, H. R. (2003). Neural systems controlling food intake and energy balance in the modern world. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 6(6), 615–20.
- Biro, F. M., Striegel-Moore, H. R., Franko, D. L., Padgett, J., Bean, J. A. (2006). Self-Esteem in Adolescent Females. *J Adolesc Health*, 39(4), 501–507.
- Blaine, B. E., Rodman, J., Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being. A review and meta-analysis. *J Health Psychol*, 12(1), 66–82.
- Blundell, J. E., Finlayson, G. (2004). Is susceptibility to weight gain characterised by homeostatic or hedonic risk factors for overconsumption? *Physiol Behav*, 82(1), 21–25.
- Boutelle, K. N., Kirschenbaum, D. S., Baker, R. C., Mitchell, M. E. (1999). How can obese weight controllers minimize weight gain during the high risk holiday season? By self-monitoring very consistently. *Health Psychol*, 18(4), 364–368.
- Branca, F., Nikogosian, H., Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response*. Visszakeresés: 2017. január 10. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98243/E89858.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf)
- Brown, K. M., Schreiber, G. B., McMahon, R. P., Crawford, P., Ghee, K. L. (1995). Maternal influences on body satisfaction in black and white girls aged 9 and 10: the NHLBI Growth and Health Study (NGHS). *Ann Behav Med*, 17(3), 213–220.
- Brownell, K. D. (2005). Does a „toxic” environment make obesity inevitable? *Obesity Management*, 1(2), 52–55.

- Bryant, E. J., Caudwell, P., Hopkins, M. E., King, N. A., Blundell, J.E. (2012). Psycho-markers of weight loss. The roles of TFEQ Disinhibition and Restreint in exercise-induces weight management. *Appetite*, 58, 234–241.
- Brylinsky, J. A., Moore, I. C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *J Res Pers*, 28,(2) 170–181.
- Burton, P., Smit, H. J., Lightowler, H. J. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191–197.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A metaanalysis. *Clin Psychol Sci Pract*, 12(4), 421–433.
- Carels, R. A., Darby, L. A., Rydin, S., Douglass, O. M., Cacciapaglia, H. M. O'Brien, W. H. (2005). The relationship between self-monitoring, outcome expectancies, difficulties with eating and exercise, and physical activity and weight loss treatment outcomes. *Ann Behav Med*, 30(3), 182–190.
- Carpenter, K. M., Hasin, D.S., Allison, D. B., Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-VI Major depressive disorder, suicide ideation, suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 90(2), 251–257.
- Carr, D., Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *J Health Soc Behav*, 46(3), 244–259.
- Carter, F. A., Jansen, A.(2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58(3), 1063–1069.
- Case, C. C., Jones, P. H., Nelson, K., O'Brien Smith, E., Ballantyne, C. M. (2002). Impact of weight loss on the metabolic syndrome. *Diabetes Obes Metab*, 4(6), 407–414.
- Cash, T. F. (2002). Cognitive behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash, T. Pruzinsky (szerk.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38–46). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Hicks, K. F. (1990). Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. *Cognit Ther Res*, 14(3), 327–341.
- Chen, Y., Jiang, Y., Mao, Y. (2009). Association between obesity and depression in Canadians. *J Women's Healt (Larchmt)*, 18(10), 1687–1692.
- Christie, D., Channon S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes Obes Metab*, 16(5), 381–387.



- Cohane, G. H., Pope H.G Jr. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *Int J Eat Disord*, 29(4), 373–379.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112, 155–159.
- Cole, M., Cole, S. R. (2003). *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*, 320, 1240.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *BMJ*, 335, 194.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating. Two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*, 16(3), 615–622.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eat Behav*, 9(1), 52–61.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, 39(5), 499–511.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M., Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther* 48(8), 706–713.
- Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5(3), 136–141.
- Cramer, P., Steinwert, T. (1998). Thin is Good, Fat is Bad: How Early Does it Begin? *J Appl Dev Psychol*, 19(3), 429–451.
- Crandall, C. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Pers Soc Psychol Bull*, 21(7), 724–735.
- Czeglédi, E. (2012a). *A felnőttkori obezitás korrelátumai és intervenciók lehetőségei*. Doktori értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógia és Pszichológia Kar. Budapest.
- Czeglédi, E. (2012b). A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(4), 411–434.
- Czeglédi, E., Csizmadia, P. (2010a). Beszámoló a III. Közösen-Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről. I. rész. *Egészségfejlesztés*, 51(3), 17–21.

- Czeglédi, E., Csizmadia, P. (2010b). Beszámoló a III. Közösen-Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről. II. rész. *Egészségfejlesztés*, 51(4), 13–17.
- Czeglédi, E., Urbán, R. (2010). A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Items) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 463–494.
- Czeglédi, E., Bartha, E., Urbán R. (2011). Az evési magatartás összefüggéseinek vizsgálata főiskolai hallgatóknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(2), 299–320.
- Czeglédi, E., Csizmadia, P., Urbán R. (2011). A testtel való elégedetlenség mérése és rizikótényezői: A Testforma Kérdőív rövidített formájának (Body Shape Questionnaire Short Form 14) hazai adaptációja. *Psychiatria Hungarica*, 26(4), 241–249.
- Czeglédi, E., Pál, E., Bartha, E. (2015). A Megjelenéssel Kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 16(3), 209–230.
- Császár, A. (2009). Obezitás – Nincs megoldás? *Orvostovábbképző Szemle*, 16(1), 12–16.
- D’Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*, 78(1), 107–126.
- Davison, K. K., Schmalz, D. L., Young, L. M., Birch, L. L. (2008). Overweight girls who internalize fat stereotypes report low psychosocial well-being. *Obesity*, 16(Suppl.2), S30–S38.
- Delgado, C., Morales, M.J., Parada, P., Otero, I., Maruru, I., Del Campo, V. (2006). Body Image in Morbid Obesity. In: M. V. Kindes, (Ed.), *Body Image: New Research* (pp. 215-227). New York: Nova Science Publishers.
- Diener, E. , Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess*, 49(1), 71–75.
- Dierk, J. M., Conrad, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *J Psychosom Res*, 60(3), 219–227.
- Dittmar, H., Halliwell, E., Ive, S. (2006). Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5-to 8-year-old girls. *Dev Psychol*, 42(2), 283–292.
- Dowson, J., Henderson, L. (2001). The validity of a short version of Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Res*, 102(3), 263–271.

- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E, Kohl, H. W., Blair S N. (1999). Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *JAMA*, 281(4), 327–334.
- Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja (2008). *Az elhízás diagnosztikája és kezelése*. Készítette: Belgyógyászati Szakmai Kollégium és a Magyar Elhízástudományi Társaság. Érvényes: 2013. december. 31. Visszakeresés: 2013. február. 10. <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=430>
- Egger, G., Swinburn, B. (1997). An "ecological" approach to the obesity pandemic. *BMJ*, 315(7106), 477–480.
- Elfhag, K., Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav*, 9(3), 285–293.
- Elfhag, K., Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and regain. *Obes Rev*, 6(1), 67–85.
- Evers, C., de Ridder, D. T., Adriaanse, M. A. (2009). Assessing yourself as an emotional eater. Mission impossible? *Health Psychol*, 28(6), 717–725.
- Evers, C., Marijn Stok, F., de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings. Emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull*, 36(6), 792–804.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A. (2004). Psychological Aspects of Obesity. *Clin Dermatol*, 22(4), 332–337.
- Falkner, N. H., French, S. A., Jeffery, R. W., Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N. E., Morton, N. (1999). Mistreatment due to weight: Prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obes Res*, 7(6), 572–576.
- Field, A. E., Cheung, L., Wolf, A. M., Herczog, D. B., Gortmaker, S. L., Colditz, G.A. (1999). Exposure to mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103(3) e36.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., Colditz, G. A. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*, 107(1), 54–60.
- Finucane, M. M., Stevens, G.A., Cowan, M. J. Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J., Singh, G. M., Gutierrez, H. R., Lu, Y., Bahalim, A. N., Farzadfar, F, Riley, L. M., Ezzati, M. (2011). National, Regional and Global Trends in Body-Mass Index Since 1980: Systematic Analysis of Health

- Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-Years and 9.1 Million Participants. *Lancet*, 377(9765), 557–567.
- Flynn, M. A., McNeil, D. A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with "best practice" recommendations. *Obes Rev*, 7(Suppl.1), 7–66.
- Ford, E. S., Moriarty, D.G., Zack, M. M., Mokdad, A. H., Chapman, D.P. (2001). Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obes Res*, 9(1), 21–31.
- Forgács, A. (2008). Az ételfogyasztás mértékét szabályozó szociokulturális tényezők. In. Túry, F., Pászthy, B. (szerk.) *Évészavarok és testképzavarok* (pp. 341–352.). Budapest: Pro Die Kiadó.
- Foster, G. D., Makris, A. P., Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr*, 82(1), S230–S235.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A. (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychol*, 16(3), 226–229.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: related to psychological functioning in obese adults. *Obes Res*, 13(5), 907–916.
- Friedman, M. A., Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychol Bull*, 117(1), 3–20.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 2(2), 15–34.
- Gatineau, M., Dent, M. (2011). *Obesity and Mental Health*. Oxford: National Obesity Observatory.
- Géczy, A. (2012). *Az éves pszichopatológiája és az evészavarok kezelésének pszichoterápiás lehetőségei*. Egyetemi jegyzet. Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2012.
- Géczy, A., Perczel, D. (1988). Kísérlet egy új típusú fogyókúrás módszer kialakítására – beszámoló a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportmódszerről. *Ideggyógyászati Szemle*, 41(6), 266–276.
- Geier, A.B., Schwartz, M.B., Brownell, K.D. (2003). “Before and after” diet advertisements escalate weight stigma. *Eat Weight Disord*, 8(4), 282–288.
- Geliebter, A., Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eat Behav*, 3(4), 341–347.

- Geller, J., Johnston, C., Madsen, K. (1997). The role of shape and weight in self-concept: The shape and weight based self-esteem inventory. *Cognit Ther Res*, 21(1), 5–24.
- Goldsmith, S. J., Anger-Fiedfeld, K., Rudolph, D., Boeck, M., Aronne, L. (1992). Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. *Int J Eat Disord*, 12(1), 63–71.
- Goodman, E., Whitaker, R.C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3), 497–504.
- Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachlan, K., Brownell, K. D. (2003). Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *Am J Public Health*, 93(8), 1342–1348.
- Greenleaf, C., Chambliss, H., Rhea, D.J, Martin, S.B., Morrow, J.R. (2006). Weight stereotypes and behavioral intentions toward thin and fat peers among white and hispanic adolescents. *J Adolesc Health*, 39(4), 546–552.
- Halmi, K. A., Long, M., Stunkard, A. J., Mason, E. (1980). Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *Am J Psychiatry*, 134(4), 470–472.
- Halmy, L. (1996). Az elhízás mai szemlélete. *Psychiatria Hungarica*, 11(3), 257–265.
- Hammond, R. A., Levine, R. (2010). The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes, Metab Syndr Obes*, 3, 285–295.
- Hargreaves, D. A., Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: “comparing” boys and girls. *Body Image*, 1(4), 351–361.
- Harrison, K. (2000). Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school children. *Commun Res*, 27(5), 617–640.
- Hasler, G., Pine, D. S., Gamma, A., Milos, V., Ajadacic, V., Eich, D., Rössler, W., Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity. *Molecular Psychiatry*, 10, 842–850.
- Haukkala, A., Uutela, A. (2000). Clinical hostility, depression, and obesity: the moderating role of education and gender. *Int J Eat Disord*, 27(1), 106–109.
- Heo, M., Allison, D. B., Faith, M. S., Zhu, S., Fontaine, K. R. (2003). Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obes Res*, 11(2), 209–216.
- Herva, A., Laitinen, J., Miettunen, J., Veijola, J. T., Karvonen, J. T., Läksy, K., Joukkamaa, M. (2006). Obesity and depression: results from the longitudinal northern Finland 1966 birth cohort study. *Int J Obes*, 30(3), 520–527.
- Hill, A. J (2005). Fed up and friendless? *The psychologist*, 18(5), 280–283.

- Hill, J. O., Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280(5368), 1371–1374.
- Hubina, E., Góth, M. (2010). Az étvágy szabályozása. In: Császár, A. (szerk.), *Obezitás. Elmélet és Klinikum*. (pp. 21-37). Debrecen: Alföldi Nyomda Zrt.
- Ilyés, I. (2001). *Az elhízás mai szemlélete*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- István, J., Zavela, K., Weidner, G. (1992). Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes*, 16(12), 999–1003.
- Jackson, L.A., McGill, O. D. (1996). Body type preferences and body characteristics associated with attractive and unattractive bodies by African Americans and Anglo Americans. *Sex Roles*, 35(5), 295–307.
- Jones, D. C., Bain, N., King, S. (2008). Weight and muscularity concerns as longitudinal predictors of body image among early adolescent boys: A test of the dual pathways model. *Body Image*, 5(2), 195–204.
- Jones, D. C., Vigfusdottir, H., Lee, Y. (2004). Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys: An Examination of Friend Conversations, Peer Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals. *J Adolesc Res*, 19(3), 323–339.
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Dev Psychol*, 40(5), 823–835.
- Jones, L. R., Wadden, T. A. (2006). State of science: behavioral treatment of obesity. *Asia Pac J Clin Nutr*, 15, S30–S39.
- Joubert, K., Darvay, S., Gyenis, Gy., Éltető, Ö., Mag, K., van't Hof, M., Ágfalvi, R. (szerk.) (2006). *Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig I*. KSH Népeség tudományi Kutató Intézetének Kutatási jelentései 83, Budapest.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes*, 24(12), 1715–1725.
- Keery, H., Van Den Berg, P., Thompson, J.K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, 1(3), 237–251.
- Kiss, N. (2008). *A serdülőkorú önértékelés kapcsolata a testképpel való elégedetlenséggel* (Szakdolgozat). Budapest: ELTE PPK Pszichológiai Intézet.

- Klein, H., Shiffman, K. S. (2005). Thin is “in” and stout is “out”: What animated cartoons tell viewers about body weight. *Eat Weight Disord*, 10(2), 107–116.
- Klein, H., Shiffman, K. S. (2006). Messages about physical attractiveness in animated cartoons. *Body Image*, 3(4), 353–363.
- Klein, S., Allison, D. B., Heymsfield, S. B., Kelley, D. E., Leibel, R. L., Nonas, C., Kahn, R. (2007). Waist Circumference and Cardiometabolic Risk. A Consensus Statement from Shaping America's Health: Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO, The Obesity Society; the American Society for Nutrition; and the American Diabetes Association. *Am J Clin Nutr*, 85(5), 1197–1202.
- Knauss, C., Paxton, S. J., Alsaker, F. D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*, 4(4), 353–360.
- Kofman, M. D., Lent, M. R., Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass. Results of an Internet survey. *Obesity (Silver Spring)*, 18(10), 1938–1943.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Williams, G. R. (2002). Health-related quality of life varies among obese subgroups. *Obes Res*, 10(8), 748–756.
- Koroni, M., Garagouni-Areou, F., Roussi-Vergou, C.J., Zafiropoulou, M., Piperakis, S. M. (2009). The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite*, 52(1), 241–244.
- Kovács, V. A., Erdei, G., Bakacs, M. (2016). *Nutritional status of the Hungarian population. National Nutrition and Nutritional Status Assessment, 2014*. Visszakeresés: 2017. január 15. [http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/3\\_kovacs\\_otap%202014\\_ea\\_final.pdf](http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/3_kovacs_otap%202014_ea_final.pdf)
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH). 2011. évi népszámlálás. 3. Országos adatok. Budapest, 2013. (letöltve: 2017. január 7.) [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz\\_03\\_00\\_2011.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_03_00_2011.pdf)
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH): Egészségfelmérés, 2014. Statisztikai Tükör, 2015, 29, 1-9. (letöltve: 2017.január 7.) <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elefl4.pdf>
- Kraig, K. A., Keel, P. K. (2001). Weight-based stigmatization in children. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25(11), 1661–1666.

- Krebs, N. F., Himes, J. H., Jacobson, D., Nicklas, T. A., Guilday, P., Styne, D. (2007). Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, 120, S193–228.
- Kumanyika, S., Jeffery, R., Morabia, A., Ritenbaugh, C., Antipatis, V. J. (2002). Obesity prevention: The case for action. *Int J Obes*, 26(3), 425–436.
- Ladányi, J., Szelényi, I. (1997). Ki a cigány? *Kritika*, 12, 3–6.
- Laible, D. J., Carlo, G., Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc* 27(6), 703–716.
- Lasikiewicz, N., Myrissa, K., Hoyland, A., Lawton, C. L. (2014). Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*, 72, 123–137.
- Latner, J.D., Schwartz, M.B. (2005). Weight bias in a child's world. In K. D. Brownell, R. M. Puhl, M. B. Schwartz, L. Rudd (Eds.), *Weight bias: Nature, consequences, and remedies* (pp. 54–67). New York: Guilford Publications.
- Latner, J.D., Stunkard, A.J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res*, 11(3), 452–456.
- Latner, J.D., Rosewall, J.K., Simmonds, M.B. (2007). Childhood obesity stigma: Association with television, videogame, and magazine exposure. *Body Image*, 4(2), 147–155.
- Latner, J.D., Simmonds, M., Rosewall, J. K., Stunkard, A. J. (2007). Assessment of obesity stigmatization in children and adolescents: Modernizing a standard measure. *Obesity*, 15(12), 3078–3085.
- Leit, R. A., Gray, J. J., Pope, H. G., Jr. (2001). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *Int J Eat Disord*, 31(3), 334–338.
- Levy, R. L., Finch, E. A., Crowell, M. D., Talley, N. J., Jeffery, R. W. (2007). Behavioral Intervention for the Treatment of Obesity: Strategies and Effectiveness Data. *Am J Gastroenterol*, 102(10), 2314–2321.
- Lin, L., Reid, K. (2009). The relationship between media exposure and antifat attitudes: The role of dysfunctional appearance beliefs. *Body Image*, 6(1), 52–55.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Finch, E. A., Ng, D. M., Rothman, A. J. (2004). Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women? *Obes Res*, 12(3), 569–576.
- Livingston, E.H. Ko, C, Y. (2002). Use of the health and activities limitation index as a measure of quality of life in obesity. *Obes Res*, 10(8), 824–832.



- Lowe, M. R. (2003). Self-regulation of energy intake in the prevention and treatment of obesity. Is it feasible? *Obes Res*, 11, S44–59.
- Lowe, M. R., Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger. A new dimension of appetite? *Physiol Behav*, 91(4), 432–439.
- Lu, H.-Y., Hou, H.-Y. (2009). Testing a model of the predictors and consequences of body dissatisfaction. *Body Image*, 6(1), 19–23.
- Lukács, L., Murányi, I., Túry, F. (2006). The relationship between body-buliding and eating attitudes in men. *Applied Psychology in Hungary*, 7-8, 52–63.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport*, 63(1), 60–66.
- Markowitz, S., Friedman, M. A., Arent, S. M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. *Clin Psychol Sci Pract*, 15(1), 1–20.
- Martins, R. K., McNeil, D. W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*, 29(4), 283–293.
- Martos, É. (2010). Az obezitás fogalma: Mérési módszerek, hazai és nemzetközi adatok. In A. Császár (szerk.), *Obezitás. Elmélet és Klinikum* (pp. 5-20). Debrecen: Alföldi Nyomda Zrt.
- Martos, T., Sallay, V., Desfalvi, J., Ittész, A. (2014). Az Élettel való elégedettség skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *Eur Eat Disord Rev*, 9(5), 335–347.
- McCrea, C. W., Summerfield, A. B., Rosen, B. (1982). Body image: A selective review of existing measurement techniques. *Br J Med Psychol*, 55(3), 225–233.
- McIntyre, R. S., Konarski, J. Z., Wilkins, K., Soczynska, J. K., Kennedy, S. H. (2006). Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder; results from a national community health survey on mental health and well-being. *Can J Psychiatry*, 51(5), 274–280.
- Meier, M. H., Slutske, W. S., Arndt, S., Cadoret, R. J. (2007). Positive alcohol expectancies partially mediate the relation between delinquent behavior and alcohol use: Generalizability across age, sex, and race in a cohort of 85,000 Iowa schoolchildren. *Psychol Addict Behav*, 21(1), 25–34.

- Mellor, D., McCabe, M., Riccialdelli L., Ball, K. (2004). Body image importance and body dissatisfaction among Indigenous Australian adolescents. *Body Image*, 1(3), 289–297.
- Mellor, D., McCabe, M., Riccialdelli, L., Merino, M. E. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: the role of sociocultural factors. *Body Image*, 5(2), 205–215.
- Miller, C. T., Downey, K. T. (1999). A meta-analysis of heavyweight and self-esteem. *Pers Soc Psychol Rev*, 3(1), 68–84.
- Miller, E., Halberstadt, J. (2005). Media consumption, body image, and thin ideals in New Zealand men and women. *NZ J Psychol*, 34(3), 189–195.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. London: Guilford Press.
- Moore, M. E., Stunkard, A., Srole, L. (1962). Obesity, social class and mental illness. *JAMA*, 181(11), 962–966.
- Morgan, S. B., Walker, M., Bieberich, A. A. (1996). *The Shared Activity Questionnaire*. Unpublished manuscript. Memphis: University of Memphis.
- Myers, T. A., Crowther, J. H. (2007). Sociocultural pressures, thin-ideal internalization, self-objectification, and body dissatisfaction: Could feminist beliefs be a moderating factor? *Body Image*, 4(3), 296–308.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J. C., Diserens, C., Alsaker, F., Michaud, P. A. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16 bis 20- Jähriger in der Schweiz (2002)*. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study of health 2002, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de Sante, Nr. 95b).
- Nauta, H., Hospers, H. J., Jansen, A., Kok, G. (2000). Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cog Ther Res*, 24 (5), 521–531.
- Németh, Á. (2003). Testkép és testtömeg In: Aszmann A (szerk.) *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* (pp. 87-93). Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Harris T. (1999). Beliefs and Attitudes about Obesity among Teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents. *J Nutr Educ*, 31 (1), 3–9.
- Nouri, M., Hill, L. G., Orrell-Valente, J. K. (2011). Media exposure, internalization of the thin ideal and body dissatisfaction: comparing Asian American and European American college females. *Body Image*, 8(4), 366–372.

- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity in the United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, 82, 1-8. Visszakérés: 2017. február 5. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf>
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G., Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol*, 158(12), 1136–1147.
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving* (3rd ed.). New York: Scribner's.
- Padgett, J., Biro, F. M. (2003). Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight, and obesity in African-American and caucasian females. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 16 (6), 349–354.
- Pados, Gy. (2010). Az elhízás korszerű kezelése. *Orvosi Hetilap*, 151(12), 501–504.
- Paksi, B., Felvinczi, K., Schmidt, A. (2004). *Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban*. Kutatási jelentés. Oktatási Minisztérium, Budapest.
- Palmeira, A. L., Markland, D., Silva, M. N., Branco, T. L., Martins, S. S., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Barata, J. T., Serpa, S., O., Sradinha, L., B., Teixeira, P. J. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment. A mediation analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 6(1), 9.
- Papas, M. A., Alberg, A. J., Ewing, R., Helzlsouer, K.J., Gary, T.L., Klassen, A.C. (2007). The built environment and obesity. *Epidemiol Rev*, 29(1), 129–143.
- Papp, I., Czeglédi, E., Túry, F. (2010). Az elhízással kapcsolatos attitűd mérése gyermekkorban — a Közös Tevékenységek Kérdőív magyar változatának pszichometriai sajátosságai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(3), 209–225.
- Papp, I., Czeglédi, E., Túry, F. (2011). A szociokulturális hatások kapcsolata az elhízottakkal szembeni előítéletekkel kora serdülőkorban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(2), 149–171.
- Parnell, K., Sargent, R., Thompson S. H., Kemper, R. C. (1996). Black and white adolescent females' perception of ideal body size. *J Sch Health*, 66(3), 112–118.
- Penny, H., Haddock, G. (2007). Anti-fat prejudice among children: The “mere proximity” effect in 5–10 year olds. *J Exp Soc Psychol*, 43 (4), 678–683.

- Perczel-Forintos, D., Czeglédi, E. (2011). Az elhízás kognitív (és) viselkedésterápiás megközelítési lehetőségei. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.), *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései* (pp. 36–59). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Perczel-Forintos, D., Mórotz, K. (2010). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Perczel-Forintos, D. (2010). A motivációs interjú. In: Perczel-Forintos, D., Mórotz, K. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia* (pp.223-228.). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Perczel-Forintos, D., Papp, I. (2013). Az elhízás pszichoszomatikája. *Orvosképzés*, 89(3), 391–398.
- Pik, K. (1991). A munkavégzés és az egészségi állapot összefüggése. Vizsgálat egy Pest megyei faluban élő idős cigányok és hasonló korú nem cigányok körében. In: Utasi, Á., Mészáros Á., (szerk) *Cigánylét. Műhelytanulmányok* (pp. 171–172). Budapest, MTI PTI.
- Pinel, J. P. J., Assanand, S., Lehman, D. R. (2000). Hunger, eating and ill health. *Am Psychol*, 55(10), 1105–1116.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*, 19(3), 276–288.
- Prochaska, J. O., Prochaska, J. M. (2011). Behavior change. In D. B. Nash, J. Reifsnnyder, R.J. Fabius, V.P. Pracilio (eds.). *Population health: Creating a culture of wellness* (pp. 23-41). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47(9), 1102–1114.
- Prochaska, J. O., Nocross J. C., DiClemente, C.C. (2009). *Valódi újrakezdés: Hatlépcsős program ártalmatlan szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére*. Budapest: Ursus Libris.
- Puhl, R. M., Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull*, 133 (4), 557–580.
- Puhl, R. M., Brownell K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*, 9(12), 788–805.
- Puhl, R. M., Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802–1815.
- Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964.
- Reever, M. M. (2008). Cognitive-behavioral intervention for obesity. *Northeast Florida Medicine*, 59(3), 37–40.

- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z.C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., Kelnar, C. (2003). Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*, 88(9), 748–752.
- Renjilan, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F, Schermer, R. L., Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol*, 69(4), 717–721.
- Rich, S.S., Essery, E.V., Sanborn, C.F., DiMarco, N.M., Morales, L.K., LeClere, S.M. (2008). Predictors of body size stigmatization in Hispanic preschool children. *Obesity*, 16 (Suppl2), S11–S17.
- Richardson, L. P, Davis, R., Poulton R, McCauley, E., Moffitt, T. E., Caspi, A., Connell, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157(8), 739–745.
- Richardson, S.A., Goodman, N., Hastorf, A.H., Dornbusch, S.M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *Am Sociol Rev*, 26(2), 241–247.
- Roehling, M. V, Pilcher, S., Oswald, F., Bruce, T. (2008). The effects of weight bias on job-related outcomes: a meta-analysis of experimental studies. Academy of Management Annual Meeting, San Diego.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. (2008). *Motivational Interviewing in Healthcare: Helping Patients Change Behaviour*. London: Guilford Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self- image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rucker, C.E. III, Cash, T. F. (1992). Body images, body-size perception, and eating behaviors among African-American and white college women. *Int J Eat Disord*, 12(3), 291–299.
- Rudolph, C.W., Wells, C.L., Weller, M.D., Baltes, B.B. (2009). A meta-analysis of empirical studies of weight-bias in the workplace. *J Voc Behav*, 74(1), 1–10.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Whitaker, L. A. (2002). An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 109 (1), 363–369.
- Savva, S. C., Tornaritis, M., Savva, M. E., Kourides, Y., Panagi, A, Silikiotou, N., Kafatos, A. (2000). Waist circumference and waist-to-height ratio are better predictors of cardiovascular disease risk factors in children than body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24 (11), 1453–1458.
- Schwartz, R. P., Hamre, R., Dietz, W. H., Wasserman, R. C., Slore, E. J., Myers, E. F., Sullivan, S., Rockett, H., Thoma, K. A., Dumitru, G., Resnicow, K. A. (2007). Office-based motivational

- interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161 (5), 495–501.
- Schwartz, M. B., Brownell K. D. (2004) Obesity and body image *Body Image*, 1(1), 43–56.
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., Brownell K. D. (2006). The Influence of One's Own Body Weight on Implicit and Explicit Anti-fat Bias. *Obesity (Silver Spring)*, 14(39), 440–447.
- Schwimmer, J.B., Burwinkle, T.M., Varni, J.W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813–1819.
- Scott, K.M., Bruffaerst, R., Simon, G.E., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, De G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Karam, E., Kessler, R.C., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakly Brown, M.A., Ormel, J., Villa, J.P., Uda, H., Von Korff, M. (2007). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes*, (Lond), 32(1), 192–200.
- Shroff, H. J., Thompson, K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3(1), 17–23.
- Simonyi, G., Czeglédi, E. (2009). Az elhízás pszichés vezetése és a diéta gyakorlati problémái. *Magyar Családorvosok Lapja*, 5, 17–22.
- Simonyi, G., Medvegy, M., Bedros, J. R. (2011). *Obezitológia a praxisban: Szakmai protokollal: Fókuszban a szimpatikus idegrendszer*. Budapest: KM-PharmaMédia.
- Simonyi, G., Pados, Gy., Bedros, J. R. (2012). Az elhízás kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei. *A Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság állásfoglalása és ajánlása*. Visszakeresés 2017. február 12. [http://80.99.190.226/momot\\_hu/cikkek/szakmai/elhizas\\_kezelesenek\\_szakmai\\_es\\_szervezeti\\_iranyelvei.pdf](http://80.99.190.226/momot_hu/cikkek/szakmai/elhizas_kezelesenek_szakmai_es_szervezeti_iranyelvei.pdf)
- Simonyi, G., Pados, Gy., Medvegy, M., Bedros, J. R. (2012). Az elhízás gyógyszeres kezelése: múlt, jelen, jövő. *Orv Hetil*, 153(10), 321–331.
- Sjoberg, R. L. (2005). Obesity, Shame, and Depression in School-Aged Children: A Population-Based Study. *Pediatrics*, 116(3):e389–e392.
- Smolak L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 1(1), 15–28.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry*, 35(3), 185–190.

- Stanford, J.N., McCabe, M.P. (2005). Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies. *Body Image*, 2(2), 105–113.
- Stevens, J., Kumanyika, S. K., Keil, J. E. (1994). Attitudes toward body size and dieting: differences between elderly black and white women. *Am J Public Health*, 84(8), 1322–1325.
- Stice, E., Shaw, H. E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin- ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *J Soc Clin Psychol*, 13(3), 288–308.
- Storch, E. A., Ledley, D. R. (2005). Peer victimization and psychosocial adjustment in children: Current knowledge and future directions. *Clinical Pediatrics*, 44(1), 29–38.
- Stunkard, A. J., Sobal, J. (1995). Psychosocial consequences of obesity. In: K. D. Brownell, C. G. Fairburn (Eds), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 417–21). New York, NY: Guilford Press.
- Stunkard, A. J. (2002). Binge eating and the night eating disorder. In: T. A. Wadden, A. J. Stunkard, (eds), *Handbook of obesity treatment* (pp. 107–21). New York: Guilford Press.
- Styne, D.M. (2001). Childhood and adolescent obesity: prevalence and significance. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 823–854.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Sutin, A. R., Terracciano, A. (2013). Perceived Weight Discrimination and Obesity. *PLoS ONE*, 8(7), e70048.
- Szabó, P. (1996). Testkép és zavarai, test-orientált terápiák. *Psychiatria Hungarica*, 11(3), 311–325.
- Szabó, P., Túry, F. (1995). Az anorexia és a bulimia nervosa klinikai és szubklinikai formáinak prevalenciája dolgozónők és férfiak körében. *Orv Hetil*, 136(34), 1829–1835
- Szokolozszy, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Szuhay, P. (1995). Cigánykultúra. A magyarországi cigány etnikai csoportok kulturális integrációjáról és a nemzeti kultúra megalkotásáról. *BUKSZ*, 7(3), 329–341.
- Szumska, I. (2006). Az elhízás gyakorisága és hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács M.E.(Szerk). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 210-220). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev*, 6(1), 43–65.

- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., Sardinha, L. B., Lohman, T. G. (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(9), 1124–1133.
- Telch, C. F., Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord*, 15(1), 53–61.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Curr Dir Psychol Sci*, 10(5), 181–183.
- Thompson, J.K., Van Den Berg, P., Roehrig M., Guarda A.S., Heinberg L.S. (2004). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3). Development and validation. *Int J Eat Disord*, 35(3), 293–304.
- Thompson, S. H., Sargent, R.G., Kemper, K. A. (1996). Black and white adolescent males' perception of ideal body size. *Sex Roles*, 34(5), 391–406.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*, 2(2), 129–135.
- Tiggemann, M., Anesbury, T. (2000). Negative stereotyping of obesity in children: The role of controllability beliefs. *J Appl Soc Psychol*, 30(9), 1977–1993.
- Tiggemann, M., Wilson-Barrett, E. (1998). Children's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. *Int J Eat Disord*, 23(1), 83–88.
- Tripp, S. B., Perry, J. T., Romney, S., Blood-Siegfried, J. (2011). Providers as weight coaches: using practice guides and motivational interview to treat obesity in the pediatric office. *J Pediatr Nurs*, 26(5), 474–479.
- Túry, F., Joó M. N. (2004). Az elhízás pszichoterápiája. *Obesitologia Hungarica*, Suppl. 4, 72–88.
- Túry, F., Czeglédi, E. (2017). Az elhízás pszichoszomatikája és pszichoterápiás lehetőségei. In: Bedros J. R. (szerk.), *Klinikai obezitológia* (181–200). Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.
- Túry, F., Szabó, P.(2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Túry, F., Czeglédi, E., Papp, I., Dukay-Szabó, Sz., Babusa, B., Güleç, H., Mezei, Á., Szabó, K., Varga, M., Szumska, I. (2013). A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta



- alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky É., Szántó Zs. (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2013* (pp. 147–160). Budapest: Semmelweis.
- Túry, F., Császár, N., Kohls, E., Gülec, H. (2010). Az elhízás pszichoterápiája In. Császár, A. (szerk.), *Obezitás. Elmélet és Klinikum* (pp. 327–340). Debrecen: Alföldi Nyomda Zrt.
- Túry, F., Lukács, L., Babusa, B., Pászthy B. (2008). Testépítés és testképzavarok- különös tekintettel a férfiakra. In. Túry F., Pászthy B.(szerk.) *Évészavarok és testképzavarok* (pp. 79–92). Budapest: Pro Die Kiadó.
- Túry, F., Sáfrán, Zs., Wildmann, M. (1997). Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5, 336–342.
- Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4(3), 257–268.
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., Defares, P. B. (1986). The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assessment of Restrained, Emotional & External Eating. *Int J Eat Disord*, 5(2), 747–755.
- van Wier, M. F., Ariens, G. A., Dekkers, J. C., Hendriksen, I. J., Smid, T., van Mechelen, W. (2009). Phone and e-mail counselling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9:6.
- Varga, Cs. (2013). *A metabolikus szindróma alapjai*. Szegedi Tudományegyetem Egyetemi jegyzet. Letöltve: 2017. január 6. [http://www.jgypk.u-szeged.hu/tamop13e/tananyag\\_html/tananyag\\_metabolikus/](http://www.jgypk.u-szeged.hu/tamop13e/tananyag_html/tananyag_metabolikus/)
- Vartanian, L.R., Herman, P.C., Polivy, J. (2005). Implicit and explicit attitudes toward fatness and thinness: The role of the internalization of societal standards. *Body Image*, 2(4), 373–381.
- Vincent, M. A., McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction, weight loss and binge eating behaviour. *J Youth Adolesc*, 29(2), 205–221.
- Visscher, T. L., Viet, A. L., Kroesbergen, I. H., Seidell, J. C. (2006). Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001. *Obesity (Silver Spring)*, 14(11), 2054–63.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 32(4), 981–1003.

- Wadden, T. A., Crerand, C.E., Brock, J. (2005). Behavioral treatment of Obesity. *Psychiatr Clin North Am*, 28(1), 151–170.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L.G, Foster, G. D., McGuckin B. G., Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am*, 81(5), 1001–1024.
- Wansink, B. (2006). *Mindless eating: why we eat more than we think*. New York: Bantam Books.
- Wardle, J., Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 19(3), 421–440.
- Wardle, J., Johnson F. (2002). Weight and dieting: Examining levels of weight concern in British adults. *Int J Obes*, 26 (8), 1144–1149
- Wardle, J., Volz, C., Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19(8), 562–569.
- Wasserman, R. C., Slora, E. J., Bocian, A. B., Fleming, G.V., Baker, A. E., Pedlow, S. E., Kessel, W. (1998). Pediatric research in office settings (PROS): a national practice-based research network to improve children’s health care. *Pediatrics*, 102(6), 1350–1357.
- West, D. S., DiLillo, L., Bursac, Z., Gore, S. A., Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30(5), 1081–1087.
- Wilson, J. M. B., Tripp, D. A., Boland, F. J. (2005). The relative contributions of subjective and objective measures of body shape and size to body image and disordered eating in women. *Body Image*, 2(3), 233–247.
- Wilson, T. (1995). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In K. D Brownell, C.G. Fairburn. *Eating disorders and obesity* (pp. 479–483). New York: Guilford Press.
- Wing, R. R. (2004). Behavioral weight control. In: T. A. Wadden, A. J. Stunkard. *Handbook of obesity treatment* (pp. 301–316.). New York: Guilford Press.
- Wing, R. R., Jeffery, R.W. (1995). Effect of modest weight loss on changes in cardiovascular risk factors: Are there differences between men and women or between weight loss and maintenance? *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19(1), 67–73.
- Winter, J. E., MacInnis, R. J., Wattanapenpaiboon, N., Nowson, C. A. (2014). BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, 99(4), 875–90.
- World Health Organization (WHO). (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health.*

Letöltve: 2017. január 12.

[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)

Yamamiya, Y., Cash, T. F., Melnyk, S. E., Posavac, H. D., Posavac, S. S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body Image*, 2(1), 74–80.

Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*, 150(10), 1472–1479.

## Saját publikációk jegyzéke

### I. Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

1. **Papp I**, Czeglédi E, Udvardy-Mészáros Á, Vizin G, Perczel-Forintos D

A viselkedésterápia eredményeinek vizsgálata az elhízás kezelésében egy év távlatában.

**ORVOSI HETILAP** 155:(30) pp. 1196-1202. (2014)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

2. Perczel-Forintos D, **Papp I**

Az elhízás pszichoszomatikája

**ORVOSKÉPZÉS** 89:(3) pp. 391-397. (2014)

Folyóiratcikk/Összefoglaló cikk/Tudományos

3. Sal I, **Papp I**, Perczel-Forintos D

Magatartás-orvoslási lehetőségek a cukorbetegség és az elhízás kezelésében

**ORVOSI HETILAP** 153:(11) pp. 410-417. (2012)

Folyóiratcikk/Összefoglaló cikk/Tudományos

4. **Papp I**, Urbán R, Czeglédi E, Babusa B, Túry F

Testing the Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance among Hungarian adolescents

**BODY IMAGE** 10:(2) pp. 232-242. (2013)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

5. **Papp I**, Túry F

The stigmatization of obesity among Gypsy and Hungarian children

**EATING AND WEIGHT DISORDERS** 18: (2) pp.193-198. (2013)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

6. Túry F, Czeglédi E, **Papp I**, Dukay-Szabó Sz, Babusa B, Güleç H, Mezei Á, Szabó K, Varga M, Szumska I

A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre

In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.). Magyar Lelkiállapot 2013. 268 p.

Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, 2013. pp. 147-160.

Könyvrészlet/Könyvfejezet/Tudományos

**7. Papp I**, Czeglédi E, Túry F

A szociokulturális hatások kapcsolata az elhízottakkal szembeni előítéletekkel kora serdülőkorban

**MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA** 12:(2) pp. 149-171. (2011)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

**8. Papp I**, Czeglédi E, Túry F

Az elhízással kapcsolatos attitűd mérése – a Közös Tevékenységek Kérdőív magyar változatának pszichometriai sajátosságai

**MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA** 11:(3) pp. 209-225. (2010)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

**II. Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények:**

**9. Sal I, Kohlné Papp I**

A cukorbetegség magatartás-orvoslási lehetőségei

**LEGE ARTIS MEDICINAE** 27:(01-02) pp. 6-16. (2017)

Folyóiratcikk/Összefoglaló cikk/Tudományos

**10. Kohlné Papp I**

A falászavar jellemzői és kezelési lehetőségei

**ÚJ DIÉTA: A MAGYAR DIETETIKUSOK LAPJA (2001-)** 25:(2-3) pp. 25-28. (2016)

Folyóiratcikk/Összefoglaló cikk/Tudományos

**11. Papp I**, Szumska I, Túry F

A falászavar (binge eating disorder) kezelése – irodalmi áttekintés

**PSYCHIATRIA HUNGARICA** 30: pp. 268-277. (2015)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

**12. Kohné Papp I**

A policisztás ovárium szindróma pszichoszociális megközelítése

**ORVOSI HETILAP** 155:(47) pp. 1867-1871. (2014)

Folyóiratcikk/Összefoglaló cikk/Tudományos

**13. Kis N, Gyányi A, Papp I, Oláh P, Sebő T, Gáspár A, Léder L**

Mentális egészség védelme és fejlesztése, mentális betegségek megelőzése

In: Ádány Róza, Szentes Tamás (szerk.): Budapesti népegészségügy: Budapest lakossága egészségi állapota és népegészségügyi programja. 225 p.

Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2014. pp. 192-194.

(ISBN:978 963 226 502 5)

Könyvrészlet/Könyvfejezet/Tudományos

**14. Sal I, Susánszky É, Papp I**

Cukorbeteg életminősége a Hungarostudy Egészség Panel vizsgálat alapján

**ORVOSI HETILAP** 154:(14) pp. 531-537. (2013)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

**15. Martos É, Lugasi A, Bakacs M, Papp I, Kovács V A**

STOP SÓ: Nemzeti Sócsökkentő Program

**NÉPEGÉSZSÉGÜGY** 88:(2) pp. 101-106. (2010)

Folyóiratcikk/Szaccikk/Tudományos

## **Köszönetnyilvánítás**

Elsőként szeretnék köszönetet mondani témavezetőimnek dr. Perczel-Forintos Dórának és dr. Túry Ferencnek szakmai és emberi támogatásukért, inspiráló tanácsaikért és segítségükért. Köszönöm a bizalmukat és támogatásukat a tudományos pályám során.

Szeretnék köszönetet mondani pszichológus kollegáimnak, a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékén, Udvardy-Mészáros Ágnesnek és Vizin Gabriellának, akikkel közösen vezethettem a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportokat.

Köszönettel tartozom munkatársaimnak a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében, nevezetesen Szumska Irenának, Babusa Bernadettnek, Szabó Kornéliának, Fodorné Mezei Ágnesnek, Hayriye Gülecnek és Elisabeth Kolhsnak, a doktori évek során nyújtott támogatásukért. Munkájuk, szakmai elkötelezettségük követendő példát mutatott számomra és olyan közeget teremtett, amelyben inspiráló volt dolgozni.

Külön köszönettel tartozom dr. Czeglédi Editnek, aki elsőként irányította rá a figyelmemet az elhízás témájára, s a későbbiekben is sokrétű segítséget nyújtott a szakmai pályám során. A statisztikai elemzések során nyújtott segítsége nélkülözhetetlen volt az értekezésem elkészülése során.

Köszönettel tartozom mindazoknak, akik résztvevőként vagy más formában hozzájárultak a kutatásaim megvalósulásához. Külön köszönöm a testsúlycsökkentő program résztvevőinek, hogy lelkesedésükkel és kitartásukkal élménnyé varázsolták számomra a csoportvezetést.

Nem utolsó sorban köszönettel tartozom a szüleimnek, férjemnek, kisfiunknak és a férjem szüleinek, akik mindvégig bíztak bennem és támogattak. Külön köszönettel és hálával tartozom a férjemnek türelméért, támogatásáért, ő volt az, aki folyamatosan mellettem áll és biztatott, lehetővé téve, hogy mindig újult erővel álljak neki a munkának.

## **Mellékletek**

### **1. vizsgálat**

**A szociokulturális hatások kapcsolata a testtel való elégedetlenséggel és az elhízottakkal szembeni előítéletekkel serdülőkorban**



**Kedves Diák!**

A következő oldalakon egy kérdőívet találsz. Arra szeretnék kérni Téged, hogy segíts a kutatásomban, és töltsd ki ezt a kérdőívet.

A kérdőív kitöltése ÖNKÉNTES és NÉVTELENÜL történik, így kérek, NE írd rá a nevedet.

**1. Milyen nemű vagy? Kérlek, karikázd be a megfelelő választ!**

1. fiú
2. lány

**2. Hol laksz?**

1. Tanyán
2. Falun
3. Nagyközségben/községben
4. Vidéki városban
5. Budapesten

**3. Hány éves vagy? Kérlek, hogy a betöltött születésnapod számát írd! ..... éves vagyok**

**4. Hányadik osztályos vagy? Kérlek, karikázd be a megfelelő választ!**

- a) 5. osztályos
- b) 6. osztályos
- c) 7. osztályos
- d) 8. osztályos

**5. Hány kg vagy ruha nélkül? ..... kg**

**6. Hány centi magas vagy cipő nélkül? ..... cm**

**7. Jelenleg fogyókúrázol-e vagy próbálsz-e más módon fogyni (pl. több mozgással)?**

1. Nem, mert rendben van a testsúlyom
2. Nem, bár fogynom kellene
3. Nem, mert inkább híznom kellene
4. Igen

**8. Milyenek tartod magad?**

1. Nagyon soványak
2. Egy kicsit soványnak
3. Kb. megfelelőnek
4. Egy kicsit kövérek
5. Nagyon kövérek

**9. Véleményed szerint:**

1. Nagyon jól nézel ki
2. Elég jól nézel ki
3. Átlagosan nézel ki
4. Nem nagyon jól nézel ki
5. Nem jól nézel ki

**10. Az alábbiakban néhány állítást sorolok fel azzal kapcsolatban, amit *általában* önmagaddal kapcsolatban érezhetsz. Soronként egy választ jelölj meg attól függően, hogy mennyire értesz egyet az adott állítással.**

0= nagyon nem értek egyet

1= nem értek egyet

2= egyetértek

3= nagyon egyetértek

Általánosságban elégedett vagyok magammal.	3	2	1	0
Néha azt gondolom, hogy egyáltalán nem vagyok jó.	3	2	1	0
Úgy érzem, hogy számos jó tulajdonságom van.	3	2	1	0
Képes vagyok arra, hogy olyan jól tegyem a dolgaimat, ahogy azt az emberek többsége teszi.	3	2	1	0
Úgy érzem, nem sok mindenre lehetek büszke.	3	2	1	0
Néha meg vagyok győződve arról, hogy hasznavetetlen vagyok.	3	2	1	0
Úgy érzem, legalább olyan értékes vagyok, mint mások.	3	2	1	0
Úgy érzem, hogy többre kellene tartanom magam.	3	2	1	0
Mindent egybe vetve egy csódtömeg vagyok.	3	2	1	0
Pozitívan értékelem, kedvelem magam.	3	2	1	0

11. Kérlek, karikázd be azt a számot, amely a leginkább kifejezi a *külsőddel kapcsolatos* elégedettség mértékét. Az 1-es azt jelenti, hogy *teljes mértékben elégedetlen* vagy, a 7-es pedig azt, hogy *teljes mértékben elégedett*. A többi szám a kettő közötti átmenetet fejezi ki.

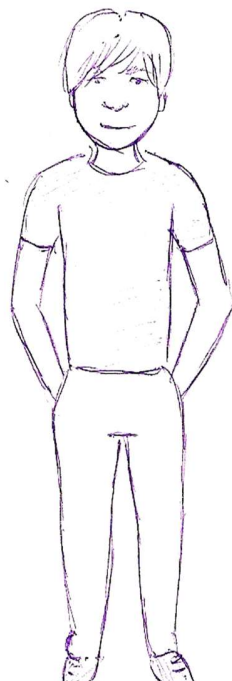
1. Mennyire vagy elégedett a testsúlyoddal?	1	2	3	4	5	6	7
2. Mennyire vagy elégedett a testmagasságoddal?	1	2	3	4	5	6	7
3. Mennyire vagy elégedett az izmosságoddal?	1	2	3	4	5	6	7
4. Mennyire vagy elégedett az arcoddal?	1	2	3	4	5	6	7
5. Mennyire vagy elégedett az alakoddal?	1	2	3	4	5	6	7
6. Összességében mennyire vagy elégedett a külső megjelenéseddel?	1	2	3	4	5	6	7

12. Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike ételkkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek a Te saját magaddal kapcsolatos érzéseidre vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáld meg tehát őszintén válaszolni. Kérlek, olvasd el mindegyik tételt, és karikázd be a megfelelő számot.

mindig = 6 rendszerint = 5 gyakran = 4 néha = 3 ritkán = 2 soha = 1

Édességeket és szénhidrátokat anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	1	2	3	4	5	6
Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	1	2	3	4	5	6
Rettenetesen félek a hízástól.	1	2	3	4	5	6
Elégedett vagyok az alakommal.	1	2	3	4	5	6
Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	1	2	3	4	5	6
Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, a fenekem túl nagy.	1	2	3	4	5	6
Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, gyomrom éppen jó méretű.	1	2	3	4	5	6
Ha hízom 1 kg-ot, aggódom, hogy tovább hízom.	1	2	3	4	5	6
Úgy gondolom, hogy a csípőm túl nagy.	1	2	3	4	5	6
Tetszik a fenekem formája.	1	2	3	4	5	6
Diétázásra gondolok.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	1	2	3	4	5	6

13. A következőkben azt szeretném megtudni, hogy mit gondolsz a képen látható gyerekről. Több tulajdonságpárt soroltam fel, pl. kedves - goromba. Kérlek, olvasd el figyelmesen a tulajdonságokat, és amelyiket jellemzőbbnek tartod a képen látható gyermekre, ahhoz tedd közelebb az X-et. Ha nem tudod eldönteni, tedd a középső számhoz az X-et. Minden tulajdonságpárt a korábbiaktól függetlenül értékelj, tehát a válaszadás során soha ne támaszkodj a korábban adott válaszaidra.



eleven	1	2	3	4	5	6	7	lassú
kellemetlen	1	2	3	4	5	6	7	kellemes
barátságos	1	2	3	4	5	6	7	barátságtalan
lusta	1	2	3	4	5	6	7	szorgalmas
okos	1	2	3	4	5	6	7	buta
önző	1	2	3	4	5	6	7	önzetlen
magabiztos	1	2	3	4	5	6	7	bizonytalan
megbízható	1	2	3	4	5	6	7	megbízhatatlan
ügyetlen	1	2	3	4	5	6	7	ügyes
kedves	1	2	3	4	5	6	7	goromba
boldogtalan	1	2	3	4	5	6	7	boldog
jókedvű	1	2	3	4	5	6	7	rosszkedvű
beteges	1	2	3	4	5	6	7	egészséges
rendetlen	1	2	3	4	5	6	7	rendes
szép	1	2	3	4	5	6	7	csúnya
koszos	1	2	3	4	5	6	7	tiszta
félénk	1	2	3	4	5	6	7	verekedős
törődik a külsejével	1	2	3	4	5	6	7	nem törődik a külsejével

13/b Mennyire kedveled a képen látható fiút? Kérlek, jelezd egy függőleges rovátkával az alábbi vonalon, az „egyáltalán nem kedvelem” és a „nagyon kedvelem” végpontok között.

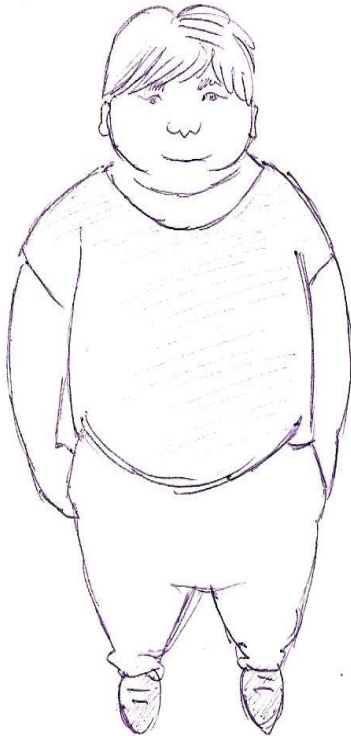
|
|

egyáltalán nem kedvelem nagyon kedvelem

**13/c Kérlek, ítéld meg az előző oldalon látható fiút aszerint, hogy szívesen vennél-e részt vele a következő tevékenységekben:**

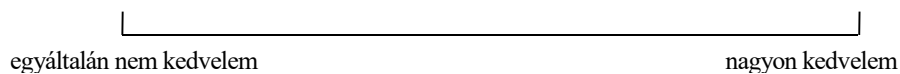
Szívesen néznék vele tévét.	igen	talán	nem
Szívesen lennék a padtársa.	igen	talán	nem
Szívesen megosztanám vele az uzsonnámat.	igen	talán	nem
Szívesen meghívnám a születésnap bulimra.	igen	talán	nem
Szívesen ülnék mellette ebédkor.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele reggelenként iskolába.	igen	talán	nem
Szívesen a baráti társaságomba fogadnám.	igen	talán	nem
Szívesen választanám a legjobb barátomnak az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele a könyvtárban.	igen	talán	nem
Szívesen választanám páromnak egy iskolai feladathoz.	igen	talán	nem
Szívesen olvasnám ugyanazt a könyvet.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele.	igen	talán	nem
Szívesen festenék vele.	igen	talán	nem
Szívesen készíteném vele a matematika házi feladatot.	igen	talán	nem
Szívesen vállalnék vele előadást.	igen	talán	nem
Szívesen segítenék neki a házi feladatban.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele sétálni egy parkba.	igen	talán	nem
Szívesen elhívnám hozzánk vacsorázni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele vásárolgatni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele moziba.	igen	talán	nem
Szívesen játszanék vele az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen választanám őt testnevelésórán a csapatomba (pl. kézilabda csapatba).	igen	talán	nem
Szívesen tölteném vele a szabadidőmet.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele étterembe.	igen	talán	nem

**14. Kérlek, jellemezd (az előbbiekhöz hasonlóan) a képen látható fiút a mellette található tulajdonságok mentén!**



eleven	1	2	3	4	5	6	7	lassú
kellemetlen	1	2	3	4	5	6	7	kellemes
barátságos	1	2	3	4	5	6	7	barátságtalan
lusta	1	2	3	4	5	6	7	szorgalmas
okos	1	2	3	4	5	6	7	buta
önző	1	2	3	4	5	6	7	önzetlen
magabiztos	1	2	3	4	5	6	7	bizonytalan
megbízható	1	2	3	4	5	6	7	megbízhatatlan
ügyetlen	1	2	3	4	5	6	7	ügyes
kedves	1	2	3	4	5	6	7	goromba
boldogtalan	1	2	3	4	5	6	7	boldog
jókedvű	1	2	3	4	5	6	7	rosszkedvű
beteges	1	2	3	4	5	6	7	egészséges
rendetlen	1	2	3	4	5	6	7	rendes
szép	1	2	3	4	5	6	7	csúnya
koszos	1	2	3	4	5	6	7	tiszta
félénk	1	2	3	4	5	6	7	verekedős
törődik a külsejével	1	2	3	4	5	6	7	nem törődik a külsejével

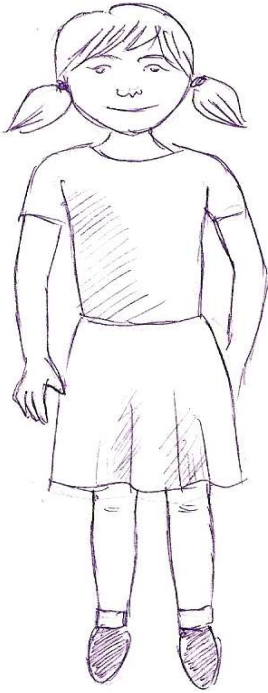
**14/b Mennyire kedveled a képen látható fiút? Kérlek, jelezd egy függőleges rovátkával az alábbi vonalon, az „egyáltalán nem kedvelem” és a „nagyon kedvelem” végpontok között**



**14/c Kérlek, ítéld meg az előző oldalon látható fiút aszerint, hogy szívesen vennél-e részt vele a következő tevékenységekben:**

Szívesen néznék vele tévét.	igen	talán	nem
Szívesen lennék a padtársa.	igen	talán	nem
Szívesen megosztanám vele az uzsonnámat.	igen	talán	nem
Szívesen meghívnám a születésnap bulimra.	igen	talán	nem
Szívesen ülnék mellette ebédkor.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele reggelenként iskolába.	igen	talán	nem
Szívesen a baráti társaságomba fogadnám.	igen	talán	nem
Szívesen választanám a legjobb barátomnak az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele a könyvtárban.	igen	talán	nem
Szívesen választanám páromnak egy iskolai feladathoz.	igen	talán	nem
Szívesen olvasnám ugyanazt a könyvet.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele.	igen	talán	nem
Szívesen festenék vele.	igen	talán	nem
Szívesen készíteném vele a matematika házi feladatot.	igen	talán	nem
Szívesen vállalnék vele előadást.	igen	talán	nem
Szívesen segítenék neki a házi feladatban.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele sétálni egy parkba.	igen	talán	nem
Szívesen elhívnám hozzánk vacsorázni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele vásárolgatni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele moziba.	igen	talán	nem
Szívesen játszanék vele az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen választanám őt testnevelésórán a csapatomba (pl. kézilabda csapatba).	igen	talán	nem
Szívesen tölteném vele a szabadidőmet.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele étterembe.	igen	talán	nem

**15.Kérlek, jellemezd a képen látható lányt a mellette található tulajdonságok mentén!**



eleven	1	2	3	4	5	6	7	lassú
kellemetlen	1	2	3	4	5	6	7	kellemes
barátságos	1	2	3	4	5	6	7	barátságtalan
lusta	1	2	3	4	5	6	7	szorgalmas
okos	1	2	3	4	5	6	7	buta
önző	1	2	3	4	5	6	7	önzetlen
magabiztos	1	2	3	4	5	6	7	bizonytalan
megbízható	1	2	3	4	5	6	7	megbízhatatlan
ügyetlen	1	2	3	4	5	6	7	ügyes
kedves	1	2	3	4	5	6	7	goromba
boldogtalan	1	2	3	4	5	6	7	boldog
jókedvű	1	2	3	4	5	6	7	rosszkedvű
beteges	1	2	3	4	5	6	7	egészséges
rendetlen	1	2	3	4	5	6	7	rendes
szép	1	2	3	4	5	6	7	csúnya
koszos	1	2	3	4	5	6	7	tiszta
félénk	1	2	3	4	5	6	7	verekedős
törődik a külsejével	1	2	3	4	5	6	7	nem törődik a külsejével

**15/b Mennyire kedveled a képen látható lányt? Kérlek, jelezd egy függőleges rovátkával az alábbi vonalon, az „egyáltalán nem kedvelem” és a „nagyon kedvelem” végpontok között**

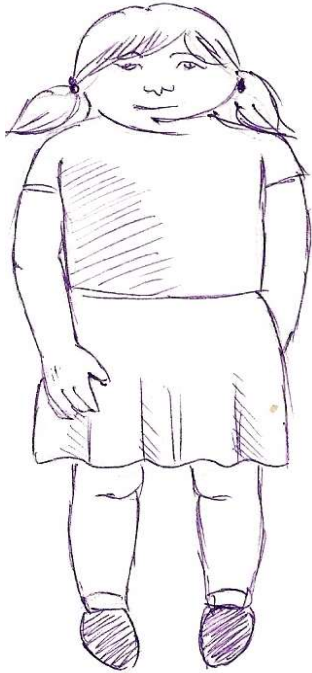
egyáltalán nem kedvelem nagyon kedvelem



**15/c Kérlek, ítéld meg az előző oldalon látható lányt aszerint, hogy szívesen vennél-e részt vele a következő tevékenységekben:**

Szívesen néznék vele tévét.	igen	talán	nem
Szívesen lennék a padtársa.	igen	talán	nem
Szívesen megosztanám vele az uzsonnámat.	igen	talán	nem
Szívesen meghívnám a születésnap bulimra.	igen	talán	nem
Szívesen ülnék mellette ebédkor.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele reggelenként iskolába.	igen	talán	nem
Szívesen a baráti társaságomba fogadnám.	igen	talán	nem
Szívesen választanám a legjobb barátomnak az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele a könyvtárban.	igen	talán	nem
Szívesen választanám páromnak egy iskolai feladathoz.	igen	talán	nem
Szívesen olvasnám ugyanazt a könyvet.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele.	igen	talán	nem
Szívesen festenék vele.	igen	talán	nem
Szívesen készíteném vele a matematika házi feladatot.	igen	talán	nem
Szívesen vállalnék vele előadást.	igen	talán	nem
Szívesen segítenék neki a házi feladatban.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele sétálni egy parkba.	igen	talán	nem
Szívesen elhívnám hozzánk vacsorázni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele vásárolgatni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele moziba.	igen	talán	nem
Szívesen játszanék vele az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen választanám őt testnevelésórán a csapatomba (pl. kézilabda csapatba).	igen	talán	nem
Szívesen tölteném vele a szabadidőmet.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele étterembe.	igen	talán	nem

**16. Kérlek, jellemezd a képen látható lányt a mellette található tulajdonságok mentén!**



eleven	1	2	3	4	5	6	7	lassú
kellemetlen	1	2	3	4	5	6	7	kellemes
barátságos	1	2	3	4	5	6	7	barátságtalan
lusta	1	2	3	4	5	6	7	szorgalmas
okos	1	2	3	4	5	6	7	buta
önző	1	2	3	4	5	6	7	önzetlen
magabiztos	1	2	3	4	5	6	7	bizonytalan
megbízható	1	2	3	4	5	6	7	megbízhatatlan
ügyetlen	1	2	3	4	5	6	7	ügyes
kedves	1	2	3	4	5	6	7	goromba
boldogtalan	1	2	3	4	5	6	7	boldog
jókedvű	1	2	3	4	5	6	7	rosszkedvű
beteges	1	2	3	4	5	6	7	egészséges
rendetlen	1	2	3	4	5	6	7	rendes
szép	1	2	3	4	5	6	7	csúnya
koszos	1	2	3	4	5	6	7	tiszta
félénk	1	2	3	4	5	6	7	verekedős
törődik a külsejével	1	2	3	4	5	6	7	nem törődik a külsejével

**16/b Mennyire kedveled a képen látható lányt? Kérlek, jelezd egy függőleges rovátkával az alábbi vonalon, az „egyáltalán nem kedvelem” és a „nagyon kedvelem” végpontok között**

egyáltalán nem kedvelem nagyon kedvelem

**16/c Kérlek, ítéld meg az előző oldalon látható lányt aszerint, hogy szívesen vennél-e részt vele a következő tevékenységekben:**

Szívesen néznék vele tévét.	igen	talán	nem
Szívesen lennék a padtársa.	igen	talán	nem
Szívesen megosztanám vele az uzsonnámat.	igen	talán	nem
Szívesen meghívnám a születésnap bulimra.	igen	talán	nem
Szívesen ülnék mellette ebédkor.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele reggelenként iskolába.	igen	talán	nem
Szívesen a baráti társaságomba fogadnám.	igen	talán	nem
Szívesen választanám a legjobb barátomnak az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele a könyvtárban.	igen	talán	nem
Szívesen választanám páromnak egy iskolai feladathoz.	igen	talán	nem
Szívesen olvasnám ugyanazt a könyvet.	igen	talán	nem
Szívesen tanulnék vele.	igen	talán	nem
Szívesen festenék vele.	igen	talán	nem
Szívesen készíteném vele a matematika házi feladatot.	igen	talán	nem
Szívesen vállalnék vele előadást.	igen	talán	nem
Szívesen segítenék neki a házi feladatban.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele sétálni egy parkba.	igen	talán	nem
Szívesen elhívnám hozzánk vacsorázni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele vásárolgatni.	igen	talán	nem
Szívesen elmennék vele moziba.	igen	talán	nem
Szívesen játszanék vele az iskolában.	igen	talán	nem
Szívesen választanám őt testnevelésórán a csapatomba (pl. kézilabda csapatba).	igen	talán	nem
Szívesen tölteném vele a szabadidőmet.	igen	talán	nem
Szívesen mennék vele étterembe.	igen	talán	nem

**17a. Most arra vagyok kíváncsi, hogy milyen mértékben jellemzőek Rád, illetve a körülötted élőkre (szüleidre, barátaidra, osztálytársaidra) a következő állítások. Kérlek, olvasd el figyelmesen az állításokat, és minden sorban karikázd be azt a számot, amely a leginkább kifejezi, hogy mennyire tartod jellemzőnek (1-es az egyáltalán nem jellemző, 5-ös a nagyon jellemző).**

**1= egyáltalán nem 2= kicsit 3= közepesen 4= eléggé 5= nagyon**

1. A magazinok, amiket olvasok, és a tv-műsorok, amiket nézek, azt hangsúlyozzák, hogy fontos soványnak lenni.	1	2	3	4	5
2. Fontos dolog a testsúly és az alak a szüleid számára?	1	2	3	4	5
3. Szívesen néznék új tv-műsort, ha a témája a diétázás lenne.	1	2	3	4	5
4. Úgy gondolod, hogy a szüleid sok figyelmet fordítanak egymás testsúlyára és alakjára?	1	2	3	4	5
5. Mennyire fontos az anyukádnak az, hogy sovány legyél?	1	2	3	4	5
6. Apukámnak fontos az, hogy olyan sovány legyen, amennyire csak lehetséges.	1	2	3	4	5
7. A magazinok, amiket olvasok, és a tv-műsorok, amiket nézek, a külső megjelenés fontosságát hangsúlyozzák (alak, súly, öltözködés)	1	2	3	4	5
8. Szívesen olvasnék új magazint, ha a témája a fitness és a testmozgás lenne.	1	2	3	4	5
9. Mennyire nyugtalankodik az anyukád amiatt, ha a súlyod túl sok, vagy túl kövér vagy, vagy ha esetleg elhízol/elhízatsz?	1	2	3	4	5
10. A magazinok, amiket olvasok, és a tv-műsorok, amiket nézek, a diétázást hangsúlyozzák a fogyás érdekében.	1	2	3	4	5
11. Szívesen néznék új tv-műsort, ha a témája a fitness és a testmozgás lenne.	1	2	3	4	5
12. A barátaim és az osztálytársaim számára fontos a fizikai megjelenésük (alak, súly, öltözködés).	1	2	3	4	5
13. Mennyire fontos az apukádnak az, hogy sovány legyél?	1	2	3	4	5
14. Szívesen néznék új tv-műsort, ha a témája a divat lenne.	1	2	3	4	5
15. Apukámnak fontos, hogy milyen a külső megjelenése (alak, súly, öltözködés).	1	2	3	4	5
16. Fontos dolog a barátaid számára a testsúly és az alak?	1	2	3	4	5
17. Szívesen olvasnék új magazint, ha a témája a diétázás lenne.	1	2	3	4	5
18. Mennyire nyugtalankodik az apukád amiatt, ha a súlyod túl sok, vagy túl kövér vagy, vagy ha esetleg elhízol/elhízatsz?	1	2	3	4	5
19. Anyukámnak fontos az, hogy olyan sovány legyen, amennyire csak lehetséges.	1	2	3	4	5
20. Szívesen olvasnék új magazint, ha a témája a divat lenne.	1	2	3	4	5
21. A barátaim és az osztálytársaim számára fontos, hogy olyan soványak legyenek, amennyire csak lehetséges.	1	2	3	4	5
22. Anyukámnak fontos, hogy milyen a külső megjelenése (alak, súly, öltözködés).	1	2	3	4	5
23. Úgy gondolod, hogy a barátaid és az osztálytársaid sok figyelmet fordítanak egymás testsúlyára és alakjára?	1	2	3	4	5

**17b. Most arra vagyok kíváncsi, hogy a következő állítások milyen gyakran fordulnak elő Veled, illetve a körülötted élőkkel (szüleiddel, barátaiddal, osztálytársaidal). Kérlek, olvasd el figyelmesen az állításokat, és minden sorban karikázd be azt a számot, amely a leginkább kifejezi, az állítások gyakoriságát (1-es soha, 5-ös a nagyon gyakran).**

**1= soha 2= ritkán 3= néha 4= sokszor 5= nagyon gyakran**

24. Milyen gyakran beszélgetnek a szüleid a testsúlyról és a diétáról?	1	2	3	4	5
25. Milyen gyakran biztatják egymást a barátaid és az osztálytársaid arra, hogy fogyókúrázzanak?	1	2	3	4	5
26. A barátaid és az osztálytársaid megjegyzéseket tesznek, vagy csúfolnak a külsőd miatt.	1	2	3	4	5
27. Apukám diétázik azért, hogy fogyjon.	1	2	3	4	5
28. Éreztem már, hogy a média nyomást gyakorol rám, hogy fogyjak.	1	2	3	4	5
29. Milyen gyakran diétáznak a szüleid?	1	2	3	4	5
30. Egy vagy több barátom és osztálytársam diétázik fogyás céljából.	1	2	3	4	5
31. Apukád megjegyzéseket tesz, vagy cukkol a kinézeted miatt.	1	2	3	4	5
32. Milyen gyakran tesznek a szüleid megjegyzéseket egymás súlyára?	1	2	3	4	5
33. Anyukám diétázik azért, hogy fogyjon.	1	2	3	4	5
34. Milyen gyakran beszélgetnek a barátaid és az osztálytársaid a testsúlyról és a diétáról?	1	2	3	4	5
35. Milyen gyakran aggódnak a szüleid a testsúlyuk miatt?	1	2	3	4	5
36. Milyen gyakran aggódnak a barátaid és osztálytársaid amiatt, hogy mit esznek?	1	2	3	4	5
37. Milyen gyakran diétáznak a barátaid és az osztálytársaid?	1	2	3	4	5
38. Anyukád megjegyzéseket tesz, vagy cukkol a kinézeted miatt.	1	2	3	4	5
39. Milyen gyakran aggódnak a barátaid és az osztálytársaid a testsúlyuk miatt?	1	2	3	4	5
40. Milyen gyakran aggódnak a szüleid amiatt, hogy mit esznek?	1	2	3	4	5
41. Milyen gyakran hagynak ki étkezéseket a barátaid és osztálytársaid?	1	2	3	4	5
42. Milyen gyakran biztatják egymást a szüleid arra, hogy fogyókúrázzanak?	1	2	3	4	5
43. Milyen gyakran tesznek a barátaid és osztálytársaid megjegyzéseket egymás súlyára?	1	2	3	4	5

**18. Kérjük, olvasd el figyelmesen a következő állításokat, és karikázd be azt a számot, amely a legjobban tükrözi az állítással való egyetértésed mértékét!**

**1: egyáltalán nem értek egyet**

**2: inkább nem értek egyet**

**3: semleges az álláspontom az állítással kapcsolatban**

**4: inkább egyetértek**

**5: teljes mértékben egyetértek**

Nem törődöm azzal, hogy a testem úgy néz-e ki, mint a tv-ben szereplő embereké.	1	2	3	4	5
Összehasonlítom a testemet a tv-ben szereplő emberek testével.	1	2	3	4	5
Bárcsak úgy nézne ki a testem, mint a magazinokban szereplő modelleké!	1	2	3	4	5
Összehasonlítom a megjelenésemet a tv- és mozisztárok megjelenésével.	1	2	3	4	5
Bárcsak úgy nézne ki a testem, mint a filmekben szereplő embereké!	1	2	3	4	5
Nem hasonlítom össze a testemet a magazinokban megjelenő emberek testével.	1	2	3	4	5
Bárcsak úgy néznék ki, mint a videoklipekben szereplő modellek!	1	2	3	4	5
Összehasonlítom a megjelenésemet a magazinokban szereplő emberek megjelenésével.	1	2	3	4	5
Nem vágyom arra, hogy olyan kisportoltan nézzek ki, mint a magazinokban látható emberek.	1	2	3	4	5
Összehasonlítom a testemet a jó alakú emberek testével.	1	2	3	4	5
Bárcsak olyan kisportolt lennék, mint a sportcsillagok!	1	2	3	4	5
Összehasonlítom a testemet a kisportolt emberek testével.	1	2	3	4	5
Nem törekszem arra, hogy úgy nézzek ki, mint a tv-ben szereplő emberek.	1	2	3	4	5
Arra törekszem, hogy úgy nézzek ki, mint a sportolók.	1	2	3	4	5

**Köszönöm a segítséged! ☺**

**2. vizsgálat**

**Az elhízás stigmatizációja roma és magyar származású gyermekek körében**

**Kedves Diák!**

A következő oldalakon egy kérdőívet találsz. Arra szeretnék kérni Téged, hogy segíts a kutatásomban, és töltsd ki ezt a kérdőívet.

A kérdőív kitöltése ÖNKÉNTES és NÉVTELENÜL történik, így kérlek NE írd rá a nevedet.

**Hálásan köszönöm a kutatásban való részvételedet!**

Üdvözlettel,

Papp Ildikó

pszichológus

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Budapest, 2011. március

**1. Milyen nemű vagy? Kérlek, karikázd be a megfelelő választ!**

1. fiú

2. lány

**2. Hol laksz?**

1. Tanyán

4. Vidéki városban

2. Falun

5. Budapesten

3. Nagyközségben/községben

**3. Hány éves vagy? Kérlek, hogy a betöltött születésnapod számát írd!   éves vagyok.**

**4. Hányadik osztályos vagy? Kérlek, karikázd be a megfelelő választ!**

a) 3. osztályos

d) 6. osztályos

b) 4. osztályos

e) 7. osztályos

c) 5. osztályos

d) 8. osztályos

**5. Hány kg vagy ruha nélkül?   kg**

**6. Hány centi magas vagy cipő nélkül?    cm**

**7. Milyen származású vagy?**

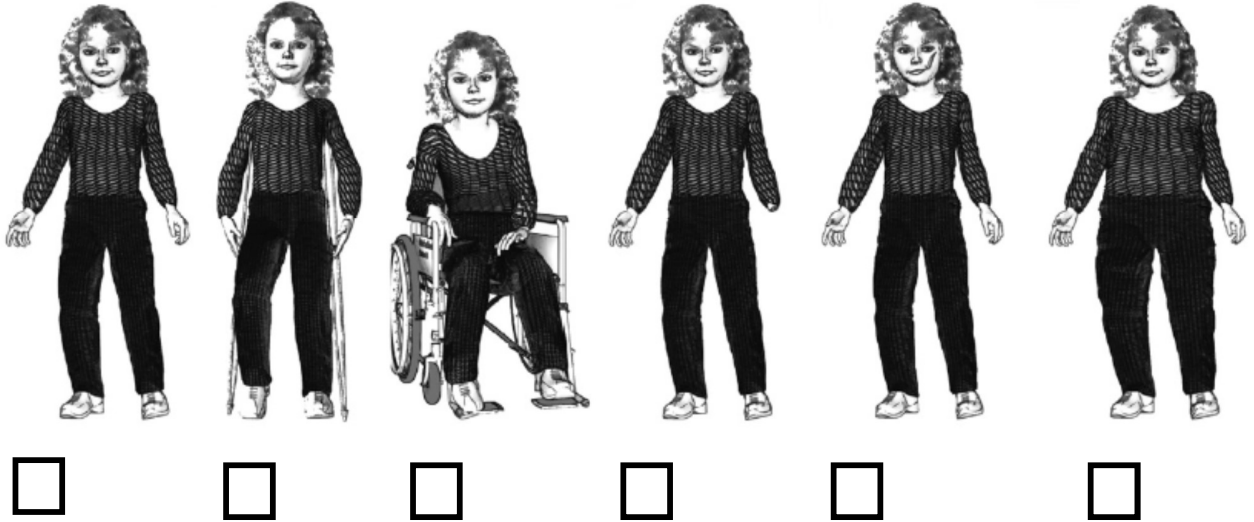
1. magyar

2. roma

3. román



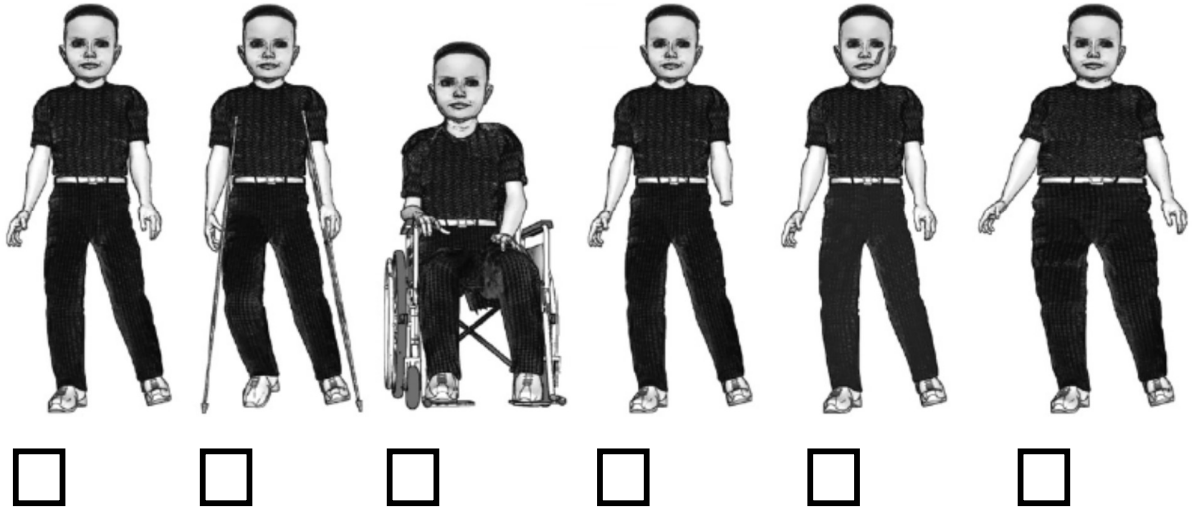
**8. Kérlek, rakd sorrendbe a képen látható gyermekeket aszerint, hogy mennyire szívesen barátkoznál vele. Tegyél 1-est ahhoz, akivel a legszívesebben barátkoznál, 2-est, akivel kevésbé és így tovább, végül 6-ost, akivel legkevésbé szívesen barátkoznál.**



**9. Kérlek az első és az utolsó választásodat indokold is meg. Azért vele barátkoznék a legszívesebben, mert...**

**Azért barátkoznék vele a legkevésbé, mert...**

**10. Kérlek, rakd sorrendbe a képen látható gyermekeket aszerint, hogy mennyire szívesen barátkoznál vele. Tegyél 1-est ahhoz, akivel a legszívesebben barátkoznál, 2-est, akivel kevésbé és így tovább, végül 6-ost, akivel legkevésbé szívesen barátkoznál.**



**11. Kérlek, az első és az utolsó választásodat indokold is meg. Azért vele barátkoznék a legszívesebben, mert...**

**Azért barátkoznék vele a legkevésbé, mert...**

**Köszönöm a segítséged! ☺**

**3. vizsgálat**

**Önsegítő elemekkel kiegészített viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport hatékonyságának vizsgálata a program során és egy év távlatában**

## KÉRDŐÍV

**1. Az Ön neme:**

1. férfi
2. nő

**2. Az Ön életkora:** ..... év

**3. Az Ön családi állapota:**

1. nőtlen/hajadon
2. élettársi kapcsolatban él
3. házas
4. elvált
5. özvegy

**4. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:**

1. kevesebb, mint 8 általános
2. 8 általános
3. szakmunkásképző
4. szakközépiskola
5. gimnázium
6. főiskola
7. egyetem

**5. Az Ön lakóhelye:**

1. Budapest
2. város
3. nagyközség, község
4. falu

**6. Az Ön testsúlya:** ..... kg

**7. Az Ön testmagassága:** ..... cm

**8. Hány éves kora óta vannak súlyproblémái (azaz túlsúlya)?** ..... éves kora óta

**9. Élete során hányszor fordult elő, hogy a testsúlya nagymértékű (minimum 4,5 kg-os) eltérést mutatott, azaz „jojózott”?** Kb. .... alkalommal

**10. Hány éves korában fogyókúrázott először?** ..... éves korában

**11. Élete során mi volt a legmagasabb testsúlya, és hány éves volt ekkor?**  
..... kg ..... éves korban

**12. Hányszor próbált meg fogyókúrázni az elmúlt 12 hónapban?**

Egyszer sem	7 alkalommal
1 alkalommal	8 alkalommal
2 alkalommal	9 alkalommal
3 alkalommal	10 alkalommal
4 alkalommal	11 alkalommal
5 alkalommal	12 alkalommal
6 alkalommal	

**13. Élete során vett-e már részt orvosi/dietetikus felügyelet alatt zajló súlycsökkentő kezelésben?  
Ha igen, milyen jellegű kezelésben, és hány alkalommal?**

**14. Kérem, nevezze meg a három legfontosabb okot, amiért fogyni szeretne.**

*Azért szeretnék fogyni, hogy...*

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**15. Hogyan jellemezné egészségi állapotát? (Kérjük, csak egy számot jelöljön meg!)**

- 1. Kitűnő
- 2. Nagyon jó
- 3. Jó
- 4. Tűrhető
- 5. Rossz

**16. A következő rész az étkezési szokásaival és az éhségérzettel kapcsolatban tartalmaz állításokat és kérdéseket. Kérjük, olvassa el figyelmesen az állításokat, és jelölje be azt a választ, amely a leginkább érvényes Önre!**

**1. Szándékosan keveset eszem egyszerre, hogy kordában tartsam a testsúlyomat.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**2. Amikor szorongok, enni kezdek.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**3. Amikor enni kezdek, néha úgy érzem, nem tudom abbahagyni.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**4. Amikor szomorú vagyok, gyakran túl sokat eszem.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**5. Bizonyos ételeket azért nem eszem, mert hizlalnak.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**6. Ha olyan valakivel vagyok együtt, aki eszik, gyakran engem is arra készítek, hogy egyek.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**7. Amikor feszült vagyok, vagy fel vagyok húzva, gyakran úgy érzem, hogy ennem kell.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**8. Gyakran annyira éhes vagyok, hogy feneketlen ürt érzek a gyomrom helyén.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**9. Mindig annyira éhes vagyok, hogy nehezemre esik abbahagyni az evést, amíg teljesen el nem fogyasztottam a tányéromon lévő ételt.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**10. Amikor magányos vagyok, evéssel vigasztalódom.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**11. Tudatosan korlátozom, hogy mennyit eszem az étkezések során, hogy elkerüljem a hízást.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**12. Amikor egy étvágygerjesztő ételt látok, vagy az illatát érzem, nagyon nehezen állom meg, hogy ne egyek, még akkor is, ha épp akkor fejeztem be az evést.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**13. Mindig elég éhes vagyok ahhoz, hogy bármikor tudjak enni.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**14. Amikor ideges vagyok, evéssel próbálom megnyugtatni magam.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**15. Amikor valami finomat látok, gyakran olyan éhes leszek, hogy azonnal ennem kell.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**16. Amikor levert vagyok, enni akarok.**

Teljes mértékben igaz  
Többnyire igaz  
Többnyire nem igaz  
Egyáltalán nem igaz

**17. Milyen gyakran kerüli el azt, hogy csábító ételeket tartalékoljon a környezetében?**

Szinte soha  
Ritkán  
Általában  
Szinte mindig

**18. Milyen valószínűséggel tesz erőfeszítést arra, hogy kevesebbet egyen, mint amennyit akar?**

Nem valószínű  
Kevésbé valószínű  
Némileg valószínű  
Nagyon valószínű

**19. Nagyokat eszik akkor is, ha nem éhes?**

Soha  
Ritkán  
Néha  
Legalább hetente egyszer

**20. Milyen gyakran érzi éhesnek magát?**

Csak étkezési időben  
Néha étkezések között  
Gyakran étkezések között  
Szinte mindig

**21. Kérjük, jellemezze magát az alábbi 8 fokozatú skálán, amelyen az 1-es azt jelenti, hogy nem korlátozza saját magát az étkezésben, a 8-as pedig azt jelenti, hogy teljes mértékben korlátozza magát! Kérjük, jelölje be azt a számot, amely a leginkább érvényes Önre!**

1            2            3            4            5            6            7            8

Azt eszem, amit csak akarok, és amikor csak akarom.

Állandóan korlátozom a táplálékbevitelemet, sosem eresztetem el magam.

**17. Kérjük, a következő kérdés megválaszolása során a testedzés alábbi meghatározását vegye figyelembe. Rendszeres testedzésnek minősül bármely előre tervezett fizikai tevékenység (pl. ütemes 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.**

***Végez-e Ön rendszeres testedzést a fenti meghatározás értelmében?***

- a) Igen, TÖBB, mint 6 hónapja.
- b) Igen, KEVESEBB, mint 6 hónapja.
- c) Nem, de tervezem az elkövetkező 30 napban.
- d) Nem, de tervezem az elkövetkező 6 hónapban.
- e) Nem, és nem is tervezem az elkövetkezendő 6 hónapban.

**18. Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike étellekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek az Ön saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáljon meg tehát őszintén válaszolni. Az eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvassa el mindegyik tételt, és karikázza be a megfelelő számot. Kérjük, minden kérdésre nagyon gondosan válaszoljon!**

**mindig = 6   rendszerint = 5   gyakran = 4   néha = 3   ritkán = 2   soha = 1**

	6	5	4	3	2	1
Édességeket és szénhidrátokat anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	6	5	4	3	2	1
Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	6	5	4	3	2	1
Eszem, ha nyugtalan vagyok.	6	5	4	3	2	1
Teletömöm magam étellel.	6	5	4	3	2	1
Diétázásra gondolok.	6	5	4	3	2	1
Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	6	5	4	3	2	1
Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	6	5	4	3	2	1
Azt hiszem, gyomrom éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
Rettenetesen félek a hízástól.	6	5	4	3	2	1
Elégedett vagyok az alakommal.	6	5	4	3	2	1
Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	6	5	4	3	2	1
Voltak evési, falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni.	6	5	4	3	2	1
Tetszik a fenekem formája.	6	5	4	3	2	1
Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	6	5	4	3	2	1
Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.	6	5	4	3	2	1
Úgy gondolom, hogy a csípőm túl nagy.	6	5	4	3	2	1
Mások előtt alig eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	6	5	4	3	2	1
Ha hízom 1 kg-ot, aggódok, hogy tovább hízom.	6	5	4	3	2	1
Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	6	5	4	3	2	1
Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	6	5	4	3	2	1
Azt hiszem, a fenekem túl nagy.	6	5	4	3	2	1
Titokban eszem vagy iszom.	6	5	4	3	2	1
Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1





**22. Kérjük, olvassa el figyelmesen az alábbi kijelentéseket és jelölje meg egy 7 fokú skála segítségével, hogy mennyire ért egyet a következő állításokkal.**

	egyáltalán nem ért egyet	nem ért egyet	inkább nem ért egyet	semleges	inkább egyetért	egyetért	teljesen egyetért
Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz.	1	2	3	4	5	6	7
Az életkörülményeim kitűnőek.	1	2	3	4	5	6	7
Elégedett vagyok az életemmel.	1	2	3	4	5	6	7
Eddig minden fontosabb dolgot megszereztem, amit akartam.	1	2	3	4	5	6	7
Ha újrakezdhetném, szinte semmin nem változtatnék.	1	2	3	4	5	6	7

**23. Az alábbiakban néhány állítást sorolunk fel azzal kapcsolatban, amit általában önmagával kapcsolatban érezhet. Soronként egy választ jelöljön meg attól függően, hogy mennyire ért egyet az adott állítással.**

	Nagyon egyetérték	Egyetérték	Nem érték egyet	Nagyon nem érték egyet
Általánosságban elégedett vagyok magammal.	3	2	1	0
Néha azt gondolom, hogy egyáltalán nem vagyok jó.	3	2	1	0
Úgy érzem, hogy számos jó tulajdonságom van.	3	2	1	0
Képes vagyok arra, hogy olyan jól tegyem a dolgaimat, ahogy azt az emberek többsége teszi.	3	2	1	0
Úgy érzem, nem sok mindenre lehetek büszke.	3	2	1	0
Néha meg vagyok győződve arról, hogy hasznavehetetlen vagyok.	3	2	1	0
Úgy érzem, legalább olyan értékes vagyok, mint mások.	3	2	1	0
Úgy érzem, hogy többre kellene tartanom magam.	3	2	1	0
Mindent egybe vetve egy csődtömeg vagyok.	3	2	1	0
Pozitívan értékelem, kedvelem magam.	3	2	1	0

**Kérjük, ellenőrizze, hogy nem hagyott-e megválaszolatlan kérdéseket!**

**EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT HÁLÁSAN KÖSZÖNÖM!**