

Czeglédi Edit

Az elhízásra hajlamosító emocionális és pszichoszociális háttere

Bevezetés

A Magyarország felnőtt lakosságának mintegy egyharmadát (32%-át) érintő *elhízás* messze túlmutat az esztétikai vonatkozásokon. Az obezitás ugyanis krónikus betegség, amely számos további krónikus betegség rizikótényezője (például magas vérnyomás, 2-es típusú diabétesz, daganatos megbetegedések, mozgásszervi betegségek), rontva az életminőséget, a munkaképességet és az életkilátásokat. A hazai felnőtt populációban hasonló arányban előforduló *túlsúly* (férfiak: 40%, nők: 32%; Rurik és mtsai 2021) ugyancsak fokozza a krónikus betegségek megjelenésének esélyét. Az elhízással a pszichológiai jóllét csökkenése és a mentális egészség romlása is gyakran együtt jár. Erre példa az alacsony önértékelés, a testtel való fokozott elégedetlenség, a hangulatzavarok (például major depresszív epizód), illetve az evészavarok (például falászavar) jelenléte (Sarwer és Polonsky 2016), tovább veszélyeztetve a szomatikus állapotot. Mindez óriási terhet ró nemcsak az érintett emberekre és hozzátartozóikra, de az egészségügyi ellátórendszerre is. Éppen ezért az elhízás kialakulásának megelőzése és az obezitás hatékony kezelése társadalmi érdekünk.

A laikusok és gyakorta az egészségügyben dolgozók között is széles körben elterjedt nézet szerint a súlyfelesleg kialakulása *kizárólag* az egyén egészségtelen életmódjának következménye, és az érintett személy akarategyengeségének köszönhető. Mindez az obezitás negatív megítéléséhez és a súlyfelesleggel bírók hibáztatásához vezethet. Az elhízással élők negatív diszkriminációja mindennapos jelenség az élet számos területén, így a családban, az oktatásban, a munkahelyen vagy akár az egészségügyi ellátórendszerben. A stigmatizáló bánásmód azonban igen sokrétű negatív következményeket eredményezhet, többek között a súlyfelesleghez hozzájáruló egészségkárosító magatartások folytatását, az önértékelés (további) csökkenését, a depresszív tünetek fokozódását és az egészségügyi ellátórendszer kerülését. Mindez önrontó körök révén további kockázatot jelent a testi és lelki egészségre, valamint az életkilátásokra is (WHO 2017).

A súlyfelesleggel élőkkel kapcsolatos negatív attitűdök mérséklődését eredményezi, ha belátjuk, hogy az elhízás kialakulásának oki háttere rendkívül összetett (Kadouh és Acosta 2017), és a szerteágazó tényezők komplex interakciója sokakat a súlygyarapodás veszélyének tesz ki a modern, úgynevezett *obezogén* (elhízásra hajlamosító), a túltáplálkozást és fizikai inaktivitást támogató környezetben. A sokszínű etiológiai faktorok között a *biológiai tényezőkre* példa az öröklődés, a genetikai okokból kiinduló (legalább huszonötféle, például Práder–Willi-) szindróma, a bél–agy–tengegy működése, a prenatális meghatározók (például gesztációs diabétesz), a várandósság, a menopauza, a mozgáskorlátozottság, egyes neuroendokrin állapotok (például pajzsmirigy-alulműködés), illetve bizonyos gyógyszer-mellékhatások. A *környezeti tényezők* ugyancsak sokfélék. A korábban említett obezogén környezet mellett kiemelkedő a szociokulturális tényezők szerepe, mint amilyen például a szocioökonómiai státusz vagy az etnikum. De idesorolható az is, hogy kultúránkban az étetés szorosan összekapcsolódik a szeretet kifejezésével, vagy az, hogy számos családban még manapság is tiltott az étel meghagyása a tányéron. Újabban ismerték fel, hogy egyes kemikáliák (például ftalátok) is hozzájárulhatnak a súlyfelesleg kialakulásához. Az elhízás etiológiája kapcsán a *viselkedéses tényezők* közül kiemelkedik a *túlzott energiabevitel* és a *fizikai aktivitás elégtelensége*, azonban az életmód más elemei – mint amilyen például az elégtelen alvás vagy a dohányzásról való leszokás – is hatást gyakorolnak a testtömeg alakulására (Kadouh és Acosta 2017). Ráadásul az egészségvédő és -károsító magatartások folytatása ugyancsak multifaktoriális eredetű. E meghatározók közül a fent említetteken túl a pszichoszociális tényezőknek is kitüntetett szerepük van, például az érzelmszabályozás jellemző módjának, a szorongás vagy a depresszió mértékének, a borderline személyiségzavar jelenlétének, a veszteségélmény (gyász) átélésének vagy éppen a foglalkozásnak.

A pszichológiai tényezők esetében az érzelmszabályozás kapcsán kiemelendő a stressz és a negatív érzelmek átélésének szerepe. Mindkettő hatást gyakorolhat a táplálékbevitelre és az ízletes, magas energiasűrűségű ételek preferenciájára, ráadásul kétféle irányban is, azaz csökkentve vagy növelve azt (Konttinen 2020). A nagy intenzitású vagy magas arousalszinttel¹ járó

1 Arousal: a szervezet általános izgalmi és éberségi állapota.

érzelme – például félelem – rendszerint az étvágy csökkenését eredményező fiziológiai változásokhoz vezetnek, emellett olyan viselkedésekhez, amelyek gátolják a táplálékfelvételt. Ellenben a mérsékelt intenzitású vagy közepes arousalszinttel járó érzelmek – például bosszúság, szomorúság, unalom – csökkenthetik és növelhetik is a táplálékbevitelt, még hozzá az egyén és a helyzet jellemzői függvényében. Az utóbbira példa, hogy aktuálisan elérhető-e ennivaló, illetve kivitelezhető-e az evés. Az *érzelmi evés* a – második típusba tartozó – negatív érzések enyhítésére, elviselésére szolgáló *tanult* érzelemszabályozási stratégia, amely rövid távon megkönnyebbülést, hosszú távon viszont többek között büntudatérzést és súlygyarapodást eredményez, mert az emocionálisan kiváltott evési epizódok során főként ízletes, magas energiatartalmú ételeket (például édességeket, rágcsálnivalókat) szoktak fogyasztani (Camilleri és mtsai 2014). Az érzelmi evésre való hajlam dimenzióként értelmezhető, és az egyéni különbségek háttere igen változatos. Erre jelentenek példát a kora gyermekkori kedvezőtlen élmények, a krónikus stressz vagy éppen a depresszió jelenléte (Konttinen 2020).

A depresszió azért is érdemel kiemelt figyelmet, mert számottevő erősségű összefüggést mutat az elhízással. A felnőtt populáción végzett hosszmetzeti kutatások egy metaelemzésének (Mannan és mtsai 2016) eredményei szerint a kiinduláskor jelen lévő depresszió 37 százalékkal megnöveli az elhízás (testtömegindex, Body Mass Index, a továbbiakban: BMI ≥ 30 kg/m²) kialakulásának kockázatát. Az összefüggés erőssége a két nemben hasonló. Az elhízás irányából vizsgálva a kapcsolatot azt találták, hogy a kiinduláskor jelen lévő elhízás 18 százalékkal növeli meg a depresszió kialakulásának kockázatát. E kétirányú kapcsolatban számos moderátor² (például nem, életkor, a súlyfelesleg mértéke) és mediátor³ tényező szerepét felismerték (Czeglédi 2021). Ez utóbbi, közvetítő faktorok sokfélék lehetnek, a társas tényezőktől (például negatív diszkrimináció, alacsony társas támogatás) kezdve a pszichológiai (például a testtel való elégedetlenség, alacsony önértékelés) és viselkedéses (például falásrohamok, fizikai inaktivitás) tényezőkön át egészen a biológiai faktorokig

2 Moderátor: két változó (jelen esetben az elhízás és a depresszív tünetek) kapcsolatának irányát és erősségét befolyásoló tényező.

3 Mediátor: két változó (jelen esetben az elhízás és a depresszív tünetek) kapcsolatában a magyarázó láncszem szerepét betöltő tényező.

(például gyulladásos folyamatok, fájdalom, egyes gyógyszerek hatása). E magyarázó láncszemek segítenek megérteni, hogy milyen úton-módon vezet az elhízás a depresszió kialakulásához és fordítva: hogyan vezethet a depresszió súlygyarapodáshoz és elhízáshoz.

A vizsgálat célja és hipotézisek

Jelen vizsgálat célja az érzelmi evésre való fokozott hajlam előfordulási gyakoriságának felmérése és a háttérben álló pszichoszociális tényezők feltérképezése volt reprezentatív hazai mintán ($n = 7000$), az elhízással élőkkal kapcsolatos negatív attitűdök kedvezőbbé formálása, valamint a hosszú távú, egészséges testtömegkontroll megvalósítását célzó intervenciók tervezése, illetve hatékonyságuk növelése céljából. A kutatás módszertanának leírását e kötet módszertani fejezete tartalmazza. A vizsgálat keretében az alábbi hipotézisek vizsgálata történt meg:

- Az érzelmi evésre való fokozott hajlam nagyobb BMI-vel jár együtt.
- Az érzelmi evésre való hajlam pozitív irányú összefüggést mutat az észlelt stresszel és a depresszív tünetekkel.

Módszerek

Mérőeszközök

A vizsgálat keretében az alábbi változók, illetve mérőeszközök kerültek alkalmazásra:

- Szociodemográfiai jellemzők: nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely.
- Önbeszámolóval gyűjtött antropometriai adatok: testtömeg, testmagasság. Ezek alapján kiszámítottuk a BMI-t (kg/m^2). A tápláltsági állapotot az alábbi kategorizáció alapján állapítottuk meg: alultápláltság ($\text{BMI} < 18,50 \text{ kg/m}^2$), normális testtömeg ($\text{BMI} = 18,50\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$), túlsúly ($\text{BMI} = 25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$), elhízás ($\text{BMI} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$). Az elhízáson belül megkülönböztettük az enyhe fokú ($\text{BMI} = 30,0\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$), a közép súlyos ($\text{BMI} = 35,0\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$) és a súlyos (morbid) elhízást ($\text{BMI} \geq 40,0 \text{ kg/m}^2$).
- 21 tételes Háromfaktoros Evési Kérdőív (TFEQ-R21) Érzelmi evés skálája: a skála hat fordított szövegezésű tétel mentén méri az emocionális evésre való tendenciát: mennyire hajlamos az egyén arra, hogy bizonyos negatív érzelmi állapotok (például szorongás, szomorúság, unalom) jelenléte

esetében egyen? A válaszlehetőségek a következők voltak: teljes mértékben igaz (1), többnyire igaz (2), többnyire nem igaz (3) és egyáltalán nem igaz (4). A tételek megfordítását követően az átlagolósos skálaképzési algorit-mussal nyert szkórok 1 és 4 közötti értéket vehetnek fel. Ez a pontszám folytonos és kategoriális változóként egyaránt alkalmazható (Czeglédi és Urbán 2010). Az elemzések során a legalább 3 pontot elérőket tekintettük érzelmi evésre való fokozott hajlammal jellemezhetőeknek. A skála belső megbízhatósága jelen mintán megfelelőnek bizonyult (Cronbach- α = 0,95).

- Az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített változata (PSS10): a tíz tételre adott válaszok összeadásával kapott pontszám az észlelt stressz globális mutatója. Adamson és munkatársai (2020) eljárását követve az elért pontszámok alapján az alábbi kategóriákat hoztuk létre: alacsony stressz (az átlagnál több mint egy szórással alacsonyabb pontérték; ≤ 7 pont), mérsékelt stressz (az átlagtól legfeljebb egy szórással eltérő pontérték; 8–20 pont), magas stressz (az átlagnál több mint egy szórással magasabb pontérték; ≥ 21 pont).
- A Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata (BDI-9): a kilenc-tételes skálán elért magasabb pontszám fokozottabb depresszív tüneteket jelez. Az elemzések során a depresszió súlyossági fokát illetően az alábbi csoportokkal dolgoztunk: normális érték (≤ 9 pont), enyhe depressziós állapot (10–18 pont), közép-súlyos depressziós állapot (19–25 pont), súlyos depressziós állapot (≥ 26 pont).

Statistikai elemzések

A csoportok összehasonlítása folytonos változók esetében kétmintás t-próbával és Mann–Whitney-féle U-próbával, kategoriális változók esetében χ^2 -próbával történt. Hatásméret-mutatóként folytonos változók esetében Cohen-d együtthatót,⁴ kategoriális változók esetében pedig Cramér-V⁵ együtthatót számítottunk. Egyes esetekben kétszempontos varianciaanalízist is alkalmaztunk. Az együtt járások tesztelése Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel történt. A korrelációs együtthatók értékének

4 A Cohen-d együtthatók értékeinek értelmezése: 0,20 = kis hatás; 0,50 = közepes mértékű hatás; 0,80 = nagy hatás. E hatásméret-mutató értékeit az alábbi online kalkulátor segítségével számítottuk ki: http://psychometrica.de/effect_size.html

5 A Cramér-V asszociációs mérőszám, értéke 0 és 1 közötti: a 0 azt jelenti, hogy nincs összefüggés, míg 1-es érték esetében az egyik változó teljes mértékben meghatározza a másikat.

csoportok közötti különbségét a Fisher-féle Z-transzformációval vizsgáltuk. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam prediktorait többszörös bináris logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk meg. Az elemzéseket az SPSS 21.0 és a ROPstat statisztikai programcsomagokkal végeztük.

Eredmények

Leíró adatok és a két nem összehasonlítása a vizsgált változók mentén

Az 1–2. táblázatban részletesen szerepelnek a minta leíró adatai és a két nem összehasonlítása a vizsgált változók mentén. A BMI alapján a válaszadók ($n = 6594$) 2,1 százaléka alultáplált, 42,6 százaléka normális testtömegű, és 55,3 százaléka él súlyfelesleggel. Túlsúlya a megkérdezettek 39,7 százalékának van, míg az elhízás különféle súlyossági fokozatai a minta 15,6 százalékát érintik. A legutóbbi, 2013-as Hungarostudy-felmérésben ($n = 1945$) az alultáplált válaszadók aránya 3,6 százalék, a normális súlyúaké 43,7 százalék, a túlsúllyal bíróké 33,0 százalék, az elhízással élők pedig 19,7 százalék volt (Túry és mtsai 2013). Jelen felmérésben a túlsúllyal élők aránya valamivel magasabb, az elhízással élők aránya pedig valamivel alacsonyabb, mint 2013-ban volt ($\chi^2(3) = 214,584$, $p < 0,001$). Mintánkban a férfiak BMI-átlaga szignifikánsan, de csak kismértékben magasabb, mint a nőké, és a túlsúllyal élők aránya magasabb náluk, mint a nők körében (1. táblázat).

A pszichológiai változók tekintetében a nők szignifikánsan hajlamosabbnak bizonyultak az érzelmi evésre, mint a férfiak, azonban a különbség statisztikai értelemben kicsi. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam előfordulási gyakorisága is szignifikánsan magasabb a körükben, mint a férfiak esetében (10,0% vs. 6,0%).

Az észlelt stressz felmérése során kapott válaszok alapján a válaszadók egyötöde (20,3%) sorolható be az alacsony stressz-szintet átélők csoportjába, míg kétharmaduk (65,0%) mérsékelt, 14,7 százalékuk pedig magas észlelt stressz-szinttel jellemezhető. A nemi különbség szignifikáns ugyan (a nők javára), de statisztikai értelemben alacsony.

Tápláltsági állapot		Összesen	Férfiak	Nők	A két nem összehasonlítása	Hatásméret-mutató
BMI- átlag (SD) [terjedelem] (n = 6594)		25,9 (4,45) [13,8–60,6]	26,3 (3,75) [13,8 – 51,4]	25,7 (4,97) [14,7–60,6]	t(6445) = 5,670***	Cohen-d = –0,137
Tápláltságiállapot- kategória n (%) (n = 6594)	Alultáplált (BMI < 18,50 kg/m ²)	138 (2,1%)	20 (0,6%)	118 (3,4%)	$\chi^2(5) =$ 193,249***	Cramér-V = 0,171***
	Normális súlyú (BMI = 18,50– 24,9 kg/m ²)	2807 (42,6%)	1173 (38,0%)	1634 (46,6%)		
	Túlsúllyal él (BMI = 25,0– 29,9 kg/m ²)	2619 (39,7%)	1468 (47,6%)	1151 (32,8%)		
	Enyhe fokú elhízással él (BMI = 30,0– 34,9 kg/m ²)	818 (12,4%)	345 (11,2%)	473 (13,5%)		
	Középsúlyos elhízással él (BMI = 35,0– 39,9 kg/m ²)	155 (2,4%)	62 (2,0%)	93 (2,6%)		
	Súlyos elhízással él (BMI ≥ 40,0 kg/m ²)	58 (0,9%)	17 (0,6%)	41 (1,2%)		

Megjegyzés: SD = szórás; ***p < 0,001.

1. táblázat: A tápláltsági állapot leíró adatai és a két nem összehasonlítása

Végül a depresszió tekintetében azt találtuk, hogy a válaszadók kereken egynegyede (25%-a) érintett benne valamilyen súlyossági fokkal (enyhe: 9,2%; középsúlyos: 4,8%; súlyos: 11,0%). A nők ez esetben is szignifikánsan nagyobb arányban érintettek, mint a férfiak, de a statisztikai értelemben vett különbség ezúttal is csak kismértékű. Az eredményeket részletesen ismerteti a 2. táblázat.

Változók		Összesen	Férfiak	Nők	A két nem összehasonlítása	Hatásméret-mutató
Érzelmi evés (TFEQ-R21) átlag (SD) [terjedelem] (n = 6967)		1,47 (0,73) [1–4]	1,37 (0,66) [1–4]	1,56 (0,78) [1–4]	Z = 10,639***	Cohen-d = 0,221
Érzelmievés- kategória n (%) (n = 6967)	Legfeljebb közepes (< 3 pont)	6400 (91,9%)	3063 (94,0%)	3337 (90,0%)	$\chi^2(1) =$ 37,949***	Cramér-V = 0,074***
	Magas (≥ 3 pont)	567 (8,1%)	195 (6,0%)	372 (10,0%)		
Észlelt stressz (PSS10) átlag (SD) [terjedelem] (n = 6951)		14,0 (6,76) [0–40]	13,67 (6,67) [0–40]	14,24 (6,91) [0–40]	Z = 3,104**	Cohen-d = 0,072
Észleltstressz- kategória n (%) (n = 6952)	Alacsony (≤ 7 pont)	1408 (20,3%)	702 (21,5%)	706 (19,2%)	$\chi^2(1) =$ 16,308***	Cramér-V = 0,048***
	Mérsékelt (8–20 pont)	4520 (65,0%)	2137 (65,4%)	2383 (64,7%)		
	Magas (≥ 21 pont)	1024 (14,7%)	427 (13,1%)	597 (16,2%)		
Depresszív tünetek (rBDI) átlag (SD) [terjedelem] (n = 6948)		7,3 (11,83) [0–60]	6,67 (11,34) [0–60]	7,95 (12,20) [0–58]	Z = 3,633***	Cohen-d = 0,078
Depressziósúlyos- sági kategória n (%) (n = 6946)	Normális (≤ 9 pont)	5209 (75,0%)	2527 (77,6%)	2682 (72,7%)	$\chi^2(3) =$ 22,963***	Cramér-V = 0,057***
	Enyhe (10–18 pont)	642 (9,2%)	277 (8,5%)	365 (9,9%)		
	Középsúlyos (19–25 pont)	332 (4,8%)	137 (4,2%)	195 (5,3%)		
	Súlyos (≥ 26 pont)	763 (11,0%)	315 (9,7%)	448 (12,1%)		

Megjegyzés: TFEQ-R21 = 21 tételű Háromfaktoros Evési Kérdőív; PSS10 = az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, tíztételes változata, rBDI = a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata; SD = szórás; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

2. táblázat: A vizsgálat leíró adatai és a két nem összehasonlítása a pszichológiai változók tekintetében

Az érzelmi evésre való hajlam többszempontú vizsgálata

Az érzelmi evésre való hajlam pszichológiai korrelátumai és összefüggései a tápláltsági állapottal

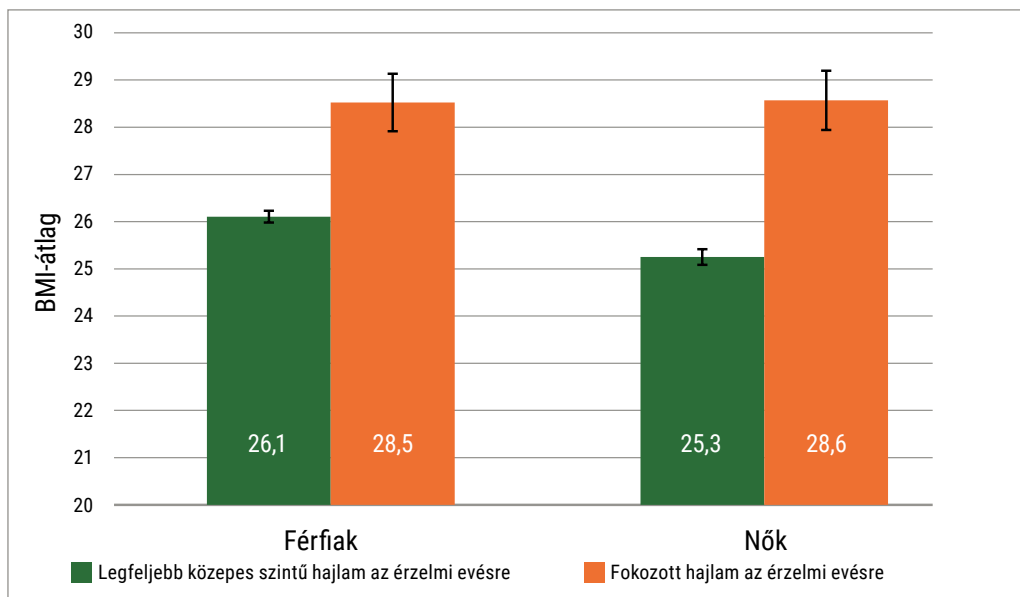
Az érzelmi evésre való hajlam mindkét nem esetében szignifikáns, pozitív irányú együtt járást mutat a BMI-vel – alátámasztva a vizsgált hipotézist –, azonban az összefüggés csak gyenge (3. táblázat).

	BMI	Észlelt stressz (PSS10)	Depresszió (rBDI)
Férfiak	0,20***	0,30***	0,33***
Nők	0,19***	0,27***	0,28***
A két nem összehasonlítása	Z = 0,234	Z = 1,616	Z = 1,892*

Megjegyzés: Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók. PSS10 = az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, tisztételes változata; rBDI = a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata; * $p < 0,10$; *** $p < 0,001$.

3. táblázat: Az érzelmi evésre való hajlam korrelátumai

Ugyanakkor az érzelmi evésre fokozottan hajlamosak csoportja szignifikánsan magasabb BMI-vel jellemezhető mindkét nem esetében, bár a nőknél erősebb az összefüggés (a nem főhatása: $F(1) = 4,328$, $p = 0,038$; az érzelmi evésre való hajlam főhatása: $F(1) = 217,289$, $p < 0,001$; a nem $\times$ érzelmi evés interakciója: $F(1) = 5,356$, $p = 0,021$; 1. ábra). Mindazonáltal a modell által megmagyarázott variancia mindössze 4,0 százalék. Végül a teljes minta vonatkozásában elmondható, hogy míg az alultáplált válaszadóknak alig 2,2 százaléka, a normális tápláltsági állapotúaknak pedig 5,1 százaléka jellemezhető az érzelmi evésre való fokozott tendenciával, addig a túlsúllyal bírók esetében ez az arány 7,8 százalék, az elhízással élők körében pedig 20,1 százalék. Mindez azt jelenti, hogy e reprezentatív hazai mintában obezitás esetén minden ötödik válaszadó érintett az emocionálisan kiváltott evésre való fokozott hajlamban ($\chi^2(3) = 226,449$, $p < 0,001$; Cramér-V = 0,186, $p < 0,001$).

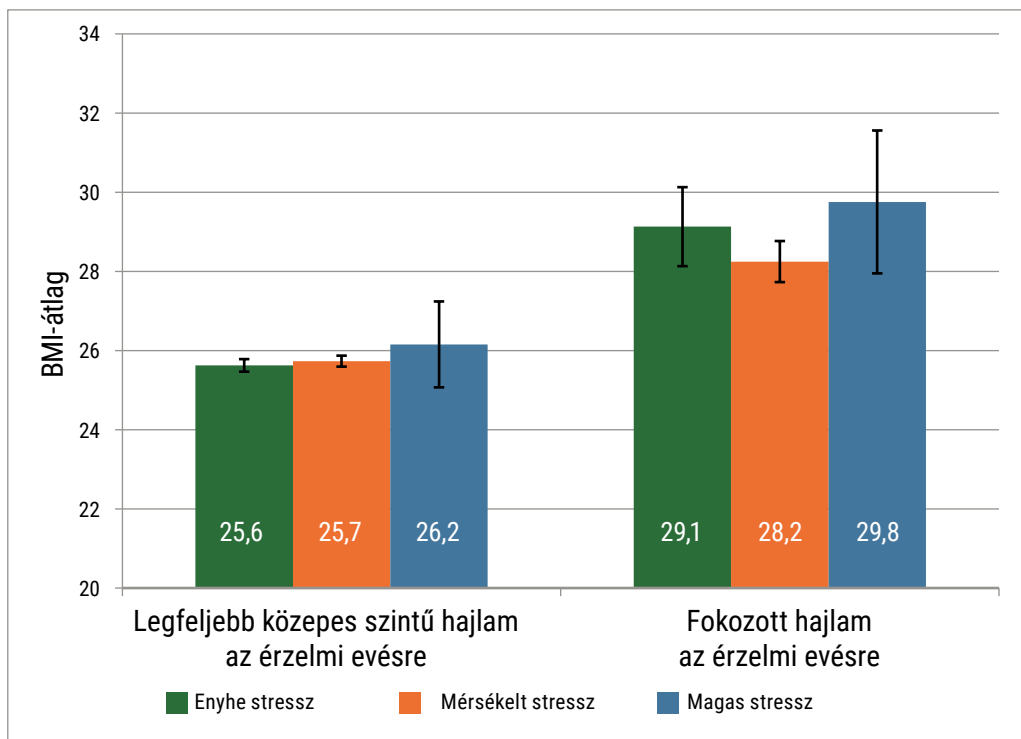


Megjegyzés: Az ábra feltünteteti az átlagok 95 százalékos megbízhatósági intervallumát.

1. ábra: Az érzelmi evésre való hajlam és a BMI kapcsolata

Alátámasztva a vizsgált hipotézist az érzelmi evésre való hajlam mindkét nem esetében szignifikáns, pozitív irányú, gyenge együtt járást mutat az észlelt stresszel is (3. táblázat). Ugyanakkor a χ^2 -próba eredménye rámutatott, hogy míg az észlelt stressz alacsony szintje esetében a válaszadók mindössze 3,6 százalékánál jelenik meg fokozott hajlam az érzelmi evésre, addig mérsékelt szintű észlelt stressz esetében ez az arány megduplázódik (8,0%), magas szintű észlelt stressz esetén pedig négyszeresére nő (15,1%; $\chi^2(2) = 106,102$, $p < 0,001$; Cramér-V = 0,124, $p < 0,001$).

A kétszemponos varianciaanalízis eredményei tovább árnyalják a képet (2. ábra). Míg az érzelmi evésre való legfeljebb közepes szintű hajlam esetében a BMI átlaga az észlelt stressz mértékétől függetlenül az alacsonyabb tartományban helyezkedik el, addig az érzelmi evésre való hajlam fokozott volta esetén az észlelt stressz mindegyik kategóriájánál magas a BMI átlaga (az észlelt stressz főhatása: $F(2) = 0,936$, $p = 0,392$; az érzelmi evésre való hajlam főhatása: $F(1) = 143,590$, $p < 0,001$; az észlelt stressz $\times$ érzelmi evés interakciója: $F(2) = 1,246$, $p = 0,288$). Megjegyzendő azonban, hogy a modell által megmagyarázott variancia igen alacsony: mindössze 3,2 százalék.



Megjegyzés: Az ábra feltünteti az átlagok 95 százalékos megbízhatósági intervallumát.

2. ábra: Az érzelmi evésre való hajlam, az észlelt stressz és a BMI kapcsolata

Végül – ugyancsak alátámasztva a tesztelt hipotézist – az érzelmi evésre való hajlam a depresszióval is szignifikáns, pozitív irányú, a nőknél gyenge, a férfiaknál pedig közepes erősségű együtt járást mutat. A férfiaknál az összefüggés tendenciaszinten szorosabb, mint a nőknél ($Z = 1,892$, $p = 0,059$; 3. táblázat). Súlyosság szerint osztályozva a depresszió tüneteit a teljes mintán vizsgálódva szignifikáns összefüggés mutatkozik az érzelmi evésre való fokozott hajlam jelenlétével. Míg normális szintű depresszív tünetek esetében a válaszadóknak csak 5,8 százalékára jellemző az érzelmi evés fokozott hajlama, addig enyhe depressziónál 14,0 százalék, középsúlyos depresszió esetén 16,2 százalék, súlyos depresszió esetében pedig 15,2 százalék érintett benne ($\chi^2(3) = 147,515$, $p < 0,001$; Cramér- $V = 0,146$, $p < 0,001$).

Az érzelmi evésre való fokozott hajlam magyarázó változói

Az érzelmi evésre való *fokozott* hajlam – a jelen vizsgálatban használt kritérium szerint legalább 3 pont elérése a 21 tételes Háromfaktoros Evési Kérdőív Érzelmi evés skáláján – magyarázó változóit bináris logisztikus regresszió elemzéssel is teszteltük. A többváltozós elemzés célja a kétváltozós elemzések eredményeinek megerősítése volt egyes szociodemográfiai változók (úgy mint nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely) kontrollja mellett, oly módon, hogy továbbra is vizsgáljuk az érzelmi evésre való fokozott hajlam és a tápláltsági állapotot jelző BMI közötti kapcsolatot.

Változók	B	SE	Wald	DF	p	OR [95% CI]
Nem (referencia: férfiak)	0,614	0,098	38,896	1	<0,001	1,85 [1,52–2,24]
Életkor	–0,011	0,003	14,791	1	<0,001	0,99 [0,98–0,99]
Iskolai végzettség						
Középfokú iskolai végzettség (referencia: alacsony iskolai végzettség)	–0,193	0,116	2,782	1	0,095	0,82 [0,66–1,03]
Felsőfokú iskolai végzettség (referencia: alacsony iskolai végzettség)	0,293	0,124	5,571	1	0,018	1,34 [1,05–1,71]
Lakóhely						
Megyeszékhely (referencia: Budapest)	–0,554	0,149	13,848	1	<0,001	0,57 [0,43–0,77]
Város (referencia: Budapest)	–0,453	0,131	11,995	1	0,001	0,64 [0,49–0,82]
(Nagy)község (referencia: Budapest)	–0,397	0,138	8,314	1	0,004	0,67 [0,51–0,88]
Észlelt stressz (PSS10)	0,045	0,008	28,792	1	<0,001	1,05 [1,03–1,06]
Depresszív tünetek (rBDI)	0,023	0,004	34,390	1	<0,001	1,02 [1,02–1,03]
BMI	0,128	0,009	198,066	1	<0,001	1,14 [1,12–1,16]

Megjegyzés: referencia = viszonyítási csoport; SE = standard hiba; DF = szabadságfok; OR = esélyhányados; 95% CI = 95 százalékos megbízhatósági intervallum; PSS10 = az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, 10 tételes változata; rBDI = a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata.

4. táblázat: Az érzelmi evésre való fokozott hajlam magyarázó változói

Az eredmények (4. táblázat) szerint az észlelt stressz és a depresszív tünetek továbbra is szignifikáns magyarázó változói az érzelmi evésre való fokozott hajlamnak. Továbbá az érzelmi evésre való fokozott tendencia esélye szignifikánsan nagyobb a nőknél, mint a férfiaknál; a Budapesten élőknel a más településeken élőkhez képest; valamint a felsőfokú iskolai végzettségűeknél az alapfokú iskolai végzettségűekhez képest. Ugyanakkor az érzelmi evésre való fokozott hajlam esélye az életkor előrehaladtával csökken. Mindezen változók kontrollja mellett a BMI továbbra is szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutat az érzelmi evésre való fokozott hajlammal. A modell által megmagyarázott variancia (Nagelkerke R^2) 13,7 százalék.

Megbeszélés

A hazánk felnőtt lakosságának számottevő részét érintő túlsúly és elhízás jelentős kockázatot hordoz magában a testi és lelki egészségre, az egészségügyi ellátórendszer fokozott leterhelését eredményezve. A többletsúllyal élők hibáztatása az állapotukért és a felelősség rájuk hárítása azonban nem segíti elő az elhízás epidemiájának visszaszorítását. Minél szélesebb körben válik ismertté az obezitás komplex etiológiai háttere (Kadouh és Acosta 2017), annál inkább remélhető, hogy gyengülni fog a hibáztató attitűd az elhízással élőkkel kapcsolatban. Mindez hozzájárulna a stigmatizáló bánásmód előfordulási gyakoriságának csökkenéséhez és ezáltal e komoly pszichoszociális stresszfaktor enyhítéséhez az érintettek életében (Czeglédi 2021).

Jelen tanulmány célja az elhízásra hajlamosító érzelmi evésre való hajlam és az észlelt stressz, a depresszív tünetek, valamint az elhízás kapcsolatának vizsgálata volt a Hungarostudy 2021 kutatás tizennyolc éves és afeletti hazai lakosságot reprezentáló mintáján.

Eredményeink szerint a résztvevők több mint fele (55,3%-a) él kisebb-nagyobb súlyfelesleggel. A túlsúly ($BMI = 25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$) a férfiak körében valamivel nagyobb, az elhízás ($BMI \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) viszont mindkét nemnél jóval kisebb gyakorisággal fordul elő a mintában, mint amire a reprezentatív hazai felmérések eredményei (Rurik és mtsai 2021) alapján számítani lehetett volna. Ennek egyik oka lehet az önbevallással nyert antropometriai adatok (különösen a testtömeg) szenzitív természete,

amely az esetleges szégyenérzet miatt torzítást eredményezhetett a kérdezőbiztosnak adott válaszadás során. Ezt a feltételezést alátámasztja, hogy a 2013-ban lezajlott Hungarostudy-vizsgálat azonos módszertannal kapott eredményei is kedvezőbb képet mutattak a hazai trendeknél. Mindezt szükséges figyelembe venni az eredmények értelmezése során.

A tanulmány fókuszában az emocionális evés jelensége állt, amely egyes negatív érzelmek (például unalom, magányosság, harag) enyhítését szolgáló, hosszú távon egészségkárosító hatású, éppen ezért maladaptív érzelemszabályozási stratégia. Azon túl, hogy obezogén – azaz elhízásra hajlamosító – magatartás, az egyik legnagyobb akadálya a hatékony és hosszú távú testtömegkontrollnak (Czeplédi 2021). Éppen ezért minél jobban megismerjük az ezt a tendenciát előrejelző pszichoszociális tényezőket, annál inkább személyre szabott kezelést tudunk nyújtani a súlyfelesleggel élő páciensek gondozása során.

A kétváltozós elemzések eredményei szerint a nők valamivel hajlamosabbak a férfiaknál az emocionális evésre, azonban a nemek közötti különbség csekély. Ez pedig arra utal, hogy a férfiak esetében is számolnunk szükséges azzal, hogy egyes nehéz érzéseiket evéssel próbálják meg csillapítani.

Az emocionális evésre való tendencia elhízásra hajlamosító voltát alátámasztja, hogy mindkét nemnél egyenes irányú összefüggést mutat a tápláltsági állapotot jelző BMI-mutatóval, ráadásul az érzelmi evésre való fokozott hajlam minden ötödik obez egyént érinti.

Az emocionális evésre való tendencia mindkét nemnél pozitív irányú együtt járást mutat az észlelt stresszel. Eredményeinkből az is látható, hogy az érzelmi evésre való legfeljebb közepes mértékű hajlam esetében az észlelt stressz szintjétől függetlenül az alacsonyabb tartományban helyezkedik el a válaszadók BMI-átlaga. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam esetében viszont az észlelt stressz szintjétől függetlenül magas a BMI-átlag. Tehát az érzelmi evésre való fokozott hajlam még alacsony szintű észlelt stressz esetében is valószínűsíti a jelentős súlytöbblet megjelenését. Mindez egyfelől alátámasztja, hogy a mindennapi apró bosszúságok is épp elég belső feszültséget generálhatnak ahhoz, hogy az egyén evéssel próbálja csillapítani (Konttinen 2020), másfelől pedig arra utal, hogy a stresszkezelési készségek fejlesztése – azaz a problémafókuszú és

az adaptív érzelemfókuszú megküzdési módok kialakításának és megszi-
lárdításának támogatása – akkor is jótékony hatást gyakorolhat a súlyfe-
lesleg mértékére, ha az illetőnek szemlátomást nincsenek súlyos életviteli
problémái. A hazánkban is elérhető William ÉletKészségek® stresszkeze-
lő és pszichoszociális készségfejlesztő tréning csoportos, illetve önsegítő
formája tíz bizonyítékalapú stratégia elsajátítását is lehetővé teszi, je-
lentősen hozzájárulva nemcsak a stressz megfelelő kezeléséhez, hanem
a támogató, meleg személyközi kapcsolatok kialakításához és hosszú távú
megőrzéséhez is (Stauder és mtsai 2016).

Az érzelmi evésre való hajlam ugyancsak mindkét nem esetében együtt
jár a depresszív tünetekkel. Ugyanakkor míg normális szintű depress-
zió esetében csak a válaszadók alig 6 százalékára jellemző az érzelmi
evésre való fokozott hajlam, addig a depresszív tünetek fokozott jelenléte
(legalább 10 pont elérése a rövidített Beck Depresszió Kérdőíven) esetében
a résztvevők mintegy 15 százaléka érintett ebben. A depresszió súlyossá-
gi fokozatai azonban nem mutatnak számottevő összefüggést az érzelmi
evésre való fokozott tendencia előfordulási gyakoriságával. Mindez azt
jelenti, hogy – akár enyhe, akár közép súlyos, akár súlyos – depresszió
esetében megközelítőleg minden hetedik egyénnél megjelenhet az érzelmi
evésre való fokozott hajlam, részben megmagyarázva a depresszió és az
elhízás pozitív irányú kapcsolatát (Konttinen 2020). Ennek ismeretében
különösen fontos a depresszió szűrése az alap- és szakellátórendszerben,
illetve megfelelő kezelésének a biztosítása. Hangsúlyozandó, hogy az enyhe
depresszió tüneteinek enyhítésére kiválóan alkalmazhatók az úgynevezett
alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók, amelyeket nemcsak a há-
ziorvosok, de más területeken működő szakemberek is nagy hatásfokkal
tudnak alkalmazni a mindennapi orvosi gyakorlatban (Purebl 2018).

Az érzelmi evésre való fokozott hajlam magyarázó változóit tesztelő több-
változós elemzésben az észlelt stressz és a depresszió egyaránt megőrizte
szignifikáns prediktor szerepét. A szociodemográfiai változók bevonásával
végzett elemzés eredménye megerősítette, hogy a nőknél nagyobb eséllyel
jelenik meg a fokozott mértékű érzelmi evés, mint a férfiaknál. A vidéken
élőknél településtípustól függetlenül jóval kisebb eséllyel jelent meg az
érzelmi evésre való fokozott hajlam, mint a fővárosban élőknél. Ennek
hátterében részben az állhat, hogy Budapesten nagyságrendekkel nagyobb

a népsűrűség, mint bármelyik hazai városban vagy akár megyeszékhelyen, jelentős zsúfoltságot eredményezve, ami egyfelől maga is stresszforrás, másfelől az elidegenedés érzését is eredményezheti. A sokemeletes házakban és kiterjedt épülettömbökben a gyakorta egymást látásból is alig ismerő emberek csak kevésbé támaszkodhatnak a lakókörnyezetük tagjaira a nehézségeik megoldásában, illetve kevésbé részesülhetnek tőlük érzelmi támogatásban. Emellett a COVID-19-pandémia első időszakában bekövetkezett korlátozások talán a fővárosban élőket szorították be leginkább az otthonaikba, az ebből fakadó jelentős érzelmi megterhelés mellett korlátozva az adaptív feszültséglevezetési módok számos formáját. A világjárvány evészavarokra gyakorolt hatására irányuló nemzetközi kutatások eredményeit áttekintő hazai tanulmány szerzői beszámolnak arról, hogy az Egyesült Királyságban élő 16–24 éves fiatalok körében a pandémia korai időszakában megszaporodott a túlevés, illetve az érzelmileg kiváltott evés gyakorisága, míg egy másik, Olaszországban folytatott, a tizenegy év felettieket vizsgáló kutatásban a válaszadók mintegy egyharmadánál étvágyfokozódás, közel felüknél pedig súlygyarapodás jelent meg (Babusa és Túry 2022).

Az iskolai végzettség kapcsán kapott eredmény, hogy az alapfokú iskolai végzettségűekhez képest a felsőfokú iskolai végzettségűek körében nagyobb az esélye az érzelmi evésre való fokozott hajlamnak. Ennek lehetséges magyarázata, hogy a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők nagyobb valószínűséggel végeznek szellemi munkát, mint az alapfokú iskolai végzettségűek. Ez túlnyomórészt ülőmunkát jelent, amely a fizikai munkánál több lehetőséget teremt az érzelmileg kiváltott evési epizódok megjelenésére a nap során. Egy Törökországban végzett vizsgálat eredményei szerint a negatív érzelmekkel, illetve negatív helyzetekkel való szembesülésre adott válaszul megjelenő érzelmileg kiváltott étvágy, illetve érzelmi evés az iskolai végzettséggel párhuzamosan fokozódik. A szerzők érvelése szerint ennek lehetséges magyarázata, hogy a magasabb iskolai végzettségűek jobb anyagi körülményekkel rendelkeznek (Bilici és mtsai 2020), azaz lényegében „megengedhetik” maguknak, hogy feszültséglevezetésként egyenek.

Az életkor kapcsán pedig elmondható, hogy az érzelmi evésre való fokozott hajlam kockázata az életkor előrehaladtával csökken. Ez összecseng

például a fent említett török vizsgálat (Bilici és mtsai 2020) eredményeivel, és egyfelől igen öröndetes, ha tekintetbe vesszük a testsúlygyarapodásra való tendenciát az idősödés során. Másfelől azonban a jelen mintán kapott összefüggés statisztikai értelemben elhanyagolhatóan csekély, így életkortól függetlenül gyakorlatilag bárkinél megjelenhet az emocionális evésre való hajlam fokozott mértéke.

Hangsúlyozandó, hogy mindezen változók kontrollja mellett a BMI továbbra is szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutat az emocionális evésre való fokozott hajlammal, aláhúзва annak jelentőségét, hogy a súlyfelesleg etiológiai hátterében e pszichés jellemző lényegi szerepet játszik. Mivel az elhízás krónikus betegségként értelmezendő állapot, amely maga is számos krónikus betegség rizikótényezője (Rurik és mtsai 2021), az érzelmi evés hajlamában való érintettség mértékét mindenképpen szükséges felmérni és figyelembe venni a súlyfelesleggel élők egészségügyi ellátása során. Hiszen minél inkább ismeri a szakember az adott páciens súlytöbbletének hátterében álló tényezőket, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az egyénre szabott kezelés biztosításával sikeresen megtámogatja a testtömegkontrollt. Ahogy a jelen vizsgálat eredményei mutatják, a személyre szabott kezelés egyik aspektusa az elhízásra hajlamosító és a hatékony testsúlymenedzselést akadályozó érzelmi evés szerepének felismerése a súlyfelesleg kialakulásában, illetve fennmaradásában, és leküzdésének támogatása a stresszkezelési készségek fejlesztésével (Czeglédi 2021).

Összegzés

Az elhízás a fejlett világ egyik legnagyobb népegészségügyi jelentőségű problémája. Prevenciója nem megoldott, kezelésére pedig nincs királyi út. Éppen ezért az etiológiájában szerepet játszó, módosítható tényezők feltérképezése és kedvező irányú változtatása kiemelt jelentőségű. Jelen kutatás az érzelmi evésre való hajlam szerepére fókuszált. A COVID-19-járványügyi helyzet és az ennek kapcsán bevezetett korlátozások jelentős szorongás táptalajául szolgáltak, és sokakat megfosztottak nemcsak a biztonság-, de a kompetenciaérzésüktől is, ugyanakkor megnehezítették a helyzettel való adaptív megküzdést. A maladaptív copingstratégiák – mint amilyen például az emocionális evésre való hajlam – azonban többnyire káros hatást gyakorolnak az egyének testi-lelki egészségére

és esetenként a társas kapcsolataikra is. A hatékony testtömegkontroll élethosszig tartó elköteleződést kíván, és egyik első lépése az érzelmileg kiváltott evési epizódok előfordulási gyakoriságának csökkentése lehet az arra hajlamos személyeknél. Jelen tanulmány eredményei segítettek feltárni az érzelmi evésre való hajlam pszichoszociális háttértényezőit, szempontokat adva a szűréshez és a beavatkozáshoz.

Felhasznált irodalom

- Adamson, Maheen M., Angela Phillips, Srija Seenivasan, Julian Martinez, Harlene Grewal, Xiaojian Kang, John Coetzee, Ines Luttenbacher, Ashley Jester, Odette A. Harris, David Spiegel (2020) International prevalence and correlates of psychological stress during the global COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 17. (24): 9248.
- Babusa Bernadett, Túry Ferenc (2022) A COVID-19-pandémia hatása az evészavarokra. *Lege Artis Medicinae*. 32. évf. 4–5. sz. 181–187.
- Bilici, Saniye, Busra Ayhan, Efsun Karabudak, Eda Koksall (2020) Factors affecting emotional eating and eating palatable food in adults. *Nutrition Research and Practice*. Vol. 14. (1): 70–75.
- Camilleri, Géraldine M., Caroline Méjean, Emmanuelle Kesse-Guyot, Valentina A. Andreeva, France Bellisle, Serge Hercberg, Sandrine Péneau (2014) The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *Journal of Nutrition*. Vol. 144. (8): 1264–1273.
- Czeglédi Edit (szerk.) (2021) *Az obezitás magatartástudományi vonatkozásai*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft.
- Czeglédi Edit, Urbán Róbert (2010) A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Items) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 65. évf. 3. sz. 463–494.
- Kadoush, Hoda C., Andres Acosta (2017) Current paradigms in the etiology of obesity. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. Vol. 19. (1): 2–11.
- Konttinen, Hanna (2020) Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*. Vol. 79. (3): 283–289.
- Mannan, Munim, Abdullah Mamun, Suhail Doi, Alexandra Clavarino (2016) Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. Vol. 21: 51–66.
- Purebl György (2018) *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Rurik Imre, Apor Péter, Barna Mária, Barna István, Bedros J. Róbert, Kempler Péter, Martos Éva, Mohos Elemér, Pavlik Gábor, Pados Gyula, Pucsok József, Simonyi Gábor, Bíró György (2021) Az elhízás kezelése és megelőzése: táplálkozás, testmozgás, orvosi lehetőségek. *Orvosi Hetilap*. 162. évf. 9. sz. 323–335.
- Sarwer, David B., Heather M. Polonsky (2016) The psychosocial burden of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. Vol. 45. (3): 677–688.

- Stauder Adrienne, Balog Piroska, Kovács Mónika, Susánszky Éva (2016) A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 17. évf. 2. sz. 81–95.
- Túry Ferenc, Czeglédi Edit, Papp Ildikó, Dukay-Szabó Szilvia, Babusa Bernadett, Hayriye Güleç, Mezei Ágnes, Szabó Kornélia, Varga Márta, Szumska Irena (2013) A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2013*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft. 147–160.
- World Health Organization (2017) *Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf (Letöltés: 2022. május 11.)

