

A fogyás motivációi súlycsökkentő kezelésben részt vevők körében

Czeglédi Edit dr.

Bevezetés: Az irreális elvárások az elérendő súllyal, illetve a fogyásnak köszönhető előnyökkel kapcsolatban akadályozhatják a hosszú távú sikeres testsúlykontrollt.

Célkitűzés: A fogyással kapcsolatos célok és ezek hátterének feltérképezése túlsúlyos/elhízott páciensek körében.

Módszer: Résztvevők: a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórházának Lipidológiai Profilján zajló intézeti súlycsökkentő kezelés páciensei (n = 339; 19% férfi). Átlagéletkor 50,2 év (SD = 13,47 év). A BMI átlaga 38,6 (SD = 7,58). Mérészközök: önbeszámolóval nyert antropometriai adatok, a kezelt betegségek típusa és száma, Célok és Relatív Testsúlyok Kérdőív, fogyás motivációi skála, Testforma Kérdőív.

Eredmények: A résztvevőket csalódással töltené el a fél év múlva reálisan elérhető 10% körüli súlycsökkenés. Az elfogadhatónak tartott százalékos súlycsökkenés a nőknél, a fiatalabbaknál és a nagyobb súlyfelesleggel bíróknál magasabb. A társas kívánatosság fogyás általi növekedésének motivációja a testi elégedetlenséggel, az egészségi motiváció a kezelt betegségek számával mutat összefüggést.

Következtetések: Eredményeink hozzájárulnak a súlycsökkentési erőfeszítések hátterében álló motivációs tényezők megértéséhez, amelyek figyelembevétele javíthatja a kezelés sikerességét.

Orv Hetil. 2017; 158(49): 1960–1967.

Kulcsszavak: elhízás, testsúlykontroll, súlycél, motiváció

Motivation for weight loss among weight loss treatment participants

Introduction: Unrealistic expectations about weight goal and about weight loss-related benefits can hinder the effort for a successful long-term weight control.

Aim: To explore weight loss-related goals and their background among overweight/obese patients.

Method: Study sample consisted of patients who participated in the inpatient weight loss treatment in the Lipidological Department of Szent Imre Hospital (n = 339, 19% men). Mean age: 50.2 years (SD = 13.47 years), mean BMI: 38.6 (SD = 7.58). Measures: self-reported anthropometric data, type and number of treated illnesses, Goals and Relative Weights Questionnaire, Motivations for Weight Loss Scale, Body Shape Questionnaire.

Results: Participants would feel disappointed with a possible 10% weight loss in a half-year time span. The acceptable weight loss percentage was higher among women, younger participants and among those who had more excess weight. Motivation regarding the increase in social desirability by weight loss is in association with body dissatisfaction, health related motivation is in association with the number of treated illnesses.

Conclusions: Our results are contributing to the understanding of motivational factors behind weight reduction efforts, considering these can improve treatment success rates.

Keywords: obesity, weight control, weight goal, motivation

Czeglédi E. [Motivation for weight loss among weight loss treatment participants]. Orv Hetil. 2017; 158(49): 1960–1967.

(Beérkezett: 2017. július 15.; elfogadva: 2017. augusztus 10.)

Rövidítések

BMI = (body mass index) testtömegindex; BSQ-SF14 = Testforma Kérdőív – 14 tételes rövidített változat; n. a. = nem alkalmazható; R² = (adjusted R²) a valóságos, alapsokaságbeli megmagyarázott hányad torzítatlan becslése, megmagyarázott variancia

Az elhízás Magyarország felnőtt férfi lakosságának 28,2%-át, női lakosságának 31,5%-át érintő [1], a társbetegségei kapcsán az összes szervrendszerre kiható [2–4] állapot, amely kezelés nélkül 5–10 évvel megrövidíti az életet, illetve az egészségben töltött életevek számát [5].

Hazánkban a kísérő betegségek megjelenésére ugyan csak veszélyeztető túlsúly előfordulási gyakorisága is magas (férfiak: 36,6%, nők: 28,5%) [1]. A népszerű, azonban sokszor tudományos alapot nélkülöző diétákon és étrend-kiegészítő termékeken túl Magyarországon a professzionális súlycsökkentő kezelések valamennyi bizonyítékalapú formája elérhető, a különféle diétás és mozgásterápiás programoktól kezdve a korszerű gyógyszeres kezelésen át a műtéti eljárásokig [4]. Örömteli fejlemény, hogy az elhízás és a diabetes kezelésének magatartás-orvoslási megközelítése is a gyakorló szakemberek figyelmének látókörébe került [6, 7]. Mindez lehetőséget biztosít az adott pácienshez optimálisan illeszkedő kezelési eljárás megtalálásához.

Az elhízott személyek rendszerint kétféle céllal fognak bele a súlycsökkentő kezelésbe. Az egyik maga a fogyási cél, azaz a kezelés végére elérni kívánt testsúly. Ez rendszerint önkényesen meghatározott, a realitástól messze elrugaszkodott súlycél [8]. A szakmai konszenzus értelmében a társbetegségek kapcsolódó javulásai alapján a 10%-os fogyás sikeresnek tekinthető, és a bariátriai műtétek kivételével valamennyi professzionális kezelési mód nagyjából ilyen arányú súlycsökkenést eredményez fél év alatt [9]. A legtöbb páciens azonban túlzott elvárásokkal érkezik: 22–34%-os fogyásra számítanak, és a súlycsökkenésre vonatkozó elvárások még akkor is irreálisan magasak maradnak, ha a pácienseket előzetesen tájékoztatják a kezelés során elérhető 5–15%-os fogyási eredményről [10]. A fogyókúraipar azt hirdeti, hogy az általa kínált programok és termékek könnyen, gyorsan, nagymértékű és tartós fogyást eredményeznek [11]. Mindez hozzájárulhat a professzionális súlycsökkentő kezelések irányában támasztott irreális elvárásokhoz. Azonban már *Hilde Bruch* [12] leírta, hogy a fogyásra vonatkozó túlzott elvárások frusztrációt, kétségbeesést és egyéb negatív érzelmi válaszokat eredményeznek. A célállítással kapcsolatos kutatások eredményei szerint pedig, ha az emberek nem érik el a kitűzött céljukat, vagy elégedetlenek az előrehaladásukkal a cél eléréséhez vezető úton, akkor negatív érzelmeket élnek át, romlik a feladatban nyújtott teljesítményük és gyakran fel is adják az elérhetetlennek látszó cél megvalósítására irányuló törekvésüket. Mindezek alapján feltételezhető, hogy a páciensek bátorítása a realisabb súlycél elfogadására javíthatja a súlycsökkentő kezelés pszichológiai kimeneteleit és növelheti a fogyás mértékét [9].

A gyakorlatban a legtöbb páciensnek több, testsúlyra vonatkozó célja is van [13, 14]. Az *ideális testsúly* vagy „álomsúly” az a testtömeg, amit a páciensek nagyon szeretnének elérni, de tisztában vannak azzal, hogy ez a jelen életszakaszukban irreális. Ha nem érnék el ezt a súlyt, nem gondolnák azt, hogy a kezelés nem volt hatékony. A *vágyott testsúly* az a testsúly, amelyről a páciensek azt gondolják, hogy el kellene érniük, és talán el is tudják érni a kezelés során. Ez is lehet irreálisan alacsony, ennek ellenére, ha nem sikerülne elérniük, akkor önmagukat vagy a kezelést hibáztatnák érte. Az *elfogadható testsúly* a

legmagasabb testsúlycél, amit a páciensek még elfogadhatónak gondolnak, bár nem tenné őket különösebben boldoggá. Végül létezik egy olyan súly is, amely bár alacsonyabb a személyek aktuális testtömegénél, elérését nemhogy nem tekintenék sikernek, de még *csalódást is keltene* bennük.

A páciensek által kitűzött súlycéllok valóságtól elrugaszkodott voltát jól illusztrálja az a kutatás, amelyben viselkedésterápiás kezelésben részesülő nők egyike sem érte el az álomsúlyát, 47%-a pedig még az eredetileg elfogadhatatlannak tartott mértékű fogyást sem tudta teljesíteni [13]. A súlycsökkentő kezelés eredményeivel szemben támasztott túlzott elvárások hozzájárulhatnak a kezelés idő előtti abbahagyásához. *Dalle Grave és mtsai* [9] vizsgálatának eredményei szerint a kiinduláskor az egy évvel későbbre vonatkozó fogyási elvárások független kognitív előrejelzői voltak a lemorzsolódásnak a különféle professzionális súlycsökkentő kezelésben részt vevő elhízottak körében. A lemorzsolódás kockázata az elvárt BMI-csökkenés egységnyi növekedésével párhuzamosan nőtt.

A súlycsökkentő kezeléssel kapcsolatos célok második csoportját a személyesen fontos, a kitűzött testsúly elérése révén elérni remélt, úgynevezett *elsődleges célok* (primary goals) képezik [8]. Ezek háttérben szerepet játszhatnak a fogyókúraipar által agresszíven hirdetett nézet, miszerint a súlyfelesleggel bíró emberek boldogtalanok, míg a fogyás boldogabbá teszi őket és növeli a társas elfogadásukat [11]. Az elsődleges célokra példa az önbizalom növelése, a megjelenés, illetve az egészség javítása. *Cooper és mtsai* [14] nőekkel folytatott klinikai gyakorlatában az egészséggel kapcsolatos célok ritkábban fordulnak elő. *Dalle Grave és mtsai* [9] azonban azt találták, hogy amennyiben az egészséggel kapcsolatos aggodalmak és a megjelenéssel kapcsolatos aggodalmak közül kell választani a súlycsökkentő kezelés keresésének elsődleges okaként, akkor a nők 81,9%-a, míg a férfiak 92,6%-a az egészséget jelöli meg fő motiváló tényezőként, ugyanakkor a nők körében jóval gyakoribb, hogy a megjelenéssel kapcsolatos aggodalmaik miatt keresnek kezelést. Érdemes felismernünk, noha e célok némelyike valóban fogyást igényel (például bizonyos egészséggel kapcsolatos célok), mások azonban csak korlátozott mértékben érhetők el a fogyás révén (például az alak megváltoztatása), ráadásul vannak olyan célok is, amelyek nem szükségszerűen igényelnek fogyást (például az interperszonális kapcsolatok javítása). Ennek ellenére a páciensek megvannak győződve arról, hogy kizárólag egy bizonyos mértékű fogyás eredményezheti a vágyott kimenetel(ek)e)t [8]. Olykor akár fontos személyes célok (például munkahelyváltás) megvalósítását is elhalasztják egy konkrét testsúly eléréséig. Mivel azonban ez csak ritkán sikerül, a fontos személyes célok elérésében sem történik előrelépés, ezért benne ragadhatnak megterhelő élethelyzetekben vagy destruktív interperszonális kapcsolatokban, ami stresszforrásként hozzájárulhat az obezogén evési maga-

tartások folytatásához (például emocionális evés), állandósítva vagy tovább növelve a súlyfelesleget.

A jelen vizsgálat célja kórházi súlycsökkentő kezelésben részt vevő páciensek súlycéljainak és a fogyás révén elérni remélt, elsődleges céljainak felmérése, valamint az azok háttérben álló tényezők feltérképezése. Mindez hozzájárulhat a testsúlycsökkentő kezelések optimalizálásához.

Módszer

Résztvevők

Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkban a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórházának Lipidológiai Profilján zajló intézeti súlycsökkentő kezelés páciensei vettek részt (n = 339; 66 férfi és 273 nő). Átlagéletkor 50,2 év (SD = 13,47 év; terjedeleme: 18–85 év). A BMI átlaga 38,6 (SD = 7,58; terjedeleme: 25,1–79,3). A válaszadók 89%-a elhízott (BMI ≥ 30,0). A résztvevők 47%-a Budapesten él, 42%-a felsőfokú iskolai végzettségű, 54%-a házas. A kutatásban való részvétel informált hozzájárulással, önkéntes módon, a név és elérhetőség megadásával történt. A válaszadók nem részesültek anyagi vagy egyéb kompenzációban. A vizsgálatot az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának Kutatás-Értékelési Bizottsága jóváhagyta.

Mérőeszközök

Alapadatok

Rákérdeztünk a válaszadók nemére, életkorára, lakóhelyére, családi állapotára és iskolai végzettségére. A kórházi felvétel során a páciensek testtömege és testmagassága mérésre került, amely adatokat önbeszámoló útján gyűjtöttük.

Egészségi állapot

A szakirodalom alapján [2] felsoroltuk az elhízás 16 potenciális kísérőbetegségét, és eldöntendő kérdésekkel tudakoltuk meg, hogy kezelik-e a válaszadót ezekkel a betegségekkel vagy sem.

Célok és Relatív Testsúlyok Kérdőív (Goals and Relative Weights Questionnaire)

A kérdőív [13, 15] négy tétele arra kérdez rá, hogy kilogrammban kifejezve mit tart a személy átlagos súlyának, öröndetes súlyának, elfogadható súlyának, illetve csalódást keltő súlyának önmaga számára. A súlycél eléréséhez szükséges fogyás százalékos aránya a következő képlettel számítható ki:

$$\left(\frac{\text{aktuális testtömeg} - \text{súlycél}}{\text{aktuális testtömeg}} \right) \times 100.$$

A fogyás motivációi skála

A fogyás háttérben álló motivációkra egy nyolctételes kérdéssort állítottunk össze (Függelék), amelyben négyfokozatú, Likert-típusú skálán a „teljes mértékben egyetértek” (1) és az „egyáltalán nem értek egyet” (4) végpontok között nyílt lehetőség az egyetértés mértékének kifejezésére azon állítással kapcsolatban, amely a fogyás okára vonatkozott. A tételek között a *Cooper és mtsai* [8, 14] által a fogyás elsődleges céljai között említett célok szerepelnek, például a megjelenés javítása, az önbizalom növelése. A jobb értelmezhetőség érdekében a tételeket megfordítottuk, így a magasabb pontszám az állítással való egyetértés nagyobb mértékét tükrözi.

Testforma Kérdőív – 14 tételű rövidített változat (Body Shape Questionnaire – Short Form 14; BSQ-SF14)

Az elhízottság érzése által keltett testtel való elégedetlenséget felmérő, egydimenziós mérőeszköz tételjei az elmúlt két hét időkeretében kérdeznék rá a megjelenéssel kapcsolatos érzésekre [16, 17]. A kérdésekre hatfokozatú, Likert-típusú skálán kell válaszolni, a „soha” (1) és a „mindig” (6) végpontok között. A magasabb pontszám nagyobb mértékű testtel való elégedetlenséget jelez. A kérdőív magyar változata jó pszichometriai mutatókkal bír [17] és a jelen kutatásban is megfelelő a belső megbízhatósága (Cronbach- α : 0,89).

Statisztikai elemzések

A fogyás motivációit felmérő skálán feltáró faktoranalízist – főfaktorelemzést – alkalmaztunk, Varimax forgatással. A kérdőívek belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α -mutatót számítottunk. A két nem összehasonlítása a folytonos változók mentén kétmintás t-próbával, a kategoriális változók mentén pedig χ^2 -próbával történt. A lineáris kapcsolatokat korrelációs elemzéssel vizsgáltuk meg. A fogyásra vonatkozó célok magyarázó változóit többszörös lineáris regresszió-elemzéssel teszteltük. Az elemzéseket az SPSS 24.0 statisztikai programcsomaggal folytattuk le.

Eredmények

Leíró adatok

Eredményeink szerint a nők BMI-je szignifikánsan alacsonyabb, testtel való elégedetlensége pedig nagymértékben magasabb, mint a férfiaké. A kezelt betegségek átlaga 2,7 (SD = 2,16; terjedeleme: 0–10). Az életkorhoz és az iskolai végzettséghez hasonlóan a kezelt betegségek tekintetében sem találtunk lényegi nemi különbséget (1. táblázat). Összességében a minta 12,8%-át nem kezelik semmilyen társbetegséggel, 44,9%-a pedig legalább három komorbid állapot miatt áll kezelés alatt.

1. táblázat | A két nem összehasonlítása az alapadatok mentén

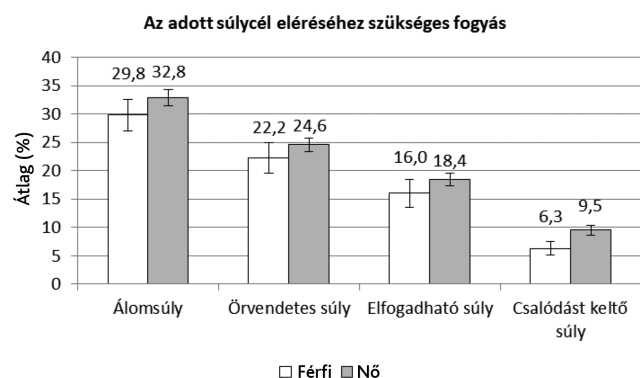
Változó	Férfi (n = 66)	Nő (n = 263–273)	A csoportok összehasonlítása
Életkor (év), átlag (SD)	48,8 (13,45)	50,6 (13,48)	t(336) = -0,976
BMI-átlag (SD)	41,0 (9,72)	38,0 (6,86)	t(81) = 2,348*
Testtel kapcsolatos elégedetlenség (BSQ-SF14), átlag (SD)	48,8 (12,94)	60,4 (11,77)	t(327) = -7,036***
Kezelt betegségek száma, átlag (SD)	2,4 (1,72)	2,8 (2,45)	t(122) = -1,468
Iskolai végzettség, n (%)	Legfeljebb középfokú (50,0)	162 (59,3)	$\chi^2(1) = 1,898$
	Felsőfokú (50,0)	111 (40,7)	

Megjegyzés: *p<0,05; ***p<0,001. BMI = (body mass index) testtömegindex; BSQ-SF14 = Testforma Kérdőív – 14 tételes rövidített változat.

Súlycélok

Az átlomsúly elérése a kiindulási testtömegátlag 32,2%-os (SD = 11,76%) leadását igényli. Az ennél kevésbé ideális, mindazonáltal a személyt boldoggá tevő, úgynevezett örvendetes testsúly elérése 24,1%-os (SD = 10,11%) fogyást igényel. A résztvevők által még elfogadhatónak tartott testsúly eléréséhez szükséges fogyás átlaga 18,0% (SD = 9,50%). A kiindulási testtömeg-átlag 8,9%-ának (SD = 6,37%) elvesztése pedig csalódással töltené el a válaszadókat, és nem tartanák sikeresnek a kórházi súlycsökkentő programot követő fél évvel. A két nem súlycéljainak elérése hasonló mértékű fogyást igényel, bár érzékelhető, hogy a nők elvárásai a férfiakéhoz képest némileg magasabbak (1. ábra).

Megvizsgáltuk a páciensek által *elfogadhatónak* tartott súlycsökkenés magyarázó változóit. A többszörös lineárisregresszió-elemzés eredményei szerint minél több



1. ábra | A súlycélok alakulása a mintában nemek szerinti bontásban

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

2. táblázat | Az elfogadhatónak tartott súlycsökkenés előrejelzői

Változók	β	t	p
Nem	0,19	4,126	<0,001
BMI	0,60	13,794	<0,001
Testtel kapcsolatos elégedetlenség (BSQ-SF14)	0,08	1,722	0,086
Életkor	-0,22	-5,341	<0,001
Iskolai végzettség	0,03	0,714	0,476
R ²	48,0%		

Megjegyzés: n = 320. A nem kódolása a következő: 1: férfi, 2: nő. Az iskolai végzettség dichotóm változóként került a modellbe (0: legfeljebb középfokú, 1: felsőfokú).

BMI = (body mass index) testtömegindex; BSQ-SF14 = Testforma Kérdőív – 14 tételes rövidített változat; R² = (adjusted R²) a valóságos, alapsokaságbeli megmagyarázott hányad torzítatlan becslése.

súlyfelesleggel bírtak a válaszadók, annál nagyobb mértékű fogyást tekintettek elfogadhatónak a kiindulási testtömegükhöz képest. Az életkor előrehaladtával azonban mérséklődött ez a súlycél. A nőknél szignifikánsan magasabb volt az elfogadható súlycsökkenésre vonatkozó elvárás, mint a férfiaknál. A modell által megmagyarázott variancia 48,0% (2. táblázat).

A súlycsökkenés motivációi

A súlycsökkenés motivációit firtató kérdésekre adott válaszlehetőségeket dichotomizáltuk, létrehozva az adott cél elérésének szándékával egyetértők és egyet nem értők csoportját (3. táblázat). Az egészség javításának, illetve a betegségek elkerülésének célja szinte mindenkinél megjelent. A fogyástól várt többi elsődleges cél közül a leggyakoribb a megjelenés javítása volt. A nők körében szignifikánsan gyakrabban fordult elő a megjelenés, a vonzóság és az önbizalom javításának, illetve növelésének, valamint a bátrabb társasági részvételnek a célja, mint a férfiaknál.

A fogyás motivációs skála tételén főfaktorelemzést is végeztünk, amelynek eredményeképpen két faktor emelkedett ki, összességében a variancia 59,2%-át magyarázva. Az első faktoron a megjelenéssel, önértékeléssel, társas kapcsolatokkal összefüggő tételek töltődtek, míg a második faktor a két, egészséggel kapcsolatos itemet tartalmazta. Tartalma alapján az első faktor a társas kíváncsiság motivációja, a második faktor pedig az egészség motivációja elnevezést kapta (4. táblázat).

A súlycsökkenés motivációinak előrejelzői

A faktorelemzés eredménye alapján a tételek összedásával kialakítottunk két skálát, amelyek szignifikáns, gyenge, pozitív irányú együttjárást mutattak (r = 0,23; p<0,001). A társas kíváncsiság, illetve az egészség motivációinak potenciális magyarázó változóit többszörös lineárisregresszió-elemzéssel vizsgáltuk meg. Eredmé-

3. táblázat | A fogyás által elérni kívánt célokkal való egyetértés előfordulási gyakorisága

Azért szeretnék fogyni, hogy	Teljes minta (n = 316–330)	Férfiak (n = 64–65)	Nők (n = 252–265)	$\chi^2(1)$
egészségesebb legyek	99,4%	100%	99,2%	n. a.
csökkentsem a túlsúllyal kapcsolatos betegségek kockázatát	98,2%	98,5%	98,1%	n. a.
javítsak a megjelenésemen	95,0%	87,5%	96,9%	9,594**
vonzóbb legyek	88,6%	79,7%	90,8%	6,235*
növeljem az önbizalmamat	87,0%	72,3%	90,7%	15,522***
növeljem az önbecsülésemet	79,4%	73,4%	81,0%	1,764
javítsam a társas kapcsolataimat	68,0%	62,5%	69,4%	1,124
bátran mehessenek társaságba	62,5%	49,2%	65,9%	6,152*

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. n. a. = nem alkalmazható.

nyeink szerint a testtel való fokozott elégedetlenség szignifikánsan előre jelezte a fogyás motivációjának társas kívánatosági aspektusát, ugyanakkor a súlyfelesleg mértékével ez a motiváció szignifikáns, fordított irányú kapcsolatot mutatott. A modell által megmagyarázott variancia 20,4%. Az egészség motivációjának vizsgált prediktorai közül a kezelt betegségek nagyobb száma és a magasabb iskolai végzettség e motiváció fokozottabb voltát jelezte előre. A modell által megmagyarázott variancia azonban igen alacsony, mindössze 5,5% (5. táblázat).

Megbeszélés

Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunk célja a fogyással kapcsolatos célok és háttér tényezőinek felmérése volt kórházi súlycsökkentő kezelésben részt vevő páciensek körében.

Feltételeztük, hogy a páciensek túlzott elvárásokkal érkezik a kezelésbe a súlycsökkenés tekintetében. Eredményeink egybecsengenek a korábbi kutatásokban ta-

4. táblázat | A fogyás motivációi skála feltáró faktoranalízisének eredménye

Tétel	Faktor	
	1. Társas kívánatoság	2. Egészség
Társas kapcsolatok javítása	0,83	0,11
Önbecsülés növelése	0,79	0,15
Bátran mehessen társaságba	0,78	-0,02
Önbizalom növelése	0,78	0,10
Vonzóság növelése	0,60	0,12
Megjelenés javítása	0,48	0,24
Egészség javítása	0,10	0,98
Betegségkockázat csökkentése	0,12	0,70
Megmagyarázott variancia	39,6%	19,6%
Cronbach- α	0,87	0,83

Megjegyzés: Főfaktoranalízis, Varimax rotáció.

pasztaltakkal [10, 13, 18]. Vizsgálatunk résztvevői ugyanis átlagosan a kezdeti testtömegük 24%-ának elvesztését remélik (örvendetes súly) és mindössze elfogadhatónak tartják az átlag 18%-os fogyást. A fél év távlatában ténylegesen várható 10%-os eredményhez hasonló arányú súlycsökkenést (9%) pedig kifejezetten csalódást keltőnek tartják. Noha a túlzott elvárások és a tényleges fogyás mértéke közötti kapcsolat feltárására irányuló kutatások vegyes eredményeket hoztak [18], többen szorgalmazzák a személyek által kitűzött súlycélok mérséklését [9, 14, 19]. Ha ugyanis a páciens adhérens, akkor a napi 500–800 kcal energiadeficitet jelentő kalóriamegszorítás heti 0,45–0,90 kg fogyást eredményez [20]. Ez jó ideig szárnyakat adhat és a kezelési együttműködés továbbfolytatására ösztönözheti a beteget. A diétázás megkezdését követően fél évvel azonban a testtömeg csökkenésének üteme rendszerint lelassul, esetleg meg is áll, amely jelenség a fiziológiai, a környezeti és a pszichológiai tényezők komplex interakciójából ered [21], és többnyire elkerülhetetlen. Ekkor azonban a páciensek rendszerint még igen távol vannak a kitűzött súlycéljaiktól, akár még a legkisebb mértékű fogyást igénylő és a személy számára valójában csalódást okozó súlycéljától is [13]. Éppen ezért az irreálisan magas fogyásra vonatkozó elvárások lényegi akadályát képezhetik a kezelés során elérhető fogyás elfogadásának és ezáltal hozzájárulhatnak a testsúlykontroll feladásához, ami az elért eredmény elvesztéséhez és visszahúzáshoz vezet [14]. Eredményeink szerint a nők, a nagyobb súlyfelesleggel bírók és a fiatalabbak hajlamosabbak a realitástól elrugaskodottabb súlycélok kitűzésére az elfogadhatónak tartott súly tekintetében, ezért a kezelés során érdemes rájuk külön figyelmet fordítani, mert az elért eredménnyel való elégedetlenség meggátolhatja annak sikeres megtartását.

A fogyás által elérni remélt, úgynevezett elsődleges célok mérésére a jelen kutatás keretében a korábbi gyakorlati tapasztalatok alapján [8, 14] összeállítottunk egy kérdéssort. Eredményeink szerint az egészség javításának érdekében történő fogyási szándék szinte mindenkinél megjelenik, ami azért különösen fontos, mert a minta

5. táblázat | A fogyás motivációinak előrejelzői

Változók	Társas kívánatosság motivációja (n = 300)			Egészség motivációja (n = 315)		
	β	t	p	β	t	p
Testtel kapcsolatos elégedetlenség (BSQ-SF14)	0,42	7,268	<0,001	0,05	0,851	0,396
Kezelt betegségek száma	0,04	0,674	0,501	0,15	2,471	0,014
Nem	0,08	1,436	0,152	0,00	0,082	0,935
BMI	-0,13	-2,272	0,024	-0,06	-1,077	0,282
Életkor	-0,06	-1,083	0,280	0,03	0,455	0,650
Iskolai végzettség	-0,08	-1,469	0,143	0,20	3,458	0,001
R ²	20,4%			5,5%		

Megjegyzés: A nem kódolása a következő: 1: férfi, 2: nő. Az iskolai végzettség dichotóm változóként került a modellbe (0: legfeljebb középfokú, 1: felsőfokú).

BMI = (body mass index) testtömegindex; BSQ-SF14 = Testforma Kérdőív – 14 tételes rövidített változat; R² (adjusted R²) = a valóságos, alapkötésbeli megmagyarázott hányad torzítatlan becslése.

közel fele az elhízás potenciális társbetegségei közül legalább hárommal aktuálisan kezelés alatt áll. Tisztán megmutatkoznak azonban az egyéb előnyökre vonatkozó elvárások is. A társas élet javítása volt a legkevésbé elvárt cél, mégis a válaszadók kétharmadánál megjelent. Szembetűnő, hogy a korábbi kutatásokkal [9] összhangban a külső megjelenés javítása, a vonzóság, illetve az önértékelés növelése a nők esetében gyakoribb motivációja volt a súlycsökkentésnek, mint a férfiaknál. Ennek hátterében az állhat, hogy a vizsgálatban részt vevő nők a korábbi eredményekkel összhangban [22] jóval elégedetlenebbek voltak a testükkel, mint a férfiak; illetve összecseng azzal, hogy a nyugati kultúrában a nőkre fokozottabb társas nyomás nehezedik, hogy vékonyak legyenek, és a súlyfelesleggel bíró nők nagyobb mértékű negatív diszkriminációban részesülnek, mint a férfiak [23], valamint a nők önértékelésének központibb eleme a testsúlyukkal, illetve az alakjukkal való elégedetlenség és aggodalmaskodás, mint a férfiaknak [24].

A fogyás vizsgált motivációi a feltáró faktorelemzés eredményeképpen két, egymással csak gyengén együtt járó faktorba rendeződtek. A társas kívánatosság motivációját a többváltozós modellben a testi elégedetlenség és a BMI jelezte előre. Az utóbbi negatív irányú kapcsolatban állt e motivációval, amely eredmény hátterében vélhetően az áll, hogy a nők BMI-átlaga mintegy három egységgel alacsonyabb, mint a férfiaké, mintaelemszáma viszont a négyszerese. A testi elégedetlenség és a társas kívánatosság növelése vágyának kapcsolata jól értelmezhető, ha figyelembe vesszük az elhízásnak a nyugati társadalom számos színterén (még az egészségügyi ellátórendszerben is) megjelenő stigmatizációját és negatív diszkriminációját [23, 25], valamint az elhízott emberek – vélhetően személyes tapasztalatokon (is) alapuló – hiedelmeit az elhízás kedvezőtlen társas és esztétikai következményeivel kapcsolatban [26]. Ugyanakkor vannak adatok arra nézve, hogy a megjelenéssel kapcsolatos aggodalmak miatt történő részvétel a súlycsökkentő kezelésben az egészséggel kapcsolatos aggodalmak miatti részvétellel összehasonlítva jelentősen megnöveli a le-

morzsolódás kockázatát [9]. Egy másik kutatás eredményei szerint pedig azok a nők, akiket a megjelenésük javítása vagy a testi elégedetlenség motivál diétázásra, hajlamosabbak az egészségtelen diétázási módok (például éhezés, teljes ételcsoportok kizárása) alkalmazására és a táplálékbevitelük korlátozásában mutatkozó megbotlásokra. Ezzel szemben azok a nők, akik az egészségük érdekében diétáznak, kevésbé használnak drasztikus diétázási módokat, és kevésbé hajlamosak a kontrollálatlan evésre [27]. Noha *Ames és mtsai* [10] vizsgálatában a fogyás által elérni remélt célok mérséklése nem hozott sem nagyobb mértékű súlycsökkenést a kezelés során, sem pedig kisebb mértékű visszahízást a fél éves utánkövetésnél, hangsúlyozandó, hogy elhízottak esetében a testsúlymenedzselés gyakorlatilag élethosszig tartó feladat, és tudomásunk szerint egyelőre nem állnak rendelkezésre longitudinális, legalább 5–10 évet felölelő kutatási eredmények a motivációk reális volta elősegítésének a hosszú távú testsúlykontrollra gyakorolt hatásairól. Éppen ezért úgy véljük, hogy a fenti eredmények alátámasztják azon érvelés indokoltságát, miszerint érdemes a súlycsökkentő kezelés részévé tenni az elsődleges célok explicit meghatározását, elérésük bátorítását és terápiás eszközök alkalmazásával történő elősegítését [14]. Ennek megvalósításában jó szolgálatot tehet a pszichológusok bevonása a munkába.

A fogyási szándék mögött álló egészségi motivációt a kezelt betegségek száma és a magasabb iskolai végzettség jelezte előre. Ez utóbbi jól értelmezhető azon megfigyelések fényében, hogy a magasabb iskolázottsági szint nagyobb mértékű egészségtudatossággal jár együtt [28]. Hozzá kell tennünk azonban, hogy a kezelt betegségek száma bár szignifikáns, azonban csak gyenge kapcsolatot mutatott az egészségi motivációval. Talán ebben az játszhat szerepet, hogy egyes betegségek esetében a páciensek kevésbé vannak tudatában az elhízás kóroki szerepének. Mindez rámutat az egészségismeret (health literacy) fejlesztésének fontosságára az elhízás problémaköre kapcsán is.

Vizsgálatunk érdeme a jól definiált klinikai minta. A vizsgálatban való részvételt visszautasítókra nézve azonban semmilyen adatunk nincs, így nincsenek ismereteink a potenciális szelekciós torzítások természetében. Az antropometriai adatokat önbeszámoló útján nyertük, feltételezve, hogy a páciensek pontosan idézik fel a kórházban zajlott aznapi vagy előző napi mérlegelésük eredményét. A komorbid állapotok kapcsán konkrétan arra kérdeztünk rá, hogy kezelik-e a személyeket az adott betegségekkel vagy sem, ezért elképzelhető, hogy annak ellenére, hogy diagnosztizálták náluk az elhízás egyes kísérőbetegségeit, nem kezelik magukat. Ugyanakkor a kísérőbetegségek egy része (például 2-es típusú diabetes, hypertonia) a korai stádiumában tünetmentes, így az is lehetséges, hogy a válaszadók valójában érintettek az adott betegségben, noha nincs róla tudomásuk. Az elsődleges célok mérésére a kutatás keretében állítottunk össze egy kérdéssort, amely így elsőként került alkalmazásra, ezért validálásra szorul. Végül a keresztmetszeti kutatási elrendezés ok-okozati következtetések levonására nem, csak együttjárások megállapítására nyújt lehetőséget, emellett az eredmények általánosíthatósága is korlátozott.

Következtetések

Korlátai ellenére a jelen kutatás hozzájárult az intézeti súlycsökkentő kezelésben részt vevők fogyási céljainak jobb megismeréséhez. Mindez gyakorlati támpontokat nyújt nemcsak a kórházi, hanem a többi professzionális súlycsökkentő programban részt vevő páciensek kezeléséhez is. Érdemes lenne a későbbiek során magyar nyelvre adaptálni a Motivations for Weight Loss Questionnaire-t [10], amely öt skálát tartalmaz (megjelenés, vonzóság, önbizalom, társas szorongás és egészség). Alkalmazása szofisztikáltabb képet nyújthatna a fogyás révén elérni remélt célokról, valamint longitudinális kutatási elrendezésben e célok beteljesülésének, illetve be nem teljesülésének a testsúlykontroll hosszútávú sikerességére gyakorolt hatásairól, ezáltal elősegíthetné a testsúlycsökkentő kezelések hatékonyságának növelését szolgáló stratégiák kidolgozását. Mindez azért bír különös jelentőséggel, mert hazánkban az elmúlt évtizedekben minden életkori kategóriában megemelkedett a BMI átlagértéke, amely a túlsúly és főként az elhízás arányának számottevő megnövekedését eredményezte, különösen a (fiatalabb) férfiak körében [29]. A túlsúly és elhízás viszont fokozott kockázatot jelent a különféle megbetegedések kialakulására [1–4, 29], és az ezzel kapcsolatos egészségügyi közkiadás és egyéni hozzájárulás jelentős gazdasági terheket jelent [30].

Anyagi támogatás: A kutatás anyagi hátterét az ELTE PK 2008 stratégiai forrás pályázat biztosította. A közlemény megírása nem részesült anyagi támogatásban.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Köszönetnyilvánítás

A szerző köszönetét fejezi ki a vizsgálat résztvevőinek, és a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórházának Lipidológiai Profilján dolgozó nővéreknek az adatgyűjtésben nyújtott segítségéért.

Függelék | A fogyás motivációi skála

Instrukció: Kérjük, karikázza be azt a számot, amely a legjobban kifejezi az alábbi állításokkal kapcsolatos egyetértésének mértékét!

<i>Azért szeretnék fogyni, hogy</i>	Teljes mértékben egyetértek	Inkább egyetértek	Inkább nem értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
1. javítsak a megjelenésemen	1	2	3	4
2. egészségesebb legyek	1	2	3	4
3. növeljem az önbizalmamat	1	2	3	4
4. javítsam a társas kapcsolataimat	1	2	3	4
5. növeljem az önbecsülesemet	1	2	3	4
6. csökkentsem a túlsúllyal kapcsolatos betegségek kockázatát	1	2	3	4
7. vonzóbb legyek	1	2	3	4
8. bátran mehessek társaságba	1	2	3	4

Valamennyi tétel fordított. A tételek megfordítása a következő módon történik: 1 = 4 pont, 2 = 3 pont, 3 = 2 pont, 4 = 1 pont.

A kérdések önállóan és skálákba rendezve is használhatók. A skáláképezés a tételek összeadásával történik.

Skálák:

Társas kívánatosság motivációja skála: 1., 3., 4., 5., 7. és 8. tétel.

Egészségi motiváció skála: 2. és 6. tétel.

Fogyás motivációi skála

Irodalom

- [1] Erdei G, Kovács VA, Bakacs M, et al. Hungarian Diet and Nutritional Status Survey 2014. I. Nutritional status of the Hungarian adult population. [Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota.] Orv Hetil. 2017; 158: 533–540. [Hungarian]
- [2] Hu FB. Obesity epidemiology. Oxford University Press, New York, 2008.
- [3] Császár A. (ed.) Obesity. Theory and clinic. [Obезitás. Elmélet és klinikum.] Teva Magyarország Zrt., Debrecen, 2010. [Hungarian]
- [4] Bedros JR. (ed.) Clinical obesityology. [Klinikai obezitológia.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2017. [Hungarian]

- [5] Pados Gy, Audikovszky M, Simonyi G, et al. Dietary approaches to the treatment of obesity. In: Bedros JR. (ed.) Clinical obesitology. [Az obesitas diétás kezelése. In: Bedros JR. (szerk.) Klinikai obezitológia.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2017; pp. 117–137. [Hungarian]
- [6] Sal I, Papp I, Perczel Forintos D. Possibilities of behavioral therapy in diabetes mellitus and obesity. [Magatartás-orvoslási lehetőségek a cukorbetegség és az elhízás kezelésében.] Orv Hetil. 2012; 153: 410–417. [Hungarian]
- [7] Sal I, Kohné Papp I. Behavioral therapy of diabetes mellitus. [A cukorbetegség magatartás-orvoslási megközelítése.] Lege Artis Med. 2017; 27: 6–16. [Hungarian]
- [8] Cooper Z, Fairburn, CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behav Res Ther. 2001; 39: 499–511.
- [9] Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: An observational multicenter study. Obes Res. 2005; 13: 1961–1969.
- [10] Ames GE, Perri MG, Fox LD, et al. Changing weight-loss expectations: A randomized pilot study. Eat Behav. 2005; 6: 259–269.
- [11] Blaine BE, Rodman J, Newman JM. Weight loss treatment and psychological well-being: A review and meta-analysis. J Health Psychol. 2007; 12: 66–82.
- [12] Bruch H. Psychological aspects of reducing. Psychosom Med. 1952; 14: 337–346.
- [13] Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, et al. What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. J Consult Clin Psychol. 1997; 65: 79–85.
- [14] Cooper Z, Fairburn, CG, Hawker DM. Cognitive-behavioral treatment of obesity. A clinician's guide. Guilford Press, New York, London, 2003.
- [15] Túry F, Czeglédi E. Psychosomatics and psychotherapy of obesity. In: Bedros, JR. (ed.) Clinical obesitology. [Az elhízás pszichoszomatikája és pszichoterápiás lehetőségei. In: Bedros JR. (szerk.) Klinikai obezitológia.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2017; pp. 147–166. [Hungarian]
- [16] Dowson J, Henderson L. The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. Psychiatry Res. 2001; 102: 263–271.
- [17] Czeglédi E, Csizmadia P, Urbán R. Body dissatisfaction and its risk factors: Hungarian adaptation of Body Shape Questionnaire Short Form 14. [A testtel való elégedetlenség mérése és rizikótényezői: A Testforma Kérdőív rövidített formájának (Body Shape Questionnaire Short Form 14) hazai adaptációja.] Psychiatr Hung. 2011; 26: 241–249. [Hungarian]
- [18] Calugi S, Marchesini G, El Ghoch M, et al. The influence of weight-loss expectations on weight loss and of weight-loss satisfaction on weight maintenance in severe obesity. J Acad Nutr Diet. 2017; 117: 32–38.
- [19] Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. Am J Clin Nutr. 2005; 82(S1): 230–235.
- [20] Orzano AJ, Scott JG. Diagnosis and treatment of obesity in adults: An applied evidence-based review. J Am Board Fam Pract. 2004; 17: 359–369.
- [21] Perri MG, Corsica JA. Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In: Wadden TA, Stunkard AJ. (eds.) Handbook of obesity treatment. Guilford Press, New York, 2004; pp. 357–379.
- [22] Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. Body Image 2004; 1: 43–56.
- [23] Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. Obesity 2009; 17: 941–964.
- [24] Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. Psychol Bull. 1995; 117: 3–20.
- [25] Randall JG, Zimmer CU, Ridgway O'Brien K, et al. Weight discrimination in helping behavior. Eur Rev Appl Psychol. 2017; 67: 125–137.
- [26] Swift JA, Glazebrook C, Novak N, et al. Beliefs regarding the consequences of obesity and ideal weight: An instrument development study. Patient Educ Couns. 2007; 68: 200–207.
- [27] Putterman E, Linden W. Appearance versus health: does the reason for dieting affect dieting behavior? J Behav Med. 2004; 27: 185–204.
- [28] Beier ME, Ackerman PL. Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. J Pers Soc Psychol. 2003; 84: 439–448.
- [29] Rurik I, Ungvári T, Szidor J, et al. Obese Hungary. Trend and prevalence of overweight and obesity in Hungary, 2015. [Elhízó Magyarország. A túlsúly és az elhízás trendje és prevalenciája Magyarországon, 2015.] Orv Hetil. 2016; 157: 1248–1255. [Hungarian]
- [30] Iski G, Rurik I. The estimated economic burden of overweight and obesity in Hungary. [Beclések a túlsúly és az elhízás hazai gazdasági terheiről.] Orv Hetil. 2014; 155: 1406–1412. [Hungarian]

(Czeglédi Edit dr.,
Budapest, Üllői út 26., 1085
e-mail: czedit@gmail.com)

Az Orvosi Hetilap 2017, 158, 1768. oldalán (44. szám) megjelent OH-Kvízre
három helyes megfejtés érkezett.

A beküldők: Dr. Bíró László (Budapest), Dr. Janik Leonárd (Budapest)
és Dr. Somogyi Erzsébet (Miskolc).

A nyerteseknek szívből gratulálunk.

Nyereményüket – egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában
kedvezményes vásárlásra jogosító kupont – e-mailen küldjük el.