

Beszámoló a III. Közösen–Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről

2009. október 21. – I. rész

Czeglédi Edit pszichológus, egészségfejlesztő szakpszichológus, egyetemi tanársegéd¹,
Csizmadia Péter szociológus²

¹ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

²Országos Egészségfejlesztési Intézet

A vizsgálat során két kérdőívet állítottunk össze. Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* hivatalos, programkísérő kérdőíve mellett egy második kérdőívet is kidolgoztunk, amely a résztvevők testsúlyának történetét, egészségmagatartását, testképét, evési magatartását és elhízással kapcsolatos hiedelmeit hivatott felmérni. E második kérdőív célja a sikeres életmódváltóztatás potenciális prediktorainak vizsgálata volt.

A két kérdőívet Csizmadia Péter és munkatársai e-mailben küldték ki a csapatkapitányoknak. A kitöltött kérdőíveket egyénileg vagy összegyűjtve, postán vagy e-mailen küldték, illetve kinyomtatva hozták vissza a mérleget.

Jelen beszámolóban azon személyek adatait vettük elemzésünk alapjául, akik részt vettek a mérleget és mindkét kérdőívet kitöltötték.

A minta rövid bemutatása

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

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

Iskolai végzettség: a válaszadók 6%-a alapkörű, 32%-a középfokú, 62%-a pedig felsőfokú végzettségű.

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

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

A testsúly története

Ha a válaszadó túlsúlyos, rákérdeztünk arra, hány éves kora óta vannak súlyproblémái. A kérdésre a résztvevők 55,5%-a felelt. A válaszadási arány nagyjából megfelel a tápláltsá-

gi állapot testtömeg-index kategória szerinti felosztásának, amely szerint a résztvevők 59%-a túlsúlyos vagy *obez*. A válaszok alapján kirajzolódó kép azt mutatja, hogy az esetek kis százalékában (5%) a súlyfelesleg már kisgyermekkorban (≤ 6 év) megjelent. Iskoláskori kezdet (6–18 év között) a válaszadók 20%-ára jellemző. A magukat túlsúlyosnak ítéltők túlnyomó többsége (75%-a) esetében a súlyprobléma felnőttkorban (18 év felett) kezdődött.

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

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

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

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

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat első darabja. A második részt 2010/4. lapszámunkban olvashatják.

1. táblázat

Az önjellemzős egészségi állapot alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

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

2. táblázat

A dohányzás alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

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

3. táblázat

Az alkoholfogyasztás alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

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

Önjellemzős egészségi állapot

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

Egészségmagatartás

Dohányzás

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

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás tekintetében a válaszadók mérsékelt fogyasztásról tesznek tanúbizonyságot. A résztvevők 4,3%-a rendszeresen, 84,4%-a alkalmanként fogyaszt alkoholt.

11,3%-uk teljes absztinenciáról számol be (3. táblázat). E tekintetben szignifikáns nemi különbség adódott a mintában: a férfiak nagyobb arányban fogyasztanak rendszeresen alkoholt, mint a nők ($\chi^2_{(2)}=32,975$; $p<0,001$).

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

Testedzés

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

4. táblázat

A rendszeres testedzés alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

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

5. táblázat

A rendszeres testedzés alakulása a mintában súlycsoportonkénti bontásban (%-os gyakoriságok)

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

(1) fenntartás fázisa. Segítségével megbecsülhető a személy testedzésre vonatkozó motivációjának szintje.

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

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

Evési magatartás

Az evési magatartás felmérése a 21 tételes Három-faktoros Evési Kérdőívvel (HRQL Group, 2002; Czeglédi, 2008) történt, amely az alábbi három skálából áll: (1) A *Kontrollálatlan evés skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy elveszíti-e a kontrollt az evés fölött, amikor éhes, vagy amikor külső ingereknek van kitéve. (2) A *Kognitív korlátozás skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy korlátozza-e táplálékbevitelét annak érdekében, hogy befolyásolja testsúlyát vagy alakját. Ez a skála nem a merev, önsanyarga-

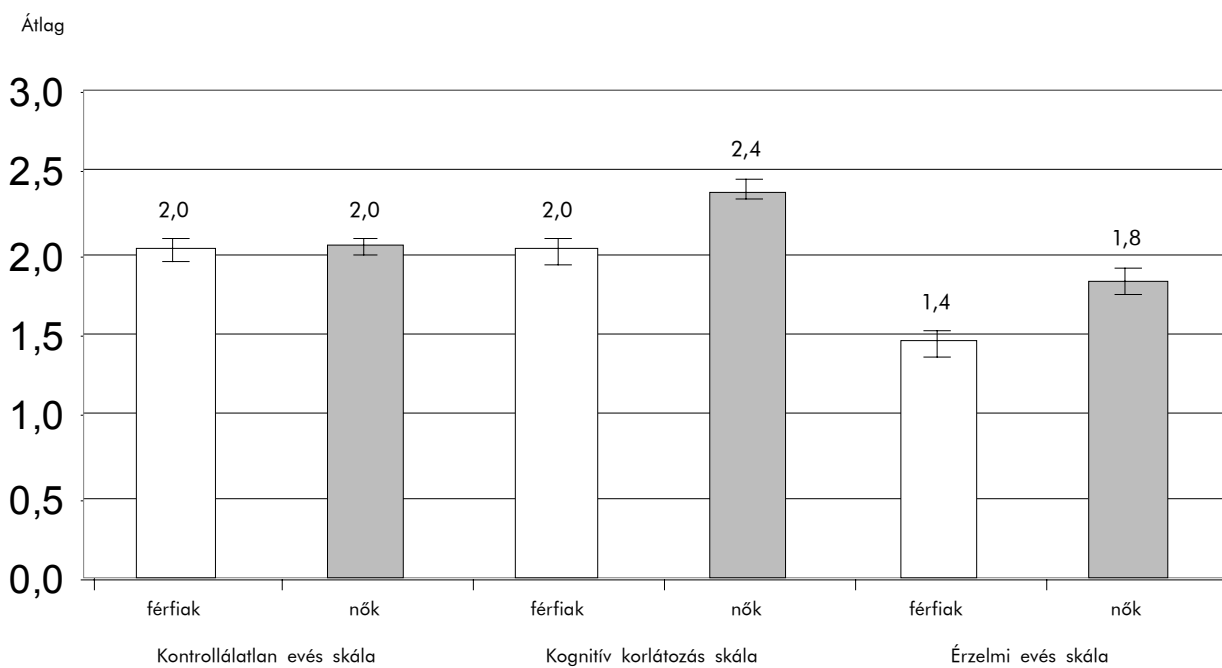
tó diétát méri, hanem a tudatos táplálkozást (pl. a hizláló ételek fogyasztásának vagy tartalékolásának elkerülése; az egyszerű elfogyasztott ételmennyiség adagjának csökkentése), amely adaptív evési magatartásnak tekinthető, mert elősegíti a súlygyarapodás elkerülését a minket körülvevő, ún. toxikus környezetben. Végül (3) az *Érzelmi evés skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy negatív kedélyállapot esetén túleszik-e, pl. amikor magányosnak, kedvetlennek érzi magát vagy szorong.

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

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

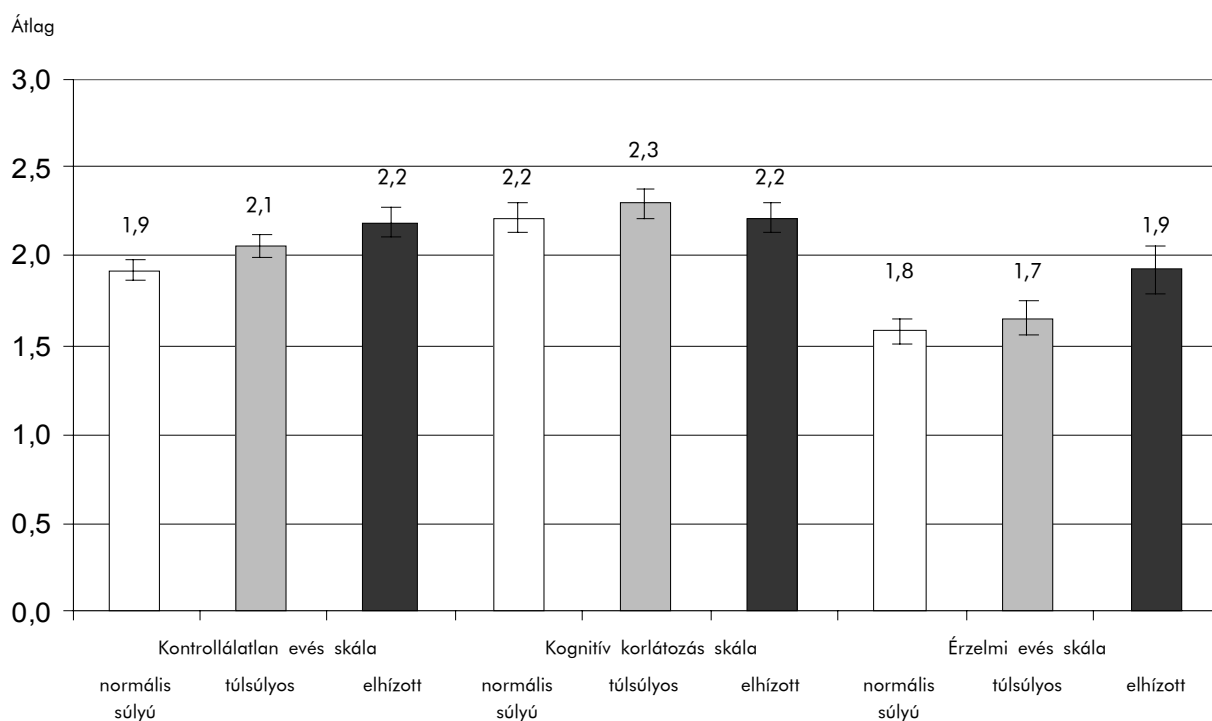
1. ábra

A két nem összehasonlítása az egyes évési magatartások mentén
 (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



2. ábra

A három súlycsoport összehasonlítása az egyes évési magatartások mentén
 (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



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

A vizsgálat során felmértük a válaszadók bulimiára való hajlamát is. Az eredmények szerint egyetlen résztvevő sem haladja meg az *Evési Zavar Kérdőív Bulimia skálájának* (Túry és mtsai., 1997) kritikus pontértékét, azaz a válasz-

adók egyike sem lépi át a kóros ponthatárt, amely indokolná a *bulimia nervosa* feltételezését. Nem bukkantunk továbbá nemi különbségre a bulimiás tendencia tekintetében ($Z=0,306$; $p=0,760$). A bulimiára való hajlam azonban gyenge, pozitív irányú kapcsolatot mutat a testtömeg-indexszel ($r_s=0,257$; $p<0,001$), továbbá mérsékelt erősségű, pozitív irányú kapcsolatot mutat a kontrollálatlan evéssel ($r_s=0,486$; $p<0,001$) és az emocionális evéssel ($r_s=0,496$; $p<0,001$). A maladaptív evési mintázatok együtt járása, valamint a tápláltsági állapottal való pozitív irányú kapcsolatuk rámutat a potenciális intervenciókra az életmódváltó program során.

A szerzők e-mailcíme: czedit@gmail.com, csizmadia.peter@oefi.antsz.hu

HIVATKOZÁSOK

- Czeglédi E. (2008): „A Háromfaktoros Táplálkozási Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21) hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. Előadás a II. Magyar Evészavar Kongresszuson. Budapest, 2008. szeptember 19.” In: *Psychiatria Hungarica*, 23, S10.
- HRQL Group (2002): *Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21 items. Manuscript*. Göteborg University on-Campus Company, Göteborg, Sweden.
- Marcus, B. H.–Selby, V. C., Niaura, R. S.–Rossi, J. S. (1992): „Self-efficacy and the stages of exercise behavior change.” In: *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60–66.

- Prochaska, J. O.–DiClemente, C. C. (1982): „Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.” In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276–288.
- Túry F.–Sáfrán Zs.–Wildmann M.–László Zs. (1997): „Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja.” In: *Szenvedélybetegségek*, 5, 336–342.
- WHO (World Health Organization) (1998): *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO.

JEGYZETEK

1. Alkalmazott mérőeszköz: *Exercise: Stages of Change (Short Form)* (Marcus és mtsai., 1992). Definíció: Rendszeres testedzésnek minősül bármely előre tervezett fizikai tevékenység (pl. ütemes gyaloglás, aerob, 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 nemcsak akkor hatásos, ha fájdalom kíséri, ellenben olyan intenzitású kell legyen, hogy megterhelje a légzést és izzadást idézzen elő.