

Egészséges és problémás orthorexia: az ételválasztási preferenciák, az egészséggel és a testtel kapcsolatos attitűdök szerepe

Pikó Bettina dr. 

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

Bevezetés: Az orthorexia nervosa viszonylag új kórkép, megítélése pedig máig viták keresztjében áll. Újabban a kutatók ezért megkülönböztetik az egészséges és a problémás orthorexiát, hiszen a tünetek mellett a hajlamosító tényezők is eltérnek.

Célkitűzés: Kutatásunk célja, hogy hozzájáruljon a problémás és az egészséges orthorexia elkülönítéséhez, ezért azt vizsgáltuk, hogy milyen összefüggések igazolhatók az orthorexia alskálái (kognitív, érzelmi, problémás), valamint a vizsgált egyéb változók, így az egészséggel kapcsolatos információkeresés (internetes egészségműveltség, étrendi információ túlterhelés), a testhez való viszonyulás (testbecsülés), az ételválasztási preferenciák és az egészségszorongás között.

Módszer: Az adatgyűjtés olyan online közösségimédia-felületeken történt, amelyek az egészséges életmóddal kapcsolatosak. A női minta 472 főből állt (18–75 évesek, átlag = 39,39 év, szórás = 11,95 év). Az Étkezési szokások kérdőív mellett a következő skálákat alkalmaztuk: Rövid Egészségssorongás Kérdőív, Testbecsülés Skála, Internetes Egészségműveltség Skála, Étrendi Információs Túlterhelés Skála, Ételválasztás Kérdőív.

Eredmények: Korrelációs és többváltozós regresszióelemzés alapján jelentős különbségek mutatkoztak a prediktorstruktúrában az orthorexia három fajtája között. A kognitív orthorexia esetében amellet, hogy megjelenik az ételválasztási preferenciák közül az egészség és a természetesség, kiemelt szerepet kapnak az információs változók, azaz az egészségről szóló tudás megszerzése. Az érzelmi orthorexia esetében az egészségtudatos táplálkozás a testi és lelki jóllét céljaként szolgál, a testbecsülés pozitív előjelű, és az egészség mellett a súlykontroll is hangsúlyos. A problémás orthorexia esetében viszont az egészség mint ételválasztási preferencia mellett az egészségssorongás és a súlykontroll kap domináns szerepet.

Következtetés: A jelen tanulmány felhívja a figyelmet a problémás, azaz kényszeres orthorexiára, amelynek táptalaja gyakran az egészségssorongás, a testsúllyal és a testképpel való (nem mindig reális) elégedetlenség. A prevenció programokban az étrendi tájékoztatás mellett érdemes kitérni az orthorexia veszélyeire is.
Orv Hetil. 2025; 166(39): 1549–1557.

Kulcsszavak: orthorexia, ételválasztás, egészségssorongás, egészségműveltség, testkép

Healthy and problematic orthorexia: the role of food choice preferences and attitudes related to health and body

Introduction: Orthorexia nervosa is a relatively new disorder which has been at the heart of discussions on its evaluation thus far. Therefore, recently, researchers make a distinction between healthy and problematic orthorexia as these may differ in both symptoms and their contributors.

Objective: The aim of our study is to contribute to the distinction between healthy and problematic orthorexia; thus we investigate which associations may be justified between subscales of orthorexia (cognitive, affective, problematic) and other variables under study, such as health related information seeking (eHealth literacy, diet information overload), attitudes toward one's body (body appreciation), food choice preferences, and health anxiety.

Method: Data collection was going on at online sites of social media dealing with healthy lifestyle. The sample consisted of 472 female participants (aged between 18–75 years, mean age = 39.39 years, SD = 11.95 years). Besides the Eating Habits Questionnaire, the following measurements were applied: Short Health Anxiety Inventory, Body Appreciation Scale-2, eHealth Literacy Scale, Diet Information Overload Scale, Food Choice Questionnaire-Modified.

Results: Based on correlation and multiple regression analyses, significant distinctions were displayed between the three forms of orthorexia's predictor structure. In the case of cognitive orthorexia, besides health and natural content

of food choice preferences, informational variables receive highlights, that is, obtaining knowledge of health. In the case of affective orthorexia, the health conscious nutrition serves as a purpose for somatic and psychological well-being; body appreciation has a positive direction and besides health, weight control is also emphatic. Finally, in the case of problematic orthorexia, besides health as a food choice preference, health anxiety and weight control receive prominent roles.

Conclusion: This study draws the attention to the problematic, *i.e.*, obsessive orthorexia, where health anxiety, and (not always realistic) dissatisfaction with one's weight and body may be the substrate. In prevention programs, besides providing information on dietary habits, the risks of orthorexia are also worth mentioning.

Keywords: orthorexia, food choice, health anxiety, health literacy, body image

Pikó B. [Healthy and problematic orthorexia: the role of food choice preferences and attitudes related to health and body]. *Orv Hetil.* 2025; 166(39): 1549–1557.

(Beérkezett: 2025. július 15.; elfogadva: 2025. augusztus 1.)

Rövidítések

ARFID = (avoidant restrictive food intake disorder) elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar; DSM-5 = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás

Az egészségi állapotot meghatározó tényezők listáján az első helyen az életmód áll, és azon belül is előkelő szerepet tölt be a táplálkozási magatartás [1, 2]. Manapság az étkezés egészségre gyakorolt hatását érintő kutatások igen szerteágazóak, közöttük is prioritást élvez az étkezést befolyásoló magatartási döntések feltárása, hiszen csak ennek ismeretében tudunk hatékonyan működtetni népegészségügyi, prevenciós programokat [3]. Az étkezési és evészavarok mellett, mint például az anorexia vagy a bulimia nervosa, viszonylag új kórkép az ún. egészségesétel-függőség, amely alapvetően pozitív magatartási döntés talaján kifejlődő kóros jelenség [4]. Az orthorexia nervosa kifejezés *Bratman* és *Knight* nevéhez fűződik, amely a görög „orthos” (helyes) szóból származik, és a helyes, azaz egészséges étkezéshez való kényszeres ragaszkodást jelenti [5]. Elsősorban olyan korlátozásokat foglal magában, mint az adalékanyagoktól mentes, „tisztá” ételek fogyasztása, tartózkodás a túlfinomított ételektől, illetve fokozott figyelem az ételek tápanyagtartalmára (például szénhidrátok, állati eredetű zsírok) vonatkozóan [6, 7]. Fontos kiemelni, hogy bár a szakirodalomban már viszonylag gyakran találkozunk ezzel a kifejezéssel, formálisan nem elismert pszichiátriai kórképről van szó, hiszen nem szerepel önállóan a DSM-5 szerinti diagnosztikai klasszifikációs rendszerben, azonban az ún. elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (avoidant restrictive food intake disorder – ARFID) részjelenségeként azonosítható [8]. Súlyos esetekben azért tekinthető kórképnek, mert szinte mindig jelen van valamilyen komorbiditás, például depresszió, szorongás, figyelemhiányos hiperaktivitási zavar, bulimia vagy egyéb evészavarok vagy akár súlyosabb pszichózisformák [9].

A tünetek a kémiai és a viselkedési addikciókhoz hasonlatosak [10]: ebben az esetben is jellemző a szalencia (az egészséges étkezés kiemelt jelentősége az egyén életében), a tolerancia (egyre több idő- és energiaráfordítás), a tevékenység megszakításakor elvonási tünetek alakulnak ki, gyakori a visszaesés, hangulatingadozás következik be, konfliktusok jelentkeznek az egyén kapcsolatrendszerében, az élet más területeit pedig az illető elhanyagolja.

Tipikus, hogy ártatlan testsúlycsökkentő diétával vagy életmódprogrammal kezdődik a folyamat, amely azután fokozatosan növekvő kontrolligénye révén kényszeressé válhat. Ez megmutatkozik abban, ahogyan az étkezési szabályok fixálódnak, és olyannyira merevvé válnak, hogy az azoktól való minimális eltérés is büntudatot kelt az egyénben. Az ételválaszték beszűkül, csak bizonyos ételekre, illetve ételkészítési és -vásárlási szokásokra korlátozódik, sőt az illető még a barátait is a hasonló érdeklődésűek közül választja ki, a többieket lenézi, egyfajta felsőbbrendűséget érez, ami az ételek okozta „tisztaság” érzéséből fakad [11]. Mindez hatalmas önfegyelmel jár, amit az ételek fogyasztásával kapcsolatos rituálék (például az ételkészítés vagy -beszerzés terén) is megerősítenek [12]. A kényszerességnek további jellemzője, hogy az egyén mindent aprólékosan megtervez az étkezésével kapcsolatban, folyamatosan információt gyűjt az egészségesnek ítélt ételekről, azok tartalmáról, illetve az azokkal kapcsolatos kutatási eredményekről, ami jelentős mennyiségű időt és energiát igényel, ez tölti ki a gondolatait. Egy egyetemisták körében végzett kutatásból kiderült, hogy bár a táplálkozással kapcsolatos érdeklődés összefügg az orthorexiás magatartással, a táplálkozásról szóló tudással fordított az összefüggés, azaz a kényszeres egyének nem feltétlenül a valós, tudományosan megalapozott információval rendelkeznek [13].

Az internet korában az információk különösen nagy jelentősége van: amint egy kvalitatív kutatás bemutatja, ezek az egyének bizonyos szavakra keresnek rá, meghatározott vlogokat, illetve influenszereket követnek, új

ötletekre, illetve megerősítésekre vadásznak [14]. Emiatt gyakori körökben a közösségimédia-függőség [15]. A közösségimédia-használat azért is problematikus, mert összefüggést írtak le az orthorexia, valamint a testképpel való elégedetlenség között, amihez az online térben tapasztalt, gyakran photoshoppolt vagy újabban a mesterséges intelligencia által kreált tökéletes testek még inkább hozzájárulnak [16].

A szorongással való komorbiditást már korábban említettük. Kutatások azonban arra is rávilágítottak, hogy nemegyszer az ún. egészségsszorongás vezethet orthorexiás attitűdűhöz, mert az egyén éppen az egészségéért aggodva fordulhat egyre inkább az egészséges táplálkozás felé, ami azután kényszeressé válhat, különösen patológiás szorongásra való fokozott hajlam esetén [17, 18]. Itt meg kell említeni a hypochondriasis (betegsszorongás-zavar, angolul: illness anxiety disorder) és az egészségsszorongás közötti átfedéseket, illetve eltéréseket. Az egészségsszorongás az egyénnek olyan testi-lelki változásoktól való aggodalmait érinti, amelyek betegségekre utalnak, és irányulhatnak általánosságban a beteggé válásra vagy a betegség negatív következményeire. A hypochondriasis pedig az egészségsszorongás súlyos, kényszeres formáját jelenti, amikor az egyén megszállottan foglalkozik saját egészségi állapotával, kényszeresen keresi magán a szervezetében fellépő kóros elváltozásokat, betegségeket, ami gyakran együtt jár a helyzet katasztrofizálásával és az egészségügyi intézmények indokolatlan igénybevételével [19, 20].

Amint a fenti szakirodalmi hivatkozásokból is kiderül, az egészségesétel-függőségre hajlamosító tényezők között számos pszichológiai jellemző igazolható. A legnagyobb veszély, hogy az orthorexia nervosára való érzékenység esetében elmarad a háttérben meghúzódó egyéb kórképek (mint például az obszesszív-kompulzív zavar, szorongás, depresszió vagy evés- és testképzavar) felderítése [21]. Az orthorexia nervosa esetében alapvetően nem jellemző a testképzavar, viszont bizonyos lakossági csoportokban (például sportolók, táncművészek, modellek) társulhat hozzá, mert körükben az ideális testkép egyfajta követelmény [22–24]. A diszharmonikus személyiség mellett számos személyiségjegye is növelheti az orthorexia nervosa kockázatát, így a perfekcionizmus, a fokozott kontroll iránti igény, az önbizalomhiány, amelyek kora gyermekkori önértékelési problémákból vagy nevelési anomáliákból származhatnak [21, 25, 26].

Bár kétségtelen, hogy az orthorexia nervosa súlyosabb formái terápiás beavatkozást igényelnek, a diagnózist megnehezíti a jelenség nem egyértelmű tudományos megítélése és a súlyosság fokozatainak nehézkes megállapítása, valamint az a tény, hogy alapvetően „egészséges” viselkedési addikcióról van szó, például a testedzésfüggőséghez hasonlóan [27]. Egyes kutatók egyenesen a medikalizáció egy formájának vagy morális alapú ítélkezésnek tartják az egészséges táplálkozás patológiázását [28], mások egyszerűen rizikófaktornak tekintik az évszavak tekintetében [6]. Mindenesetre azért is ér-

demel figyelmet, mert bár a teljes lakosság körében mintegy 7%-ra becsülik az előfordulását, egyes lakossági csoportokra kiemelt prevalenciaértékek jellemzőek, így különösen érintettek a sportolók és az előadóművészek mellett az egészségügyi dolgozók vagy az egészségügyi tanulmányokat folytató hallgatók [29]. A kezdeti kutatások eredményeinek koncepcionális hiányosságai [30] arra készítették a szakértőket, hogy élesebben határolják el a „problémás” orthorexiát az „egészséges” orthorexiától. Ennek következtében az újabb pszichometriai skálákban már nem keverednek a patológiás jegyek az egészséges étkezésre törekvés jellemzőivel [31]. Saját kutatásunk is ennek az új irányzatnak kíván megfelelni, amikor a patológiás orthorexia ismérveit elemzi, eltéréseket keresve a még egészségesnek mondható törekvésekkel összehasonlítva.

A jelen tanulmány célja, hogy hozzájáruljon a problémás és az egészséges orthorexia elkülönítéséhez. Ehhez olyan skálát alkalmaztunk, amelynek alszkálái differenciált megközelítést tesznek lehetővé. Kutatási kérdéseink annak megállapítására irányultak, hogy milyen összefüggések igazolhatók az orthorexia alszkálái, valamint a vizsgált egyéb változók, így az egészséggel kapcsolatos információk (internetes egészségműveltség, étrendi információs túlterhelés), a testhez való viszonyulás (testbecsülés), az ételválasztási preferenciák és az egészségsszorongás között. Feltételeztük, hogy a különböző alszkálák – legalábbis részben – eltérő prediktorstruktúrával rendelkeznek.

Minta és módszer

A kutatásra 2024 első negyedében került sor online kérdőív formájában, speciálisan olyan közösségi oldalon (Facebook) megosztva a kérdőívet, amelyek az egészséges életmóddal kapcsolatosak. A részvétel önkéntes és anonim volt. Mivel a férfi kitöltők csak kis százalékban (a teljes minta mintegy 7%-ában) válaszoltak, a végső minta az ebből származó torzítások elkerülése érdekében csak női válaszolókból állt ($n = 472$, 18–75 évesek, átlag = 39,39 év, szórás = 11,95 év). A minta iskolai végzettsége a következő volt: a többség felsőfokú tanulmányokról számolt be (76,1%), gimnáziumi érettségivel 15,0% rendelkezett, 5,5% szakközépiskolai, 2,3% szakiskolai, 1,1% általános iskolai tanulmányokat jelölt be. A mintában felülreprezentáltak voltak a városban lakók (89%). Az anyagi helyzet alapján magukat zömmel a középosztályba (58,9%), illetve a felső középosztályba (23,1%) sorolták. A kutatást a Neveléstudományi Doktori Iskola Etikai Bizottsága engedélyezte (az engedély száma: 21/2023).

A kérdőív a kutatás rövid ismertetésével, valamint a tájékozott beleegyezés elfogadásával kezdődött. A kérdőív első részében a szociodemográfiai kérdésekre került sor, majd az orthorexiát érintő és az egyéb mérőeszközök következtek.

Orthorexia

Az ún. Eating Habits Questionnaire (Étkezési Szokások Kérdőív) 22 tételes változata az orthorexia három dimenzióját méri (kognitív, érzelmi és problémás) [31, 32]. A kognitív orthorexia alszála az egészséges táplálkozásra vonatkozó tudásra koncentrálnak (például „Másoknál tájékozottabb vagyok az egészséges táplálkozással kapcsolatban.”), az affektív komponens az érzésekről szól (például „Nyugalommal töltök el, amikor egészségesen étkezem.”), a problémás viszont kifejezetten a kényszeres viselkedést emeli ki (például „Az, hogy egészségesen táplálkozom, jelentős stresszforrás a kapcsolataimban.”). Az állításokkal való egyetértést 4 fokú skála mérte (egyáltalán nem igaz rám = 1, teljesen igaz rám = 4). Az egyes alszálaik megbízhatósági mutatói a saját mintával: kognitív orthorexia ($\alpha = 0,85$), problémás orthorexia ($\alpha = 0,90$), érzelmi orthorexia ($\alpha = 0,82$).

Testbecsülés

A Body Appreciation Scale-2 (Testbecsülés Skála) arra vonatkozott, hogy a válaszadók mennyire fogadják el, méltányolják-e saját testüket, illetve hogyan viselik gondját annak minden hibája vagy a média által sugallt kép ellenére. Ehhez a skála hazai viszonyokra adaptált változatát [33–35] használtuk fel. A skála tíz állítást tartalmaz (például „Jó érzésem van a testemmel kapcsolatban.”), melyre 5 fokú Likert-skálán válaszolhattak a kitöltők. A skála megbízhatósági mutatója: Cronbach- $\alpha = 0,95$.

Egészségsszorongás

A Short Health Anxiety Inventory (Rövid Egészségsszorongás Kérdőív) magyar változata [36, 37] 18 ítekből álló skála, amely az egészségsszorongást a fizikai egészségi állapottól függetlenül méri fel. A tételeket négy különböző lehetőség közül kell kiválasztani aszerint, hogy melyik jellemzi a legjobban a megkérdezett érzéseit az elmúlt hat hónapban. Az értékeléskor az ún. kétfaktoros modellt alkalmaztuk, amely így két alszálat eredményezett: A beteggé válás észlelt valószínűsége (például „Semmi sem tudja elterelni a gondolataimat ez egészségemről.”, $\alpha = 0,87$) és A betegség észlelt következményei (például „Egy súlyos betegség tönkretenné az életem minden részét.”, $\alpha = 0,77$).

Internetes egészségműveltség

Az eHealth Literacy Scale [38] magyar változatát [39] alkalmaztuk ennek mérésére. A skála 10 állítást tartalmaz, amely az egészséggel kapcsolatos internethasználatról szól, és a megkérdezettek véleményéről és tapasztalatairól ad felvilágosítást (például „Tudom, hogyan kell az interneten keresni az egészséggel kapcsolatos hasznos

információforrásokat.”). A válaszkategóriák 1-től 5-ig terjedtek az egyetértés mértékétől függően. A skála megbízhatósági mutatója a saját mintán: 0,90.

Információs túlterheltség

A Diet Information Overload Scale [40] magyar nyelvre adaptált verziója [41] 8 állításból áll (például „Túl sok információt kellene tudnom a táplálkozásról, és ez nekem már megterhelő.”). A mai információs környezetben ugyanis az igen nagy mennyiségű, olykor egymásnak is ellentmondó tartalom elbizonytalaníthatja az érdeklődőket. A válaszok az egyetértés mértékét (1-től 4-ig) jellemezték. A skála megbízhatósági mutatója: $\alpha = 0,82$.

Ételválasztási preferenciák

A Food Choice Questionnaire – Modified [42] magyar változata [43] összesen 22 íteket tartalmazott, ami alapján 6 kategóriát állítottunk fel: egészség (például „Segít megőrizni az egészségemet.”), kényelem (például „Könnyen elkészíthető.”), természetesség (például „Természetes összetevőket tartalmaz.”), ár (például „Jó ár-érték arány.”), súlykontroll (például „Kalóriaszegény.”), etikusság (például „Környezetbarát módon csomagolva.”). Arra a kérdésre, hogy „Mely tényezők befolyásolják az ön által elfogyasztott ételek kiválasztását?”, a válasz igen/nem lehetett.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzés során az orthorexia alszálaik összehasonlító leíró statisztikáját követően a változók közötti kétoldali kapcsolatokat korrelációs együtthatókkal jellemeztük. Ezt követően az orthorexia alszálaikat mint függő változókat 'stepwise' (lépésenkénti) módszerű többváltozós regresszióelemzésnek vetettük alá, amelynek célja az egyes független változók közül a legmeghatározóbb szerepet játszó prediktorok kiválasztása volt, figyelembe véve a kiválasztás sorrendjét is.

Eredmények

Az 1. táblázatban láthatjuk a három orthorexiatípus standardizált leíró statisztikai adatait. Az összehasonlításból kiderül, hogy a mintára elsősorban az érzelmi orthorexia jellemző, ami azt jelzi, hogy számukra az érzések a legfontosabbak, amelyek abból fakadnak, hogy odafigyelnek az egészséges ételek fogyasztására. Ez az érzés nyugalommal, megelégedettséggel és a beteljesülés érzetével tölti el őket. Ezt követi a kognitív orthorexia, amely annak jelentőségét hangsúlyozza, hogy odafigyelnek az egészséges táplálkozásról szóló információkra. Szerencsére a problémás orthorexia komponens kapta a legalacsonyabb átlagpontoszámot, ahol már megjelennek

a kényszeresség tünetei, az egyre növekvő korlátozások és szabályok, az étkezési szokások miatti konfliktusok, a rigid gondolkodás, a felsőbbrendűség és a kívülállóság érzése.

A változók közötti korrelációk a kétoldali kapcsolatok néhány jelentős különbségére is felhívják a figyelmet (1. táblázat). Az ételválasztás terén az egészség és a természetesség mint hajtóerő mindhárom esetben jelen van, a kényelemmel való kapcsolat viszont vagy nem szignifikáns, vagy negatív előjelű (kognitív orthorexia esetében: $r = -0,18$, $p < 0,01$). Az ár a problémás orthorexia esetében nem mutat kapcsolatot, ellenben a másik két komponenssel negatívan korrelál. Az etikusság (például környezettudatos csomagolás, helyi termékek vásárlása) csak az érzelmi orthorexia szempontjából fontos elem. Végül a legnagyobb eltérés a súlykontroll esetében mutatkozik meg: ez az ételválasztási preferencia a legerősebben a problémás orthorexiához kapcsolódik ($r = 0,26$, $p < 0,001$), kisebb mértékben az érzelmi orthorexiához is ($r = 0,10$, $p < 0,05$), a kognitív komponenshez viszont egyáltalán nem. Mindenképpen figyelmet érdemel továbbá az egészségszorongással való kapcsolat, amelynek mindkét alskálája csupán a problémás orthorexiával mutat szignifikáns kapcsolatot (beteggé válás: $r = 0,26$, $p < 0,001$; betegségkövetkezmények: $r = 0,23$, $p < 0,001$). Szintén fontos különbség, hogy a testbecsülés negatívan korrelál a problémás orthorexiával ($r = -0,20$, $p < 0,001$), ellenben pozitívan a kognitív orthorexiával ($r = 0,25$, $p < 0,001$) és az érzelmi orthorexiával ($r = 0,20$, $p < 0,001$). Az információs változókkal való kapcsolatok is eltérése-

ket jeleznek: míg a kognitív és az érzelmi komponensek hasonló irányultságot mutatnak (az internetes egészségműveltség esetében pozitív, az étrendi információs túlterhelés esetében negatív kapcsolatot), a problémás orthorexia egyik változóval sem jelez szignifikáns kapcsolatot. Az életkorral a kognitív komponens nem mutatott kapcsolatot, ellenben a problémás és az érzelmi orthorexia alskálákkal enyhe negatív összefüggés, azaz csökkenő tendencia igazolható (1. táblázat).

A 2. táblázatban a kognitív orthorexia 'stepwise' regresszioelemzésének végső eredményeit láthatjuk, amelyek során 8 változó bizonyult szignifikáns prediktornak, a variancia mintegy 32%-át magyarázva. Talán nem meglepő, hogy az étrendi információs túlterhelés rögtön az első helyen kiválasztásra kerül, méghozzá negatív prediktorként ($\beta = 0,30$, $p < 0,001$). Ezt a változót követi az ételválasztási preferenciák közül az egészség ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$), majd az egészségműveltség ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$). Ezt követően ismét az ételválasztási preferenciák kerülnek sorra: az ár ($\beta = -0,15$, $p < 0,001$), a természetesség ($\beta = 0,15$, $p < 0,001$), valamint az etikusság ($\beta = -0,09$, $p = 0,015$). A prediktorok sorát végül a testbecsülés és az egészségszorongás 'beteggé válás' komponense zárja, mindkettő pozitív előjelű prediktorként (2. táblázat).

A 3. táblázatban a problémás orthorexia prediktorai láthatók. Az első helyen szerepel az egészségszorongás 'beteggé válás' komponense ($\beta = 0,20$, $p < 0,001$), amelyet az ételválasztási preferenciák közül a súlykontroll követ ($\beta = 0,22$, $p < 0,001$). Harmadikként a természetes-

1. táblázat | A kognitív, a problémás és az érzelmi orthorexia korrelációs kapcsolatai a vizsgált változókkal

	Kognitív orthorexia	Problémás orthorexia	Érzelmi orthorexia
Terjedelem	1,33–4,00	1,33–3,95	1,33–4,00
Átlag (szórás) ^a	2,87 (0,57)	1,87 (0,55)	3,17 (0,62)
Ételválasztás_egészség ^b	0,33***	0,16**	0,38***
Ételválasztás_kényelem	-0,18**	-0,04	-0,06
Ételválasztás_természetesség	0,24***	0,13**	0,19***
Ételválasztás_ár	-0,20***	-0,04	-0,10*
Ételválasztás_súlykontroll	0,04	0,26***	0,10*
Ételválasztás_etikusság	0,06	-0,09#	0,10*
Egészségssorongás_beteggé válás	-0,04	0,26***	-0,02
Egészségssorongás_betegségkövetkezmények	-0,04	0,23***	-0,04
Testbecsülés	0,25***	-0,20***	0,20***
Internetes egészségműveltség	0,29***	0,05	0,20***
Étrendi információs túlterhelés	-0,44***	-0,07	-0,26***
Életkor	-0,08	-0,12*	-0,15**

^aStandardizált értékek

^bKorrelációs együtthatók

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

$p = 0,05$

2. táblázat | A kognitív orthorexia 'stepwise' regresszióelemzésének eredményei

Szignifikáns prediktorok	R ²	β	B (SE B)	t	p-Érték
8 lépéses modell	0,32***				
1. Étrendi információs túlterhelés		-0,30	0,22 (0,03)	-6,88	p<0,001
2. Étélválasztás_egészség		0,19	1,040 (0,22)	4,68	p<0,001
3. Internetes egészségműveltség		0,15	0,13 (0,04)	3,65	p<0,001
4. Étélválasztás_ár		-0,15	-0,77 (0,30)	3,80	p<0,001
5. Étélválasztás_természetesség		0,15	1,18 (0,31)	3,80	p<0,001
6. Étélválasztás_etikusság		-0,09	-0,42 (0,18)	-2,35	p = 0,015
7. Testbecsülés		0,12	0,07 (0,03)	2,80	p = 0,005
8. Egészségsszorongás_beteggé válás		0,10	0,08 (0,03)	2,27	p = 0,024

β = standardizált regressziós koefficiens; B = standardizálatlan regressziós együttható; SE = standard hiba

3. táblázat | A problémás orthorexia 'stepwise' regresszióelemzésének eredményei

Szignifikáns prediktorok	R ²	β	B (SE B)	t	p-Érték
6 lépéses modell	0,19***				
1. Egészségsszorongás_beteggé válás		0,20	0,37 (0,08)	4,42	p<0,001
2. Étélválasztás_súlykontroll		0,22	2,17 (0,41)	5,25	p<0,001
3. Étélválasztás_természetesség		0,12	2,03 (0,73)	2,79	p = 0,005
4. Egészségsszorongás_betegségkövetkezmények		0,16	0,74 (0,21)	0,48	p = 0,001
5. Étrendi információs túlterhelés		-0,10	-0,17 (0,07)	-2,33	p = 0,020
6. Étélválasztás_egészség		0,09	1,12 (0,53)	2,11	p = 0,036

β = standardizált regressziós koefficiens; B = standardizálatlan regressziós együttható; SE = standard hiba

4. táblázat | Az érzelmi orthorexia 'stepwise' regresszióelemzésének eredményei

Szignifikáns prediktorok	R ²	β	B (SE B)	t	p-Érték
5 lépéses modell	0,20***				
1. Étélválasztás_egészség		0,29	1,16 (0,18)	6,59	p<0,001
2. Étrendi információs túlterhelés		-0,13	-0,07 (0,02)	-2,98	p = 0,003
3. Testbecsülés		0,13	0,06 (0,02)	2,90	p = 0,004
4. Étélválasztás_súlykontroll		0,10	0,32 (0,14)	2,28	p = 0,023
5. Étélválasztás_természetesség		0,10	0,54 (0,24)	2,25	p = 0,025

β = standardizált regressziós koefficiens; B = standardizálatlan regressziós együttható; SE = standard hiba

ség jelenik meg, majd ismét az egészségsszorongás, annak egy másik komponense, a betegségkövetkezmények változó következik ($\beta = 0,16$, $p = 0,001$). Végül, az étrendi információs túlterhelés (negatív előjellel) és az egészség mint étélválasztási motiváció (pozitív előjellel) zárja a sort. Összesen a változók a variancia 19%-át magyarázták meg (3. táblázat).

A 4. táblázatban az érzelmi orthorexia regresszióelemzésének eredményei szerepelnek, elsőként az egészség mint étélválasztási preferencia ($\beta = 0,16$, $p = 0,001$), amelyet az étrendi információs túlterhelés, ezután pedig

pozitív előjellel a testbecsülés követ. Végül az étélválasztási motivációk közül a súlykontroll és a természetesség jelenik meg pozitív prediktorként a végső modellben, amelyek így a variancia 20%-át magyarázzák meg (4. táblázat).

Megbeszélés

Az orthorexia nervosa viszonylag újnak számít az evészavarok között; megítélése máig vitatott [6, 27, 28]. Ennek oka egyrészt, hogy az egészséges táplálkozás támo-

gatása fontos népegészségügyi prioritás, és a prevenció programok szerves részét képezi az erről szóló információ hatékony átadása [1–3]. A korai kutatások vagy egyáltalán nem tekintették kórképnek és inkább a medicalizáció jelenségeként azonosították az egészséges táplálkozás patológiás formáit is [6], vagy pedig a teljes klinikai kép hiányában is diagnózist ragasztottak rá [5]. Az újabb nézetek szerint érdemes elkülöníteni a problémás és az egészséges orthorexiát, mivel az első esetben valóban kényszerességről, viselkedési addikcióról van szó, míg a második esetben inkább az egészséges táplálkozásra való fokozott odafigyelésről, amely azonban nem jár patológiás jegyekkel [31].

A jelen kutatásban szintén elkülönítettük a problémás orthorexiát, az egészséges táplálkozásra szóló tudást hangsúlyozó kognitív orthorexiát, valamint az érzelmi orthorexiát, amely az érzések szintjén közelíti meg az egészséges táplálkozásra irányuló törekvéseket. A három alskála közül a legmagasabb átlagpontszámot az utóbbi kapta, ami azt jelzi, hogy a megkérdezettek számára a nyugalom, a megelégedettség, a stresszmentesség érzetét adja, ha egészségtudatosan táplálkoznak, még ha néha túlzott figyelmet fordítanak is rá. Ez az eredmény alátámasztja az egészség fogalmának sokszínű jelenségét, és az egészség-magatartással összefüggő pozitív érzelmek hatóerejét. A prevenció programokban érdemes odafigyelni a befolyásolás érzelmi komponenseire, aminek célja nemcsak az egészségre való fokozott odafigyelés erősítése, hanem a kontrollérzet, az önbizalom és az énhatékonyság optimális szintjének elérése, amelyek így segíthetnek hosszú távon is fenntartani az egészséges életvitelt [44]. A kognitív orthorexia inkább a tudást és a tájékozódást preferálja, ami akkor hatékony, ha megfelelő egészségműveltséggel jár. Korábbi kutatások szoros kapcsolatot találtak az egészségről szóló tudáskincs és az egészség-magatartás között [45]. Saját kutatásunkban az interneten való tájékozódás önbevallás-alapú magabiztossága kapott nagy hangsúlyt, az információs túlterheltség elkerülése mellett. Bár a legalacsonyabb pontszámot a problémás orthorexia alskála kapta, adataink mégis igazolják, hogy jelen van az egészséges dimenziók mellett a kényszeres, függőséggel járó orthorexia is, amely viszont igazoltan sokféle negatív egészségügyi következménnyel jár [46].

Már a korrelációanalízis számos jellegzetes eltérést mutatott ki az orthorexia formái, valamint a vizsgált változók között. Bár az ételválasztási motívumok közül az egészség és a természetesség valamennyi orthorexiaformára jellemző, a súlykontroll mint hajtóerő főként a problémás orthorexiával mutat összefüggést. Korábbi kutatások szinte minden esetben összekapcsolták az orthorexia nervosát a súlycsökkentő diétával, hiszen gyakran ezzel kezdődik az egészséges táplálkozás iránti fokozott érdeklődés, amely azután kényszeressé válik [11, 12]. Szintén jellemző a problémás orthorexia összefüggése az egészségsszorongással, ami nem meglepő, hiszen az orthorexia nervosa esetében az egyén fokozottan ret-

teg bármitől, ami egészségtelen, attól féltve, hogy az árt az egészségének [46]. Másrészt igen gyakori a szorongásos kórképekkel való komorbiditás is [9]. További jellegzetesség, hogy míg a kognitív és az érzelmi orthorexia alskálakon magas pontszámot elérők pozitív testképpel rendelkeznek, testbecsülésük magas szintű, addig a problémás orthorexiával a kapcsolat negatív, azaz testbecsülésük alacsonyabb szintű. Mindez azt jelzi, hogy az orthorexia nervosára hajlamos egyének valószínűleg elégedetlenek a testükkel [23], ezért fokozott kontroll alá veszik a testsúlyukat, amihez az egészségtudatos táplálkozás egyfajta eszközt jelent [25]. Végül szintén jellemző eltérés az internetes egészségműveltséggel, valamint az étrendi információs túlterheléssel való kapcsolat hiánya, míg az érzelmi és kognitív komponensek szignifikáns kapcsolatot jeleznek ezekkel az információs változókkal.

A többváltozós elemzések a legfontosabb prediktortokat mutatták ki, amelyek szintén eltérő struktúrát körvonalaztak. A kognitív orthorexia esetében az ételválasztási preferenciák közül az egészség mellett a természetesség jelenik meg, ám az ár és az etikusság negatív előjellel szerepelt, azaz a megkérdezetteknek ezek a szempontok kevésbé fontosak. Ugyanakkor kiemelt szerepet kapnak az információs változók, az internetes egészségműveltség és az információs túlterhelés hiánya. Ez a komponens tehát az egészségről szóló tudás megszerzésére koncentrál, viszont a környezettudatosság vagy az ár nem játszik szerepet az ételválasztások során. Bár az egészségtudatosság sok esetben együtt jár a környezettudatossággal, a szociális igazságosság igényével vagy az állati jóllét védelmével, úgy tűnik, ez nem feltétlenül érvényesül a kognitív orthorexia esetében, amelynél sokkal inkább egyéni szempontok számítanak [47]. Az egészségsszorongás 'beteggé válás' komponense szintén megjelenik a prediktortok között, ami arra utalhat, hogy az információkeresés, az egészséges táplálkozásra szóló tudás megszerzésének motivációja között szerepet kaphat az egészségért való aggodás. Az érzelmi orthorexiát elemezve, szintén jelentős szerephez jut az egészség és a természetesség az ételválasztási preferenciák közül. A testbecsülés pozitív előjellel jelenik meg, ami azt jelzi, hogy az orthorexia, az egészségtudatos táplálkozás a testi jóllétet szolgálhatja. A problémás orthorexia az előzőektől eltérő prediktortstruktúrát mutat: domináns szerepet kap az egészségsszorongás mindkét komponense, a félelem a beteggé válástól, illetve a betegségek következményeitől. Korábbi kutatások is kiemelik az egészségsszorongás jelentőségét [17, 18]. Az ételválasztási preferenciák közül pedig az egészség mellett a testsúlykontroll kap kiemelkedő szerepet. Valószínűleg ezek a szempontok is hozzájárulhatnak a kényszeresség megalapozásához.

Az eredményeken túl meg kell említeni a kutatás korlátait is. Az önbevalláson alapuló kérdőívek, bár fontos adalékokkal szolgálhatnak egyes kórképekről, diagnosztikus képésre önmagukban nem alkalmasak, ahhoz további vizsgálatokra lenne szükség. A keresztmetszeti vizsgálat

nem teszi lehetővé az ok-okozati kapcsolatok igazolását. Mintánk nem tekinthető reprezentatívnak, bár az online adatgyűjtésnek ez a formája közelít az alanyok véletlenszerű kiválasztásához. Továbbá a női minta nem ad felvilágosítást a férfiak körében előforduló orthorexiáról. A jövőben érdemes lenne nagyobb hangsúlyt fektetni a megfelelő nemi arányok biztosítására, illetve célzott mintavétellel az orthorexia szempontjából nagy rizikójú csoportokat (például egészségügyi dolgozókat) felmérni.

A kutatás legfontosabb erőssége, hogy nem csupán a patológiás orthorexiára fókuszált, hanem olyan kérdőívet használt, amelynek segítségével elkülöníthető a problémás és a még egészségesnek tekinthető orthorexia, illetve megismerhető az eltérő prediktorstruktúra. A kutatás legfontosabb gyakorlati jelentősége, hogy felhívja a figyelmet a problémás, azaz kényszeres orthorexiára, amelynek táptalaja gyakran az egészségszorongás, a testsúllyal és a testképpel való (nem mindig reális) elégedetlenség. Ilyenkor igen gyakori a testedzésfüggőséggel való szoros kapcsolat, amely más evészavarral is társulhat [27]. Amint az elemzésből is kiderült, a problémás orthorexia nem minden esetben jár együtt megfelelő tájékozottsággal, ami szintén erősítheti a kóros irányú viselkedési elemeket, a nem megfelelő magatartási döntéseket az egészséges táplálkozással kapcsolatban [13]. A népegészségügyi programok során ezért ügyelni kell a táplálkozással kapcsolatos információk megfogalmazására, illetve fel kell hívni a figyelmet az orthorexia nervosa veszélyeire. Ez különösen igaz az egészségkommunikáció internetes formáira, hiszen az online platformok napjaink kiemelt egészségügyi forrásaivá váltak, ami egyrészt rendkívül hasznos és számos lehetőséget foglal magában, ugyanakkor teret adhat az információ félreértelmezésének, különösen a tartalom továbbosztása során [48]. A digitális viselkedés kihat az életmódra, így a táplálkozási magatartásra is, aminek előnyei és negatív következményei egyaránt lehetnek [49]. Az egészségkommunikációnak számos buktatója van, hiszen nem könnyű olyan üzeneteket megfogalmazni, amelyek racionális és érzelmi szempontból is hatékonyak, különösen az életmód és azon belül is a táplálkozás terén, azonban kellő empátiával és odafigyeléssel, pozitív kommunikációs eszközök bevetésével elősegíthetjük a magatartási változást [50].

Anyagi támogatás: A közlemény megírása nem részesült anyagi támogatásban.

A szerző a közlemény végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Irodalom

- [1] Rattan SI, Kaur G. Nutrition, food and diet in health and longevity. *We eat what we are. Nutrients* 2022; 14: 5376.
- [2] Rurik I, Péter Sz, Bánáti D. Actual challenges of nutritional science. [A táplálkozástudomány aktuális kihívásai.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 483–488. [Hungarian]
- [3] Aksakalli Bayraktar ZA, Oral S, Bulut SH, et al. Effect of perception of sustainability in local food experiences on healthy eating tendency: mediator and moderator effects. *Front Nutr.* 2023; 10: 1150277.
- [4] Bóna E, Forgács A, Túry F. Potential relationship between juice cleanse diets and eating disorders. A qualitative pilot study. [A léböjtkúrák és az atípusos evészavarok lehetséges kapcsolata. Kvalitatív előtanulmány.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 1153–1157. [Hungarian]
- [5] Bratman S, Knight D. *Health food junkies: orthorexia nervosa. Overcoming the obsession with healthful eating.* Broadway Books; 2001.
- [6] Mac Evilly C. The price of perfection. *Nutr Bull.* 2001; 26: 275–276.
- [7] Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland C, et al. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal „orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2015; 56: 397–403.
- [8] Ryman FV, Cesuroglu T, Bood ZM, et al. Orthorexia nervosa: disorder or not? Opinions of Dutch health professionals. *Front Psychol.* 2019; 10: 418211.
- [9] Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa. An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatry Psychother.* 2012; 1: 55–60.
- [10] Griffiths M. A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use* 2005; 10: 191–197.
- [11] Costa CB, Hardan-Khalil, K, Gibbs K. Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs.* 2017; 38: 980–988.
- [12] Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 385–394.
- [13] King E, Wengreen HJ. Associations between level of interest in nutrition, knowledge of nutrition, and prevalence of orthorexia traits among undergraduate students. *Nutr Health* 2023; 29: 149–155.
- [14] Greville-Harris M, Smithson J, Karl A. What are people’s experiences of orthorexia nervosa? A qualitative study of online blogs. *Eat Weight Disord.* 2020; 25: 1693–1702.
- [15] Piko BF, Kulmán E, Mellor M. Orthorexic tendency in light of eating disorder attitudes, social media addiction and regular sporting among young Hungarian women. *Issues Ment Health Nurs.* 2024; 45: 990–997.
- [16] Elias MC, Gomes, DL, Paracampo CC. Associations between orthorexia nervosa, body self-image, nutritional beliefs, and behavioral rigidity. *Nutrients* 2022; 14: 4578.
- [17] Chace S, Kluck AS. Validation of the Teruel Orthorexia Scale and relationship to health anxiety in a U.S. sample. *Eat Weight Disord.* 2022; 27: 1437–1447.
- [18] Tóth-Király I, Gajdos P, Román N, et al. The associations between orthorexia nervosa and the socio-cultural attitudes: the mediating role of basic needs and health anxiety. *Eat Weight Disord.* 2021; 26: 125–134.
- [19] Asmundson GJ, Abramowitz JS, Richter AA, et al. Health anxiety: current perspectives and future directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2010; 12: 306–312.

- [20] Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther.* 2007; 38: 86–94.
- [21] Dudás K, Túry F. Orthorexia nervosa: dependence on healthy food, as one of the newest eating disorders. [Orthorexia nervosa az egészségesétel-függőség, mint a legújabb evészavarok egyike.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2008; 9: 125–137. [Hungarian]
- [22] Bóna E, Szél Z, Kiss D, et al. An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eat Weight Disord.* 2019; 24: 13–20.
- [23] Ábrahám I, Jambrik M, John B, et al. Body image and body image distortion. [A testképtől a testképzavarig.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 723–730. [Hungarian]
- [24] Szöllősi B, Prievara DK. Health overdone. The risk of orthorexia nervosa among dancers. [A túlzásba vitt egészség. Az orthorexia nervosa kockázata táncművészek körében.] *Egészségfej.* 2021; 62: 27–34. [Hungarian]
- [25] Túry F, Lukács L. Novel forms of eating disorders. [Az evészavarok modern formái.] *Ideggyógy Szle.* 2006; 59: 294–296. [Hungarian]
- [26] Low self-esteem predicts orthorexia nervosa, mediated by spiritual attitudes among frequent exercisers. *Eat Weight Disord.* 2021; 26: 2481–2489.
- [27] Piko BF, Berki TL, Kun O, et al. Eating attitudes, body appreciation, perfectionism, and the risk of exercise addiction in physically active adults: a cluster analysis. *Nutrients* 2025; 17: 2063.
- [28] Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, et al. When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS ONE* 2015; 10: e0135772.
- [29] Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools. A literature review. *Int J Environ Res Publ Health* 2021; 18: 5488.
- [30] Heiss S, Coffino JA, Hormes JM. What does the ORTO-15 measure? Assessing the construct validity of a common orthorexia nervosa questionnaire in a meat avoiding sample. *Appetite* 2019; 135: 93–99.
- [31] Gleaves DH, Graham EC, Ambwani S. Measuring “orthorexia”. Development of the Eating Habits Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess.* 2013; 12: 1–18.
- [32] Simon D, Bogár N, Dukay-Szabó Sz, et al. Re-evaluation and revision of the Eating Habits Questionnaire. *Psychiatr Hung.* 2024; 39: 217–226.
- [33] Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale-2. Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* 2015; 12: 53–67.
- [34] Pikó B, Obál A, Mellor D. Body appreciation in light of psychological, health- and weight-related variables among female adolescents. *Eur J Psychol.* 2020; 16: 676–687.
- [35] Béres A, Czeglédi E, Babusa B. Examination of exercise dependence and body image in female fitness exercisers. [A testedzés-függőség és a testkép vizsgálata fitneszedzést végző nők körében.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2013; 14: 91–114. [Hungarian]
- [36] Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, et al. The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med.* 2002; 32: 843–853.
- [37] Köteles F, Simor P, Bárdos Gy. Validation and psychometric evaluation of the Hungarian version of the Short Health Anxiety Inventory (SHAI). [A Rövidített Egészségsszorogás-kérdőív (SHAI) magyar verziójának kérdőíves validálása és pszichometriai értékelése.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2011; 12: 191–213. [Hungarian]
- [38] Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. *J Med Internet Res.* 2006; 8: e27.
- [39] Zrubka Z, Hajdu O, Rencz F, et al. Psychometric properties of the Hungarian version of the eHealth Literacy Scale. *Eur J Health Econ.* 2019; 20(Suppl 1): S57–S69.
- [40] Ramondt S, Ramírez AS. Assessing the impact of the public nutrition information environment: Adapting the cancer information overload scale to measure diet information overload. *Patient Educ Couns.* 2019; 102: 37–42.
- [41] Kiss A, Tompa O, Lakner Z, et al. Adaptation and validation of diet information overload scale among elite athletes. [Az étrendi információs túlterhelés kérdőív adaptálása és validálása élsportolók körében.] *Testnev Sporttud.* 2021; 6: 27–41. [Hungarian]
- [42] Ares G, Gámbaro A. Food Choice Questionnaire – Modified (FCQ) [Database record]. *APA PsycTests*, 2007. Available from: <https://doi.org/10.1037/t21682-000> [accessed: 1 July, 2025].
- [43] Bíró B, Gere A. Adaptation of the Food Choice Questionnaire – digitalization of the world association method. *Progr Agricult Engin Sci.* 2021; 17(S1): 9–18.
- [44] Hong H, Chung W. Integrating health consciousness, self-efficacy, and habituation into the attitude-intention-behavior relationship for physical activity in college students. *Psychol Health Med.* 2022; 27: 965–975.
- [45] Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *J Adolesc.* 2018; 62: 116–127.
- [46] Horovitz O, Argyrides M. Orthorexia and orthorexia nervosa: A comprehensive examination of prevalence, risk factors, diagnosis, and treatment. *Nutrients* 2023; 15: 3851.
- [47] Hanganu-Bresch C. Orthorexia: eating right in the context of healthism. *Med Humanit.* 2020; 46: 311–322.
- [48] Horváth T, Csupor D, Gyórfy Zs, et al. Internet-based health communication opportunities (blogs, podcasts, video channels) and the social media. [Internetalapú egészségkommunikációs lehetőségek (blogok, podcastok, videócsatornák) és a közösségi média.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 132–139. [Hungarian]
- [49] Radványi I, Tibold A, Fehér G. Clinical intersections of digital behavior and lifestyle balance: the complex impact of problematic internet use on health. [A digitális viselkedés és az életmódbeli egyensúly klinikai metszéspontjai: a problémás internet-használat komplex hatása az egészségre.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 922–929. [Hungarian]
- [50] Czeglédi E. Lifestyle change? No excuse! Weight control support in the everyday praxis. [Életmódváltás? Nincs kifogás! A testsúlykontroll támogatása a mindennapi gyakorlatban.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 727–733. [Hungarian]

(dr. Fúzné dr. Pikó Bettina)

Szeged, Szentháromság u. 5., 6722

e-mail: fuzne.piko.bettina@med.u-szeged.hu