

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM  
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR**

**Román Nóra**

**Jól (l)enni: adaptív evési magatartások és  
mérési lehetőségeik**

**DOI-azonosító: 10.15476/ELTE.2023.244**

**Pszichológiai Doktori Iskola**

**Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Urbán Róbert, DSc**

**Személyiség- És Egészségpszichológiai Program**

**Programvezető: Prof. Dr. Oláh Attila, professor emeritus**

**Témavezető: Prof. Dr. Urbán Róbert, DSc**

**Budapest, 2023.**





## EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

### ADATLAP a doktori értekezés nyilvánosságra hozatalához

#### I. A doktori értekezés adatai

A szerző neve: Román Nóra

A doktori értekezés címe és alcíme: Jól (l)enni: adaptív evési magatartások és mérési lehetőségeik

A doktori iskola neve: Pszichológiai Doktori Iskola

A doktori iskolán belüli doktori program neve: Személyiség- és Egészségpszichológia program

A témavezető neve és tudományos fokozata: Dr. Urbán Róbert, DSc

A témavezető munkahelye: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet

MTA Adatbázis-azonosító: 10064963

DOI-azonosító<sup>1</sup>: 10.15476/ELTE.2023.244

#### II. Nyilatkozatok

1. A doktori értekezés szerzőjeként<sup>2</sup>

a) hozzájárulok, hogy a doktori fokozat megszerzését követően a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban. Felhatalmazom a Pszichológiai Doktori Iskola hivatalának ügyintézőjét, Barna Ildikót, hogy az értekezést és a téziseket feltöltse az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba, és ennek során kitöltse a feltöltéshez szükséges nyilatkozatokat.

b) kérem, hogy a mellékelt kérelemben részletezett szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentés közzétételéig a doktori értekezést ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> A kari hivatal ügyintézője tölti ki.

<sup>2</sup> A megfelelő szöveg aláhúzendő.

c) kérem, hogy a nemzetbiztonsági okból minősített adatot tartalmazó doktori értekezést a minősítés (...*dátum*)-ig tartó időtartama alatt ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;<sup>4</sup>

d) kérem, hogy a mű kiadására vonatkozó mellékelt kiadó szerződésre tekintettel a doktori értekezést a könyv megjelenéséig ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban, és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban csak a könyv bibliográfiai adatait tegyék közzé. Ha a könyv a fokozatszerzést követően egy évig nem jelenik meg, hozzájárulok, hogy a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban.<sup>5</sup>

2. A doktori értekezés szerzőjeként kijelentem, hogy

a) a ELTE Digitális Intézményi Tudástárba feltöltendő doktori értekezés és a tézisek saját eredeti, önálló szellemi munkám és legjobb tudomásom szerint nem sértem vele senki szerzői jogait;

b) a doktori értekezés és a tézisek nyomtatott változatai és az elektronikus adathordozón benyújtott tartalmak (szöveg és ábrák) mindenben megegyeznek.

3. A doktori értekezés szerzőjeként hozzájárulok a doktori értekezés és a tézisek szövegének plágiumkereső adatbázisba helyezéséhez és plágiumellenőrző vizsgálatok lefuttatásához.

Kelt: Budapest. 2023. augusztus 21.



a doktori értekezés szerzőjének aláírása

---

<sup>3</sup> A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell adni a tudományági doktori tanácshoz a szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentést tanúsító okiratot és a nyilvánosságra hozatal elhalasztása iránti kérelmet.

<sup>4</sup> A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a minősített adatra vonatkozó közokiratot.

<sup>5</sup> A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a mű kiadásáról szóló kiadói szerződést.

## Tartalomjegyzék

<b>A disszertációban felhasznált saját közlemények jegyzéke.....</b>	<b>9</b>
<b>Köszönetnyilvánítás .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Bevezetés.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Az adaptív evési magatartások kutatásának jelentősége .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Evési magatartásmódok felnőttkorban .....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Az evési magatartások korai meghatározottsága.....	23
<b>1.3. Maladaptív evési magatartások .....</b>	<b>24</b>
1.3.1. Obezogén evési magatartások .....	24
1.3.1.1. Az obezogén evési magatartás következménye.....	28
1.3.2. A testtömeg és a maladaptív evési magatartások menedzselésének pszichoszociális megközelítései felnőtteknél.....	35
<b>1.4. Az evési magatartások pozitív szemlélete: adaptív evési magatartások.....</b>	<b>37</b>
1.4.1. Adaptív evési magatartások.....	37
1.4.1.1. A „testtömegfüggetlen” egészséget elősegítő megközelítések.....	38
1.4.2. A jelentudatos evés .....	40
1.4.2.1. Jelentudatosság és evés.....	40
1.4.2.2. A jelentudatos evés konstruktuma, korrelátumai és hatásai .....	41
1.4.2.3. A jelentudatos evés mérése.....	44
1.4.2.4. Jelentudatos evés intervenciók és eredményességük.....	46
1.4.3. Az intuitív étkezés .....	48
1.4.3.1. Az intuitív étkezés konstruktuma .....	48
1.4.3.2. Az intuitív étkezés mérése .....	49
1.4.3.3. A diétamentes és az intuitív étkezéssel összefüggő intervenciók.....	51
1.4.4. Az öndetermináció szerepe az egészséges táplálkozási szokásokban .....	53
1.4.4.1. Az egészséges táplálkozás önszabályozási módjainak korrelátumai.....	56
1.4.4.2. Az egészséges táplálkozás önszabályozási módjainak mérése.....	58
1.4.4.3. Az öndeterminált egészséges táplálkozási motiváció elősegítésének lehetőségei .....	59
<b>1.5. Az egyes adaptív és maladaptív evési magatartások egymáshoz való viszonya .....</b>	<b>61</b>
<b>1.6. A gyermekkori evési magatartások jelentős meghatározó tényezői .....</b>	<b>63</b>

1.6.1.	Szülői táplálási stílusok hatása a gyermekkori evési magatartásokra .....	65
1.6.2.	Szülői evési magatartások hatása a gyermekkori evési magatartásokra .....	68
<b>2.</b>	<b>A doktori értekezés célkitűzései.....</b>	<b>72</b>
<b>3.</b>	<b>Empirikus vizsgálatok .....</b>	<b>73</b>
<b>3.1.</b>	<b>VIZSGÁLAT 1. A Jelentudatos Evés Kérdőív (Mindful Eating Questionnaire, MEQ) pszichometriai vizsgálata .....</b>	<b>73</b>
3.1.1.	Célkitűzés.....	73
3.1.2.	Módszer.....	75
3.1.2.1.	Vizsgálati személyek.....	75
3.1.2.2.	Eljárás.....	75
3.1.2.3.	Mérőeszközök .....	76
3.1.2.4.	Adatelemzés .....	78
3.1.3.	Eredmények.....	79
3.1.3.1.	A megerősítő faktorelemzés eredményei .....	79
3.1.3.2.	A feltáró faktorelemzés eredményei .....	80
3.1.3.3.	A MEQ alskálák közti kapcsolat és a skála főkomponens elemzésének eredményei .....	84
3.1.3.4.	A MEQ alskálái és a validáló változók közti együttjárások .....	85
3.1.4.	Megbeszélés .....	88
3.1.4.1.	A vizsgálat limitációi .....	91
<b>3.2.</b>	<b>VIZSGÁLAT 2. Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Kérdőív (Motivation for Healthy Eating Scale, MHES) pszichometriai vizsgálata nemzetközi perspektívában .....</b>	<b>93</b>
3.2.1.	Célkitűzés.....	93
3.2.2.	Módszer.....	94
3.2.2.1.	Vizsgálati személyek.....	94
3.2.2.2.	Eljárás.....	95
3.2.2.3.	Mérőeszközök .....	96
3.2.2.4.	Elemzés .....	97
3.2.3.	Eredmények.....	98
3.2.3.1.	Megerősítő faktorelemzés és mérési invariancia .....	98
3.2.3.2.	Az alskálák korrelációs elemzése.....	99
3.2.3.3.	A kérdőív alskáláinak kapcsolata a validáló változókkal .....	100
3.2.4.	Megbeszélés .....	102
3.2.4.1.	A vizsgálat limitációi .....	105

<b>3.3. VIZSGÁLAT 3. Az intuitív étkezés mérése: Az Intuitív Étkezés Skála 2. (Intuitive Eating Scale 2, IES-2) adaptálása és validációja .....</b>	<b>107</b>
3.3.1. Célkitűzés .....	107
3.3.2. Módszer .....	108
3.3.2.1. Vizsgálati személyek .....	108
3.3.2.2. Eljárás .....	108
3.3.2.3. Mérőeszközök.....	109
3.3.2.4. Adatlemzés .....	111
3.3.3. Eredmények .....	112
3.3.3.1. A megerősítő faktorelemzés eredményei .....	112
3.3.3.2. Korrelációk az IES-2 alskálái és a validáló konstruktumok között.....	117
3.3.4. Megbeszélés.....	122
3.3.4.1. A vizsgálat limitációi.....	126
<b>3.4. VIZSGÁLAT 4. Az anyai adaptív táplálkozás, valamint a táplálási stílus összefüggése az óvodáskorú gyermekek táplálkozási magatartásának alakulásával .....</b>	<b>128</b>
3.4.1. Célkitűzés .....	129
3.4.2. Módszer .....	129
3.4.2.1. Vizsgálati személyek .....	130
3.4.2.2. Eljárás .....	131
3.4.2.3. Mérőeszközök.....	132
3.4.2.4. Elemzés.....	135
3.4.3. Eredmények .....	135
3.4.4. Megbeszélés.....	141
3.4.4.1. A vizsgálat limitációi.....	143
<b>4. Összefoglaló megbeszélés és kitekintés .....</b>	<b>145</b>
<b>5. Irodalomjegyzék .....</b>	<b>156</b>
<b>Mellékletek .....</b>	<b>208</b>
<b>1. melléklet: A doktori értekezés részeként adaptálásra és validálásra került kérdőívek .....</b>	<b>208</b>
1/A melléklet – A Jelentudatos Evés Kérdőív magyar változata és skálaképzése .....	208
1/B melléklet – Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála magyar változata és skálaképzési útmutatója .....	211
1/C melléklet – Az Intuitív Étkezés Skála 2. magyar változata és skálaképzése .....	213
<b>2. melléklet: A 2. és 3. vizsgálatához tartozó kiegészítő táblázatok.....</b>	<b>215</b>

## Táblázatok és ábrák jegyzéke

### TÁBLÁZATOK

#### 1. Bevezetés

<b>1.2-1. táblázat</b> A tárgyalt főbb evési magatartások és azokkal összefüggő koncepciók. .....	16
<b>1.4.4-1. táblázat</b> Az öndeterminációs elmélet konceptuális modellje az egészséges táplálkozás kontextusában. ....	55

#### 1. Vizsgálat

<b>3.1-1. táblázat</b> A minta jellemzői. ....	75
<b>3.1-2. táblázat</b> A Jelentudatos Evés Kérdőív magyar változatának feltáró faktorelemzéssel kapott faktorstruktúrájának leíró statisztikai, faktortöltései és Cronbach- $\alpha$ mutatói. ....	81
<b>3.1-3. táblázat</b> A Jelentudatos Evés Kérdőív alfaktorai, valamint a validáló konstruktumok és a főkomponensek közötti korrelációs együtthatók összefoglaló táblázata. ....	87
<b>3.1-4. táblázat</b> A Jelentudatos Evés Kérdőív alfaktorai és főkomponensei determinánsainak meghatározására alkalmazott többváltozós regressziós elemzés eredményei. ....	88

#### 2. Vizsgálat

<b>3.2-1. táblázat</b> A minta jellemzői. ....	95
<b>3.2-2. táblázat</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála megerősítő faktorelemzéséhez tartozó mutatók csoportok szerint, és a mérési invariancia tesztelés eredményei. ....	99
<b>3.2-3. táblázat</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak korrelációs mátrixa a három mintában. ....	100
<b>3.2-4. táblázat</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála és a validáló változók közti összefüggések: a megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal analízis eredményei. ....	102

#### 3. Vizsgálat

<b>3.3-1. táblázat</b> Az Intuitív Étkezés Skála 2. négy vizsgált modelljének illeszkedési mutatói. ....	113
--	-----



<b>3.3-2. táblázat</b> Az Inuitív Étkezés Skála 2. négy elsőrendű faktoros modellt eredményező megerősítő faktorelemzésének leíró statisztikái, Cronbach- $\alpha$ mutatói, és faktortöltései. ....	114
<b>3.3-3. táblázat</b> Az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2) és az evési stílusokat magában foglaló validáló változók csoportja közti összefüggések: a megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal analízis eredményei. ....	120
<b>3.3-4. táblázat</b> Az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2) és a motivációs tényezőket magában foglaló validáló változók csoportja közti összefüggések: a megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal analízis eredményei. ....	121
<b>3.3-5. táblázat</b> Az Intuitív Étkezés Skála 2. alsókálán elért pontszámok testtömegindex csoportok szerinti összevetése varianciaanalízissel és post hoc elemzéssel. ....	122

#### 4. Vizsgálat

<b>3.4-1. táblázat</b> A minta leíró adatai. ....	130
<b>3.4-2. táblázat</b> A vizsgált skálák leíró statisztikái, valamint Kolmogorov-Smirnov Z és Cronbach- $\alpha$ mutatói. ....	136
<b>3.4-3. táblázat</b> A vizsgált változók korrelációs mátrixa. ....	138

#### 2. Melléklet

<b>Kiegészítő táblázat 1.</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak leíró statisztikái, Kolmogorov-Smirnov Z és Cronbach- $\alpha$ mutatói. ....	215
<b>Kiegészítő táblázat 2.</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak és a 2. vizsgálatban alkalmazott validáló konstruktumok korrelációs mátrixa a magyar és a norvég mintákban. ....	216
<b>Kiegészítő táblázat 3.</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak és a 2. vizsgálatban alkalmazott validáló konstruktumok korrelációs mátrixa a japán mintában. ....	217
<b>Kiegészítő táblázat 4.</b> Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála tételeinek a megerősítő faktorelemzés eredményeként kapott faktortöltései a magyar, a norvég és a japán mintában. ....	218
<b>Kiegészítő táblázat 5.</b> Az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2) faktorainak és a 3. vizsgálatban alkalmazott validáló konstruktumok korrelációs mátrixa nemi bontásban. ....	221

## ÁBRÁK

### 1. Vizsgálat

**3.1-1. ábra** A validáló konstruktumok feltételezett összefüggései a Jelentudatos Evés Kérdőív alskáláival..... 74

### 4. Vizsgálat

**3.4-1. ábra** Az útvonalelemzés eredménye. .... 140

## A disszertációban felhasznált saját közlemények jegyzéke

- Németh, Á., & Román, N. (2019). Tápláltsági állapot, testkép és testtömegszabályozás. In Á. Németh & D. Várnai (Szerk.), *Kamaszéletmód Magyarországon*. (195-207. o.). ELTE PPK-L'Harmattan Kiadó.
- Román, N., Rigó, A., Gajdos, P., Tóth-Király, I., & Urbán, R. (2021). Intuitive eating in light of other eating styles and motives: Experiences with construct validity and the Hungarian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2. *Body Image*, 39, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.05.012>
- Román, N., Rigó, A., Kato, Y., Horváth, Zs., & Urbán, R. (2020). Cross-cultural comparison of the motivations for healthy eating: Investigating the validity and invariance of the Motivation for Healthy Eating Scale. Manuscript submitted for publication. *Psychology and Health*, 36(3), 367-383. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1773462>
- Román, N., & Urbán, R. (2019). Mindful Awareness or Self-Regulation in Eating: An Investigation into the Underlying Dimensions of Mindful Eating. *Mindfulness*, 10(10), 2110–2120. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01170-2>

## Köszönetnyilvánítás

A doktori értekezés létrejöttéért mindenekelőtt tanáromnak és témavezetőmnek, Dr. Urbán Róbertnek szeretném mérhetetlen hálámat kifejezni, aki az elmúlt években szüntelenül biztosított szakmai és személyes támogatásáról, belém vetett bizalmáról, és aki nélkül ez a munka nem jöhetett volna létre. Iránymutatásáért, tanításaiért, bátorításáért, valamint szakmai integritásban, kutatásban, oktatásban és folyamatos fejlődés iránti lelkesedésében mutatott példamutatásáért köszönettel tartozom.

Különösen fontos számomra továbbá, hogy köszönetet mondjak kollégámnak, Dr. Horváth Zsoltnak végtelen kedvességéért, bajtársasságáért, segítőkészségéért és felbecsülhetetlen barátságáért, amivel végig kísérte szakmai és személyes fejlődésemet. Nála jobb munkahelyi szobatársat keresve sem találnék.

Szintén köszönet illeti azokat a kedves kollégákat, akik meglátásaikkal, ötleteikkel, szellemi és lelki támogatásukkal segítették a munkámat: Pigniczkiné Dr. Rigó Adrient, Bertalan Esztert, Gajdos Pannát, Mónok Katát, Németh Ágneszt, Dr. Örkényi Ágotát, Dr. Tóth-Király Istvánt, és Dr. Yoshiko Katot. Hálás vagyok azon hallgatóknak és önkéntes fordító-tolmácsoknak, akik részt vettek a kutatások során a kérdőívfordítások lebonyolításában és az adatfelvételben, valamint a kérdőívcsomagok kitöltőinek az értékes válaszaikért.

És nem utolsó sorban szeretnék köszönetet mondani minden családtagomnak, akik kitartó instrumentális és érzelmi támogatásukról biztosítottak az elmúlt években, stabil háttérrel nyújtva munkámhoz. Hálásan köszönök mindent!

# Jól (l)enni: adaptív evési magatartások és mérési lehetőségeik

## 1. Bevezetés

### 1.1. Az adaptív evési magatartások kutatásának jelentősége

A táplálkozási szokásaink örök témát jelentenek mind a hétköznapi beszélgetéseink, mind a tudományos diskurzus számára, amelynek oka szinte számba vehetetlenül sokrétű. Az előbbit többek között az ideális testalkatnak való megfelelés szociokulturális nyomásai és az ízletes ételek azonnali és bőséges elérhetősége között meghúzódó diszkrepancia táplálja elsősorban a fejlett országokban, míg utóbbit főként az elhízás és az evészavarok egyre növekvő prevalenciája (Galmiche és mtsai., 2019; OECD, 2023) – amelyek negatív népegészségügyi hatásai a betegségteher-mutatókban is jelentkeznek (Roser és Ritchie, 2021).

Szakértők világszerte kutatják az elhízás megelőzhető okai mellett az „egészséges” testtömeg fenntartásának és elérésének nem medikális és hatékony lehetőségeit – több-kevesebb sikerrel. Ugyan a súlyfelesleggel élők esetében már 5-10%-os fogyás is klinikailag jelentős egészségkockázat csökkenéshez járulhat hozzá (J. D. Brown és mtsai., 2016; Magkos és mtsai., 2016; Wing és mtsai., 2011), elérni a kívánt mértékű fogyást, de még inkább, megtartani az alacsonyabb testtömeget különösen nagy kihívást jelent az egyének számára. A diétán alapuló, strukturált fogyókúra és életmódprogramok, de a pszichológiai intervenciók eredményességére is jellemző, hogy azon túl, hogy rövidtávon segítenek a mérsékelt fogyás elérésében, néhány év elteltével a leadott kilók jelentős része újra megjelenik a programban résztvevőknél, így ezek az intervenciók átlag 3-6 kg leadásához járulnak hozzá hosszútávon (Cooper és mtsai., 2010; Douketis és mtsai., 2005; Franz és mtsai., 2007; Mann és mtsai., 2007). Vagyis, a fizikai egészségben is megmutatkozó jótékony eredményei a súlycsökkentésre összpontosító életmódprogramoknak a fogyni vágyók csak egy kisebb részénél jelennek meg. Ezzel együtt azonban arra is rendelkezésünkre áll bizonyíték, hogy az életmódváltásnak köszönhető egészségi mutatók javulása akkor is számos előnnyel járhat, ha a testtömegindex (body mass index, BMI) kategóriában nem következik be lefelé történő elmozdulás (Barry és mtsai., 2014). Mindemellett, bár

a túlsúllynak számító 25-ös és a feletti BMI érték egyértelmű összefüggést mutat bizonyos megbetegedések kialakulásának szignifikánsan megnövekedett relatív kockázatával (pl. 2-es típusú cukorbetegség, szívérrendszeri megbetegedések, kopásos ízületi gyulladás, stb.; Guh és mtsai., 2009), a BMI-vel értékelt súlytöbblet és a mortalitás emelkedett rizikójának lineáris összefüggése már valamelyest vitatott (Di Angelantonio és mtsai., 2016; Flegal és mtsai., 2013; V. Hughes, 2013). Mi több, a kardiorespiratorikus fitness jelentős protektív tényezőnek bizonyul a túlsúly és elhízás esetében, ami a halálozási kockázatot illeti (Barry és mtsai., 2014; D. Lee és mtsai., 2011). Vagyis, a túlélés szempontjából nem előnyösebb vékony vagy normál testalkatúnak, de edzetlennek lenni, mint túlsúlyosnak, de fitnek.

Mindezek után jogosan merülhet fel a kérdés, hogy helyes-e fogyást és a „normális” testtömeg elérését helyezni az életmódprogramok fókuszának a középpontjába, ha az így meghatározott siker rátája igen alacsony, és az egészségi állapot javulásának – a súlytöbblet esetében – az nem feltétlenül az előfeltétele? Ezen kérdés mentén mára már jelentősebb mozgalom is szerveződött, amely egyértelműen elutasítja az ún. testsúlynormatív szemléletet, és amely a fizikai, illetve mentális jóllét növelését, vagyis az egészségi állapot maximalizálását támogatja – testtömegtől függetlenül. A jelentősebb mértékű fogyás és az egészségi állapot közötti párhuzam további hangsúlyozásával ugyanis azt kockáztatjuk, hogy a 'sikertelen' fogyási kísérletet átélők értelmetlennek látják a rendszeres testmozgásra és az egészségesebb táplálkozásra tett próbálkozásait, és annak ellenére hagynak fel az egészségesebb életmódra való törekvéssel, hogy annak jótékony hatásai megmutatkoznak az egészségmutatókban, a fogyás mértékétől függetlenül is (Tylka és mtsai., 2014). Emellett a diagnosztikus szintet akár elérő, akár el nem érő evészavar tünetek, illetve az egyéb, problémásnak (vagy maladaptívnek) nevezhető evési magatartások<sup>6</sup>, és azok fizikai- és a mentális jóllét szempontjából kedvezőtlen következményei a testtömeg alakulásától függetlenül, az egészséges testtömeg-tartományban is megjelenhetnek (Kells és Kelly-Weeder, 2019; Touchette és mtsai., 2011).

A fentebb említett kutatási eredmények irányvonalát, illetve az elhízás és az evészavar tünetek közös kockázati tényezőit (pl. fiatalkori fogyókúrázási gyakorlatok,

---

<sup>6</sup> Az evési magatartás megnevezés egy tágra értelmezett fogalom, amely az evés gyakorlata mellett magában foglalja például, az ételválasztást, annak motivációit, és az evéssel kapcsolatban felmerülő nehézségeket (lásd 1.2. alfejezet), és ami az angol „eating behavior” kifejezés magyar fordításaként a bevett fogalomhasználat az evési módok leírására a hazai szakirodalomban.

saját testtel való elégedetlenség, alacsony önértékelés, testsúly miatti ugratás gyermekkorban, médiafogyasztási szokások stb.; Day és mtsai., 2009; Haines és Neumark-Sztainer, 2006) is figyelembe véve valóban érdemes lehet immár új szemszögből is görcső alá venni azt, ahogyan az egészséges életmódot szolgáló evési magatartásokra tekintünk. A pszichológia tudománya ezidáig is jelentős mértékben hozzájárult egyrészt a súlytöbblet, másrészt az evészavar tünetekhez vezető kockázati tényezők azonosításához és módosításához, illetve az ezek megváltoztatására irányuló hatékony intervenciók kidolgozásához. Az egészségfejlesztést pozitív nézőpontból is hangsúlyozó megközelítés azonban arra helyezi a hangsúlyt, hogy választ találjon a következőre: *Hogyan tudjuk maximalizálni az egészségi potenciálunkat az evési szokásainkon keresztül is, hosszú távon fenntartható módon, miközben sem fizikai, sem pszichológiai jóllétünket nem éri megalkuvás?* Másként fogalmazva: *hogyan ehetünk jól úgy, hogy az az egészségünk számára is előnyös legyen, ugyanakkor az evés kielégítő és élvezetes élményét is biztosítsa?* Ezen kérdések mentén egyre több kutatás fókuszál a negatív egészségi következményektől mentes, az egészséges táplálkozási módokat elősegítő ún. adaptív evési magatartásokra és ezek fejlesztésére.

Jelen doktori értekezésben adaptív evési magatartások és motivációs háttértényezők kerülnek részletes bemutatásra, mégpedig a jelentudatos evés, az intuitív étkezés, valamint az egészséges táplálkozás önszabályozásának autonóm módon motivált változata. A harmadik fejezetben bemutatott vizsgálatok ezek mérési lehetőségeit, illetve a kérdőívekkel szerzett kutatási tapasztalatokat mutatják be, elérhetővé téve ezzel az adaptív evési magatartásokat mérő kérdőíveket magyar nyelven is. A kutatási beszámolókat sorát a mérőeszközök alkalmazási lehetőségeinek egy példája egészíti ki, felhívva a figyelmet az evési magatartások korai meghatározói tényezői közül az édesanya autonóm egészséges táplálkozási motivációjának a táplálási gyakorlatban megjelenő potenciális jelentőségére.

## **1.2. Evési magatartásmódok felnőttkorban**

Az egyén fizikai és mentális jóllétét nagyban meghatározzák a gyakorolt egészségmagatartások, amelyek részét képezik az evési szokások és ezeken belül az evési magatartások egyaránt (Ogden, 2010). LaCaille (2020) meghatározásában az evési

magatartás *”egy tág fogalom, amely magában foglalja az ételválasztást és annak motivációit, a táplálkozási gyakorlatokat, a diétázást, és az evéssel összefüggő problémákat, úgy, mint az elhízást, evészavarokat és táplálkozási zavarokat.”* (641. o.). Tehát, egészségpszichológiai kontextusban az evési magatartás tanulmányozása nem foglalja magában az étrend elemzését, vagyis azt, hogy az emberek által fogyasztott ételeknek és italoknak milyen összetevői vannak, és azok milyen hatással vannak a szervezetre. Ez a tudományterület az evési magatartásokkal kapcsolatban azt kutatja, hogy az evésnek milyen viselkedéses, kognitív és érzelmi jellemzői vannak, hogyan alakul az egyének ételhez és az evéshez való viszonyulása, és ezeknek milyen determinánsai, illetve következményei vannak a fizikai- és a mentális egészségre nézve. Ugyanakkor, bizonyos evési magatartásformák (pl. túlevés) kis mértékben együtt járhatnak a követett étrend minőségével is (Jackson, Parker, és mtsai., 2022; C. Keller és mtsai., 2016). A számos azonosított, felnőttkori evési magatartásmód legtöbbje – kissé elnagyolt megközelítéssel élve – besorolható két nagy csoportba, az ún. *maladaptív*, és az ún. *adaptív evési magatartásmódokhoz* (Kerin és mtsai., 2019).

Az *maladaptív evési magatartásokhoz* azon evési módokat sorolják, amelyeket az emberek rendszerint a fizikai éhségérzettől és szükségletektől függetlenül, az evésre felhívó egyéb ingerek megjelenésére adnak válaszul. Ide tartozik továbbá az evés szándékos és indokolatlan mértékű kerülése a fizikai éhségérzet jelenlétében. Jellemzően a *maladaptív evési magatartások* közé sorolják például az ún. érzelmi-, korlátozó-, gátolatlan- vagy kontrollálatlan- és külső evési stílusokat (lásd 1.2.-1. táblázat, ill. 1.3. alfejezet), valamint a krónikus fogyókúrázást, az extrém fogyókúra praktikák alkalmazását (pl. purgálás), vagy a kontrollvesztett evést egyaránt. Ezen evési módoknak a *maladaptív jellege* rendszerint a következményekben (pl. súlyfelesleg vagy az evésre adott negatív érzelmi válasz, úgymint büntudat vagy szégyen) is megnyilvánul (Dakin és mtsai., 2023; de Witt Huberts és mtsai., 2013; Nightingale és Cassin, 2019). Itt szükséges megjegyezni, hogy szélsőséges formájukban a problémás evési magatartások a mentális zavarok csoportjába tartozó evészavarok (pl. anorexia nervosa, bulimia nervosa, falásroham zavar) tünetegyütteseinek képezhetik részét. Ezen tünetek bár jelentőségük, és a problémás evési magatartásmódok súlyosságának kontinuumjellege miatt néhol említésre kerülnek a jelen doktori disszertációban, a klinikai diagnózist kimerítő evészavarokkal az értekezés részleteiben nem foglalkozik.



Az evési magatartások másik nagy csoportjába, az adaptív evési magatartások közé olyan evési módok tartoznak, amelyek alkalmazásakor elsősorban a szervezet belső éhség- és telítettség érzeteire, illetve egyéb jelzéseire támaszkodunk a táplálékfelvétel idejének, mennyiségének és minőségének szabályozásában, és amelyek segítik az evés feletti kontroll és az evés irányába mutatott figyelem tudatos és flexibilis szabályozását, valamint az evéssel, az ételekkel és testképpel kapcsolatos negatív attitűdök és aggodalmak mérséklését, és ezáltal a mentális jóllét növelését is (Tylka, 2006). Az adaptív evési magatartások közé az intuitív étkezést, a jelentudatos evést, az egészséges táplálkozás autonóm szabályozási formáit és az evési kompetenciát sorolják a leggyakrabban (Bégin és mtsai., 2019; Kerin és mtsai., 2019; Lohse és mtsai., 2007; Verstuyf és mtsai., 2012). Az adaptív evési módok alkalmazása együttjárást mutat a mentális jólléttel, az evészavarok hiányával, a pozitívabb testképpel, az egészségesebb étrend kialakításának nagyobb valószínűségével és az egészséges testsúly megtartásának nagyobb esélyével (Anderson és mtsai., 2016; Bruce és Ricciardelli, 2016; Mason, Epel, Kristeller, és mtsai., 2016; M. B. Taylor és mtsai., 2015; Tylka és mtsai., 2020).

Az evési magatartások alakulását számos tényező komplex interakciója határozza meg. A szervezet energiaszabályozásának biológiai alapjai, az agyi jutalmazó rendszerek működésének jellemzői, a szenzoros preferenciák korai alakulása, a temperamentum, a szülői táplálási és nevelési stílusok, valamint a kulturális szokások mind együttesen alakítják az evési magatartások fejlődését (Gahagan, 2012). Ezek mellett a kutatásokban az evési stílusok genetikai meghatározottságára is találtak már bizonyítékokat (Cornelis és mtsai., 2014; Tholin és mtsai., 2005). Egy nemrégiben megjelent, az evési magatartásokat az energiabevitellel és a testtömegindexszel való összefüggés szempontjából megvizsgáló szisztematikus áttekintő tanulmány az evési magatartások legalább huszonöt (átfedő) típusát azonosította a sorra vett szakirodalomban (Dakin és mtsai., 2023). Ez a szám is mutatja, hogy az evési magatartásban előforduló egyéni eltéréseket régóta, és sokan kutatják. Ugyanakkor ezen kutatásokban túlnyomó részt a mentális- vagy fizikai egészségre nézve negatív következménnyel bíró evési magatartások állnak a középpontban. Ennek legalább részben oka az elhízás (részletesebben lásd 1.3.1.1. alfejezet) és az evészavarok populációsintű arányának egyre növekvő prevalenciája – különösképpen a világ fejlett országaiban –, amely trend elsősorban az ételekhez, az evéshez, és a saját testhez való viszonyulásmód kedvezőtlen irányú változásainak indikátorai (Galmiche és mtsai.,

2019; OECD, 2023). Emiatt különösen fontos a problémás evési magatartásokon túl empirikusan tanulmányozni azon evési magatartásokat is, amelyek segíthetnek megelőzni a maladaptív evési módokat (lásd 1.3. alfejezet), illetve az evészavar tünetek kialakulását, és amelyek így protektív szerepet játszhatnak az egészségmegőrzésben egyaránt. Számos erre vonatkozó törekvést láthatunk a szakirodalomban az elmúlt két évtizedből, ugyanakkor az ún. protektív vagy adaptív evési magatartások feltárása kevésbé differenciáltan jelenik meg a tudományos vizsgálatokban az evési magatartások maladaptív jellemzőihez képest. A doktori értekezés fő tárgyát három, korábban azonosított, és adaptívnek címkézett evési magatartásmód és motivációs tényező, illetve ezek más evési magatartásokkal, fizikai- és mentális jóllét mutatókkal, valamint énatitűdőkkel való kapcsolatának vizsgálata képezi. A doktori értekezésben tárgyalt főbb evési magatartásokat az 1.2-1. táblázat foglalja össze.

**1.2-1. táblázat** *A tárgyalt főbb evési magatartások és azokkal összefüggő koncepciók.*

Evési magatartások és megközelítések	Definíció
<b><u>Maladaptív evési magatartások</u></b>	Gyűjtőfogalom, amely lefedi azon evési magatartásmódokat, amelyek rendszerint a fizikai éhségérzettől függetlenül, egyéb evésre ösztönző ingerre (pl. érzelmek, ételreklámok stb.) rendszeresen adott evési választ, valamint a fizikai éhség jelzéseinek jelenlétében az evési válasz szándékos elkerülésének gyakorlatát foglalják magukban.
<b>Obezogén evési magatartások</b>	Olyan evési magatartások csoportja, amelyek súlygyarapodáshoz és elhízáshoz vezethetnek a gyakori túlzott ételfogyasztás és/vagy falási epizódok következtében.
<i>Kontrollálatlan evés / túlevés:</i>	„... a táplálékbevitel feletti kontroll elvesztése.” (de Lauzon és mtsai., 2004, 2372. o.)
<i>Gátolatlanság:</i>	„A gátolatlanság a táplálékbevitelre irányított figyelem fenntartásának képtelensége egyéb, figyelemelterelő tényezők jelenlétében.” (Dovey, 2010, 169. o.)

Érzelmi evés:	„[...] túlevésre való hajlam negatív érzelmek jelenlétekor.” (de Lauzon és mtsai., 2004, 2372. o.) “...vagy [az érzelmi evés] egy [arra tett] kísérlet, hogy eltereljék a figyelmet a különösen erős vagy kellemetlen érzelmekről.” (Dovey, 2010, 169. o.)
Korlátozó evés / Kognitív korlátozás:	„A korlátozás meghatározása a fiziológiai alapú evési késztetés leküzdésére irányuló szándékos erőfeszítés a fogyás vagy a csökkentett testtömeg fenntartása érdekében.” (Crevoisier Fedoroff, 1997, 5.o.) „...egyes személyek arra való hajlama, hogy testsúlyuk kontrollálása érdekében korlátozzák az táplálékbevitelüket.” (Stunkard és Messick, 1985, 71. o.)
Külső evés:	Külső ingerek által vezérelt evési magatartás. “A külső evés a csábító ételingerekre való fogékonyságból eredő túlevési hajlam.” (van Strien és mtsai., 2012, 782. o.)
Falásroham (epizód):	„A falásroham meghatározása a rövid idő alatt (bármely 2 órás időszakon belül) a normálisnál nagyobb mennyiségű étel fogyasztása, és ez idő során az evés feletti kontroll elvesztésének élménye.” (Lo Coco és Ricardelli, 2018, 78. o.)

**Adaptív evési magatartások**

„Az evési magatartások területén a tudósok elkezdtek hangsúlyozni annak szükségességét, hogy az adaptív evést úgy definiálják, mint ami több, mint az evészavar tüneteinek a hiánya, mivel annak dimenziói, előnyei és protektív hatásai nem konceptualizálhatók csupán a patológia hiányával” (Tylka és mtsai., 2013, 58.o.)

**Diétamentes megközelítés**

„A diétamentes megközelítés a fiziológiai jelzésekre reagáló evést hangsúlyozza, azaz az éhség- és a jóllakottság érzetére való támaszkodás fontosságát a táplálékbevitel szabályozójaként szemben a korlátozással, valamint a test elfogadása jelentőségének növelését, függetlenül attól, hogy az egyén sikerrel jár-e a testsúlykontrollban.” (Bacon és mtsai., 2002, 854.o.)

*Intuitív étkezés:* Az intuitív étkezés magában foglalja az éhségérzet elismerését, a jóllakottság figyelembevételét, az evés örömeinek élvezetét, valamint a büntudat vagy önbírálat nélküli ételválasztást. (Tribole és Resch, 2020)

„[...] az intuitív étkezés három központi jellemzője: (a) az evés feltétel nélküli megengedése amikor éhesek vagyunk és a kívánt ételtől függetlenül, (b) az inkább fizikai, mint érzelmi okokból történő evés, és (c) a belső éhség- és telítettségérzés jelzéseire való hagyatkozás annak meghatározásakor, hogy mikor és mennyit együnk”. (Tylka, 2006, 226.o.)

*Jelentudatos evés:* Az evés és az evési környezet szándékos módon tudatos, nyitott, elfogadó és ítélkezéstől mentes attitűddel való megtapasztalása. (Framson és mtsai., 2009; Hulbert-Williams és mtsai., 2014; Mantzios, 2021).

„A jelentudatos evés az ételek ítélkezéstől mentes élvezete az összes érzékszerv bevonásával. A jelentudatos evés alapelvei közé tartozik a test belső jelzéseire (pl. éhség és jóllakottság) való odafigyelés a túlzott fogyasztás elkerülése érdekében, valamint a külső jelzések (az adagok méretének és a figyelemelterelő ingerek mérséklése evés közben, valamint a lassú evés) felhasználása az éber figyelem elérésének elősegítése érdekében.” (Monroe, 2015, 217. o.)

#### **Az evési magatartás önszabályozása**

„Az önszabályozás kifejezést gyakran használják tág értelemben az emberek azon erőfeszítéseire, hogy gondolataikat, érzéseiket, vágyaikat és cselekedeteiket ilyen magasabb célok elérése érdekében módosítsák.” (de Ridder és de Wit, 2006, 2.o.)

„Az evés önszabályozása úgy definiálható, mint a táplálékbevitel tudatos, önkéntes és önrányított szabályozására tett kísérlet (pl. az energiaegyensúly vagy a fogyás elérése és fenntartása érdekében), egyéb, fiziológiai és környezeti korlátok kontextusán belül.” (Carraça és mtsai., 2011, 4.o.)

<i>Az egészséges táplálkozás autonóm motivációja:</i>	Az egészséges evési magatartásokra irányuló öndeterminált szabályozási folyamatok. (Pelletier és mtsai., 2004) „...[olyan] <i>célorientált tevékenységek</i> ...[amelyek] <i>az akaratlagosság és szabad választás érzése mellett valósulnak meg. Az intrinzik motiváció és a kellően internalizált extrinzik motiváció [ti. az integrált és az identifikált szabályozás] az autonóm és az öndeterminált viselkedés alapjai.</i> ” (Deci és Ryan, 2000, 237. o.)
<i>Az egészséges táplálkozás kontrollált motivációja:</i>	Az egészséges evési magatartásokra irányuló nem öndeterminált szabályozási folyamatok. (Pelletier és mtsai., 2004) „... <i>a viselkedés olyan mértékben tekinthető kontrolláltnak vagy [másként mondva] nem-öndetermináltnak, amilyen mértékben az emberek nyomást éreznek arra, hogy megtegyék azt. A viselkedés a külső- és introjektált szabályozási folyamatok által lesz kontrollált típusú.</i> ” (Deci és Ryan, 2000, 237. o.)
<i>Amotiváció az egészséges táplálkozásra:</i>	„ <i>Az amotiváció olyan állapotra utal, amikor az egyének nem érzélik a cselekedeteik és azok kimenetele közötti összefüggéseket.</i> ” (Pelletier és mtsai., 2004, 249.o.)

---

A későbbiekben részletesen tárgyalt pszichológiai és motivációs tényezőkön kívül többek között a komplex kulturális, szocioökonómiai és társas-társadalmi kontextus evési magatartásra gyakorolt jelentős hatásait is érdemes megemlíteni (Gurung, 2019; Hawks és mtsai., 2002). Arra, hogy az egyének milyen indokok mentén, mikor, milyen társas környezetben, hogyan, és milyen ételeket fogyasztanak, jelentős hatást gyakorol a tágabb értelemben vett kulturális környezet (Gahagan, 2012; Hawks és mtsai., 2003; Levine és mtsai., 2016). Ezt mutatja, hogy az olyan evési stílusok jellemző gyakorisága mellett, mint amilyen például az érzelmi evés vagy a korlátozó evési magatartás (lásd 1.3. alfejezet), a problémás, vagy zavart mutató evési magatartások (pl. túlzott fogyókúrázás vagy evési korlátozások alkalmazása, túlevés stb.) megjelenésében, és az evészavarok (pl. anorexia nervosa, bulimia nervosa, falászavar stb.) prevalencia mutatóiban is tapasztalhatóak kulturális eltérések (Kayano és mtsai., 2008; Levinson és Brosóf, 2016; Qian és mtsai., 2022). Ennek hátterében egyebek mellett az eltérő

életmódbeli szokások, étkezési hagyományok, idealizált testalkat-típusok, evéssel és a saját testtel kapcsolatos attitűdök, valamint a külső megjelenésnek tulajdonított jelentőség eltérő mértéke állhat (Djekic és mtsai., 2021; Gordon és mtsai., 2010; Rodríguez-Arauz és mtsai., 2016; Simone és mtsai., 2022), ugyanakkor a kultúránként változó szülői táplálási gyakorlatok is formálják az elsajátított szokásokat az evési magatartásban (Blissett és Bennett, 2013; Musher-Eizenman és mtsai., 2009).

Ugyanakkor nemcsak kultúrákat átívelően, de az egyes kultúrákon belül is jelentkeznek szociokulturális eltérések az evési magatartásmódokban. A magas jövedelmű országokban a kutatási adatok rendre azt mutatják, hogy az alacsony szocioökonómiai státuszú (socioeconomic status, SES) egyének körében magasabb az elhízás aránya, mint a magas SES csoportokba tartozók esetében (Swinburn és mtsai., 2011). Ezen jelenség ugyanakkor nem magyarázható csupán az egészséges ételek elérhetőségében (pl. ár vagy távolság tekintetében) tapasztalható eltérésekkel (A. E. Caldwell és Sayer, 2019). A jelenséget magyarázó tényezők sorában megjelennek az evési magatartásokban tapasztalható különbségek is. Tudományos vizsgálatok támasztják alá, hogy azon személyeknél, akik alacsonyabbnak érzik a társadalmi státuszukat kísérleti helyzetben, megnövekedett étvágy és táplálékbevitel tapasztalható azokhoz képest, akik magasabb szocioökonómiai státuszúnak gondolják magukat (pl. Cheon és Hong, 2017). Ezt az összefüggést nem csak a szubjektív SES kapcsán, és nem csak felnőttek körében tapasztalták. Egy vizsgálat eredménye szerint például a kevésbé kiszámítható és biztonságos, alacsony SES-sel jellemezhető környékeken nevelkedő tizennégy év alatti gyermekeknek is nagyobb az energiabevitelük a szükségesnél, ellenben a magasabb SES-el jellemezhető környezetből származókéval (Proffitt Leyva és mtsai., 2020). Kininmonth és munkatársai (2020) kutatása eredményei szerint pedig az alacsony SES-nek hosszútávon is kedvezőtlen a hatása az evési magatartásra kisgyermekkorban, ami a fokozott érzelmi evésben és túlevéses (lásd 1.6. alfejezet) tendenciában mutatkozik meg, kis hatásméret mellett.

Az evési magatartásokban, illetve az azokkal szoros összefüggésben álló énatitűdökben, valamint a kedvezőtlen evési magatartások kockázati tényezői terén – a szociokulturális determinánsok között – jelentős nemi különbségekről is beszámolnak az empirikus tanulmányok. A férfiakhoz képest a nők körében jellemzően nagyobb arányban fordul elő szubklinikai- és a klinikai mértékű túlevés, érzelmi evés, a saját testsúllyal való elégedetlenség, a fogyókúrázás gyakorlata, az étrend egészségessége

miatti szorongás, és diagnosztizálható evészavarok egyaránt (Anversa és mtsai., 2021; Bärebring és mtsai., 2020; Duncan és mtsai., 2017; Jackson, Cox, és mtsai., 2022; Keel és mtsai., 2007). Ezenkívül más-más tényezők (pl. nemi hormonok, idegpálya aktivitások, szocializációs és szociokulturális tényezők, önbecsülés mértéke, evéssel kapcsolatos környezeti ingerek stb.) nemenként eltérő módokon járulnak hozzá a kedvezőtlen evési stílusok alkalmazásához (Anversa és mtsai., 2021; Elgin és Pritchard, 2006; K. Keller és mtsai., 2019). Egyes kutatási eredmények szerint a nemi különbségek az evési magatartást részben meghatározó testtel való elégedetlenség terén már gyermekkorban megjelenik: finn lánygyermekek például ötször nagyobb eséllyel elégedetlenek a testükkel a fiúkhoz viszonyítva (Figueiredo és mtsai., 2019). Bár ezek alapján a női nem a problémás evési magatartások kockázati faktorának tekinthető, az egészséges táplálkozásra való törekvés és az egészséges étrend követése kis mértékben mégis gyakoribb a nők körében, amely eltérés szintén megjelenik már gyermekkorban is (K. Keller és mtsai., 2019). Ez általánosságban betudható többek között a nők egészséges étkezéshez való pozitívabb hozzáállásának, és az egészséges étkezést érintő magasabb énhatékonyság-érzésüknek a férfiakhoz képest (Emanuel és mtsai., 2012; Li és mtsai., 2012; Razaz és mtsai., 2022).

Főként a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek evési magatartását a fentiek mellett jelentős mértékben meghatározzák a média tartalmainak trendjei – ezen belül is a közösségi média tartalmak –, valamint a kortársak vélekedései. A médiában jelenlévő szépségideálok hozzájárulnak az internalizált irreális testképideálok, valamint a negatív testkép kialakulásához (Kleemans és mtsai., 2018; Vandenbosch és Eggermont, 2012), és ezáltal a gyakorolt evési magatartások alakulásához egyaránt. Több kutatás eredménye alátámasztotta, hogy a közösségi média fogyasztásának mértéke, intenzitása és témája (pl. saját fotó posztolásának gyakorisága, negatív kommentek olvasása) pozitív kapcsolatban áll a karcsú testalkat idealizálásával, a saját testtel való elégedetlenség nagyobb mértékével, illetve a korlátozó, érzelmi- és külső evési magatartás magasabb értékeivel, a fogyókúrázással, és a később kialakuló evési zavar tünetek nagyobb esélyével. (Aparicio-Martinez és mtsai., 2019; Domoff és mtsai., 2020; Ganson és mtsai., 2023; Holland és Tiggemann, 2016; Sanzari és mtsai., 2023). Míg a nők esetében a média felől érkező azon nyomás az erősebb, hogy csökkentsék a testtömegüket, a férfiak esetében ennek ellentéte igaz, vagyis, hogy növeljék a testtömegüket, különös tekintettel az izomtömegre (Xu és mtsai., 2010). A testalkat

megváltoztatásának vágya pedig nagy hatásmérettel növeli meg a problémás evésmagatartás-tünetek előfordulásának esélyét, mindkét nem esetében (Figueiredo és mtsai., 2019). A kívánatosnak mondható evési magatartások (pl. jelentudatos evés és intuitív étkezés, lásd 1.4.2. és 1.4.3. alfejezetek) média befolyása általi alakulását vizsgáló kutatások még nem kerültek publikálásra, erre vonatkozó ajánlást ugyanakkor egy kutatócsoport már közzé tett (Tylka és mtsai., 2023), köszönhetően annak is, hogy az ezekről az evési magatartásokról szóló tartalmak jelen vannak a közösségi média oldalakon (Hoare és mtsai., 2022; Webb és mtsai., 2017).

A média mellett a kortársak és barátok felől érkező nyomás és minták is fontos szerepet töltenek be a saját test elfogadásában, illetve az evési magatartások formálódásában. Azok a személyek, akik olyan, barátok felől érkező nyomásról számolnak be, miszerint karcsúbbak kell legyenek, illetve akik azt látják, hogy a társaik érdeklődnek a különféle testsúlykontroll módszerek iránt, maguk is nagyobb eséllyel korlátozzák szándékosan a táplálékbevitelüket, fogyókúráznak, mutatják a problémás evési magatartás tüneteit és elégedetlenek a testükkel (pl. Hutchinson és Rapee, 2007; Quiles Marcos és mtsai., 2013). Egy baráti körön belül a karcsúság és a fogyasztott étrend miatti aggodalom magasabb szintje, az evési magatartásban látott minta, és az egymásra gyakorolt, testsúlycsökkentésre irányuló erősebb nyomás közepes és nagy hatásmérettel, pozitív irányban jár együtt például a saját testtel való nagyobb elégedetlenséggel, a korlátozó evési magatartással, és a falászavar tüneteivel, különösen a súlytöbblettel élők és a nők, illetve lányok körében (Hutchinson és Rapee, 2007; Thompson és mtsai., 2007). Egy tanulmány adatai szerint a barátok fogyókúrázási gyakorlata például öt év elteltével is pozitív irányú összefüggést mutat a vizsgált egyének falászavar tüneteivel és az egészségtelen testsúlykontroll gyakorlataik gyakoriságával (Eisenberg és Neumark-Sztainer, 2010). Bár kevés tanulmány készült mostanáig a kortársi befolyás hatásáról az adaptívnak mondható evési magatartások kapcsán, van arra mutató adat, hogy a jó minőségű, közeli baráti kapcsolatok a pozitív testképen keresztül pozitív irányban, közepes hatásmérettel jelzik előre például az intuitív étkezés gyakorlását (X. Chen és mtsai., 2020).

A társas környezet determinánsai közül – a fiatalok baráti környezetében azonosítható kockázati és protektív tényezőkön túl – a család, és ezen belül is a szülők szerepe is jelentős befolyással van az egyének evési magatartásának alakulására, amelyről részletesebben pedig a 1.6. alfejezetben esik szó.



### 1.2.1. Az evési magatartások korai meghatározottsága

A felnőttkori evési magatartások taglalásakor kulcsfontosságú felhívni a figyelmet azok kora gyermekkori meghatározottságára. Mint számos más egészségmagatartás, a felnőttkori táplálkozási stílus kialakulásában is számottevő szerepe van bizonyos gyermekkori tapasztalatoknak. A gyermek táplálkozási szokásainak – mint például a jellemző ételpreferencia és evési magatartások – kialakulásában a tanulás és a tágabb értelemben vett környezeti faktorok jelentős szerephez jutnak (Faith, 2004; Scaglioni és mtsai., 2011). Amellett, hogy a szülő befolyása a gyermek evési szokásaira és testtömegének alakulására a genetikában is megjelenik (de Castro és Lilenfeld, 2005; Silventoinen és mtsai., 2010), az anyák és az apák nevelési-, valamint táplálási stílusukkal, és személyes példamutatásukkal is jelentősen formálják gyermekeik étkezési szokásait (Ventura és Birch, 2008; Vollmer és Mobley, 2013) – egyes megfigyelések szerint jóval meghatározóbb módon, mint a génekben rejlő információ (Pimpin és mtsai., 2013). A fiatalkorban kialakuló táplálkozási szokások és azok következményei pedig hosszútávon is fennmaradnak, és felnőttkorban is kifejtetik hatásukat (Munkholm és mtsai., 2016; Reilly és Kelly, 2011).

A gyermekkorban mutatott és elsajátított evési magatartások jelentős protektív vagy kockázati faktorai is lehetnek a kamaszkori, majd a fiatal felnőttkori evéssel kapcsolatos problémáknak. A gyermekkori evési magatartások között szereplő túlzott válogatosság<sup>7</sup>, ha éveken át fennáll, asszociációt mutat felnőttkorban a változatos étrend szándékos mellőzésével, ami pedig az egészséges ételek (pl. zöldségek és gyümölcsök) elégtelen fogyasztásával (vagy teljes kerülésével), és így megnövekedett egészségi kockázatokkal jár együtt hosszú évek múltán is (Aune és mtsai., 2017; Ellis és mtsai., 2018; Ledoux és mtsai., 2011; Van Tine és mtsai., 2017). A szintén gyermekkori érzelmi- és túlevésnek is köszönhetően az energiában gazdag táplálékok túlfogyasztása tartós egészségi problémák gyökere lehet (Kaikkonen és mtsai., 2014), de a gyermekkorban mutatott túlevés, illetve elégtelen evés és válogatós evési magatartások a kamaszkori evési zavaroknak (falási epizódok, falászavar és anorexia nervosa)

---

<sup>7</sup> A válogatóságot vagy szelektív evést az élelmiszerek elégtelen választékának fogyasztása jellemzi az ismerős és az ismeretlen ételféleségek nagy arányának elkerülése vagy elutasítása révén, többek között azok újszerűsége, textúrája vagy íze mentén (C. M. Taylor és mtsai., 2015).

egyaránt számottevő rizikófaktorai (Herle és mtsai., 2019). Y. S. Lee és munkatársai (2009) kutatásukban arról számolnak be, hogy azon mintájukban szereplő 7-9 évesek, akikre jellemző volt heti két alkalommal a túlevés, illetve akik rendszerint gyorsan ettek az étkezések alkalmával, körülbelül háromszor nagyobb eséllyel voltak túlsúlyosak már ilyen életkorban is, mint akikre ezen evési magatartásformák nem voltak jellemzőek. Snoek és munkatársai (2013) pedig rámutattak arra, hogy a BMI alakulása alapján különböző csoportokba sorolt serdülők testtömeg-trajektóriái, vagyis a csoportok súlygyarapodási üteme egymással párhuzamosan haladtak a vizsgálat 5 éves követése során, így a szerzők konklúziója szerint a testtömeg-trajektóriába való hovatartozást meghatározó későbbi egyéni különbségek feltehetően koragyermekkorban alakulnak ki.

A gyermekek számára elérhető változatos étrend mellett a szülő által megtestesített példa és az általa alkalmazott táplálási gyakorlatok azok a fő tényezők többek között, amelyek meghatározó szerepet töltenek be a gyermekek evési magatartásának, valamint testtömegének alakulásában (Savage és mtsai., 2007; Scaglioni és mtsai., 2008, 2011), amelyek hosszútávú hatásai mentén felnőtt korban is nehézségekhez vezethetnek. Ráadásul a gyermekek felnőve, szülőként saját ételpreferenciáikat, evési magatartásaikat és táplálási szokásaikat hagyományozzák majd gyermekeikre (Cooke, 2007; H. Morrison és mtsai., 2013). Így a gyermekkori evési jellemzők formálódásának nagymértékű jelentősége nyomán a későbbiekben (a felnőttkori adaptív és maladaptív evési magatartások bemutatása után) a szülők szerepe még részletesen taglalásra kerül (lásd 1.6. alfejezet).

A következőkben a felnőttkori túlevéssel és az elhízással leggyakrabban összefüggésbe hozott evési magatartásmódokra térek ki.

### **1.3. Maladaptív evési magatartások**

#### **1.3.1. Obezogén evési magatartások**

A leggyakrabban négy evési magatartásformát (illetve ezek változatait) sorolnak az obezogén maladaptív evési magatartások közé: a kontrollálatlan (vagy gátolatlan) evési stílust, az érzelmi evést, a korlátozó evési magatartást, és az külső ingerek vezérelte (röviden csak „külső”) evést.

Kezdetekben az evési magatartásokra vonatkozó kutatásokban arra szerettek volna választ kapni, hogy az elhízott személyek a nem elhízott társaikhoz viszonyítva

máshogyan, más okokból kiindulva, vagy más mennyiségű ételt fogyasztanak-e. Az *elhízás pszichoszomatikus elméleteiben* Kaplan és Kaplan (1957), illetve Bruch (1974) azt a jelenséget írják le, miszerint az elhízott személyek az evést az általuk átélt szorongás mértékének csökkentésére használják, illetve az evés a lelki diszkomfortérzetről való figyelemelterelés egy eszköze. Ezen evési gyakorlat következtében azonban egyre szorosabb lesz a tanult kapcsolat az átélt negatív érzelmek és az azokra adott evési reakció között, aminek következményeként az evés függetlenedik az éhségérzettől. Az érzelmi evés konstruktumának érvényessége körül bár vannak viták, azok minden valószínűség szerint a jelenség összetettségéből adódnak (Devonport és mtsai., 2019; Reichenberger és mtsai., 2020). Mindenesetre úgy tűnik, hogy az egyes érzelmi állapotok (mint például a szorongás, a harag, az unalom, a szomorúság és az öröm) bizonyos egyéneknél befolyásolják az evési motivációt, az ételválasztást és az elfogyasztott étel mennyiségét. A krónikus pszichoszociális stressz a súlygyarapodás kockázatával jár, kis hatásméret mellett (Hill és mtsai., 2022; Wardle és mtsai., 2011), és az érzelmi evésre hajlamos egyének negatív érzelmi indukció hatására több (energiában gazdag) ételt fogyasztanak (Hill és mtsai., 2022; van Strien és mtsai., 2013). Az érzelmi evés pozitív összefüggést mutat a rövidtávú energiabevitel mennyiségével, valamint a magasabb BMI-vel és a súlynövekedéssel (Fong és mtsai., 2019; Kontinen és mtsai., 2019; van Strien és mtsai., 2012, 2013), de nem minden ilyen irányban folytatott kutatás eredménye szerint (Dakin és mtsai., 2023). Továbbá, egy vizsgálatban azt találták, hogy az érzelmi evéssel nem is a BMI, hanem a súlyprobléma meglétének észlelete áll összefüggésben (Wiedemann és Saules, 2013).

A korlátozó evési magatartás, vagy más néven a kognitív korlátozás *"...egyed személyekre jellemző azon hajlam, hogy korlátozzák a táplálékbevitelüket a testtömegük kontrollálása érdekében."* (Stunkard és Messick, 1985, 71.o.). Vagyis azok a személyek, akik a kognitív korlátozás magas szintjével jellemezhetőek, az ételek kalóriatartalmára támaszkodva kognitív szabályokat alkalmaznak arra vonatkozóan, hogy mit, mikor és mennyit egyenek. A kognitív korlátozás jelenségét, illetve annak hátulütőit először az 1970-es években a *korlátozáselmélettel* írták le (Herman és Mack, 1975). E szerint azok, akik a táplálékbevitelük folyamatos korlátozására törekszenek, hajlamosabbak a túlevésre is. Ezt magyarázták azok a megfigyelések, amelyek szerint, amikor a korlátozás felszabadul a kontroll alól – akár a kognitív kapacitás leterheltségének, akár a szándékos vagy nem szándékos szabályszegésnek köszönhetően

–, az a szokásosnál és az indokoltnál nagyobb ételmennyiség elfogyasztásához, majd a céllal ellentétben a testtömeg gyarapodásához vezet (Herman és Polivy, 1983; Mills és Palandra, 2008). Így a korlátozáselmélet leírása óta intenzív érdeklődés övezi a megszorításokon alapuló fogyókúrákra is jellemző, az evés korlátozását alkalmazó stratégiák hatékonyságának kérdéskörét, illetve az ok-okozatiság problematikáját. A korlátozó evési magatartás sok esetben kontraproduktív. Az ételmegvonás élménye olyan nem kívánt következményekkel járhat, mint az ételek iránt érzett sóvárgás növekedése, a túlevés és a falásrohamok fellépése, valamint az étellel kapcsolatos aggodalmak növekedése (Cornelis és mtsai., 2014; Markowitz és mtsai., 2008; Polivy és mtsai., 2005; Romano és mtsai., 2018; Stice és mtsai., 2002, 2011). De Witt Huberts és munkatársai (2013) például kifejezetten a korlátozó evés káros volta mellett érvelnek, miszerint az nem jár alacsonyabb energiabevittel, viszont fokozott büntudat érzéssel társul (megágyazva ezzel az érzelmi evés ördögi körének). Vannak vizsgálatok, amelyek eredményei alátámasztják a kognitív korlátozás elhízásban játszott szerepét longitudinális kutatási elrendezést alkalmazva (Keski-Rahkonen és mtsai., 2007; van Strien és mtsai., 2014), ugyanakkor Dakin és munkatársai (2023) a korlátozó evés BMI-vel való kapcsolatának összegzésekor azt a konklúziót vonták le, hogy ezen evési stílus a magasabb testtömeg kontrollálására tett kísérlet, és nem annak okozója. Ez utóbbi tanulmány szerzői javaslatot tesznek a sikeresen és a sikertelenül fogyókúrázók elkülönítésére a kognitív korlátozás és annak következményei mentén. Erre hívja fel a figyelmet Sweerts és munkatársai (2019) tanulmánya is, miszerint az elhízásban érintett személyek bár valóban nagyobb erővel igyekeznek korlátozni a táplálékbevitelüket, abban nem feltétlenül sikeresek. Emellett, a táplálékbevitel korlátozásának szigorúságában is valószínűleg érdemes differenciálni, ugyanis az étrendi korlátozás pozitívan együttjárhat az evészavar tüneteivel, de ezt nem minden vizsgálat eredménye erősíti meg (pl. Anderson és mtsai., 2016; Spoor és mtsai., 2006; Stewart és mtsai., 2022). Így Westenhofer (1991) felvetette a rugalmas és a merev korlátozó evési magatartás közötti különbségtételt. E kutató egy későbbi tanulmányában az előbbi evési stílus pozitívan jelezte előre a fogyókúrázás leadott testtömegben mért sikerességét, illetve a súlymegtartás eredményességét egyaránt (Westenhofer és mtsai., 2013). Az evésre vonatkozó szabályokat rigidén alkalmazó személyeknél ugyanakkor fennáll annak is a kockázata, hogy az evést túlságosan is a külső tényezőkhez igazítják,

figyelmen kívül hagyva a szervezet belső jelzőrendszerét az evés szabályozásában (Péneau és mtsai., 2022).

A kontrollálatlan evés a táplálékbevitel feletti kontroll elvesztését jelenti (de Lauzon és mtsai., 2004). Visszatérően jelentkezve ez is egy evési magatartásnak tekintendő, amelyet gyakran gátolatlan evésnek is neveznek, és amely a legszorosabb összefüggést mutatja a túlzott energiabevittel és a túlsúly és az elhízás kialakulásával (Dakin és mtsai., 2023). Egy kutatásban azok az emberek, akik arról számoltak be, hogy nem tudják kontrollálni az evést vagy valamennyi nehézséget tapasztalnak az erre vonatkozó kontrollal, több, mint hat és félszer nagyobb eséllyel tartoztak az elhízott BMI-kategóriába (Rohrer és mtsai., 2009). Miután azonban többek között az érzelmi- és a külső evési magatartásokban is jelentős szerepet kap a túlzott táplálékbevitel, amit az evési stílusok közti magas korrelációs együttthatók is jeleznek, Vainik és munkatársai (2019) egyenesen azt javasolják, hogy ezeket vonják össze egyetlen, általános túlevést mérő változó, a kontrollálatlan evés alá, az azt kiváltó inger jellegétől függetlenül. Ezzel szemben Goldshmidt (2017) az evés feletti kontrollvesztés és a túlevés közti különbségtétel helytállósága mellett érvel, mivel a kutatási eredményei szerint nem minden túlevő magatartás jár együtt kontrollvesztéssel. A kontrollvesztéssel együttjáró, illetve együtt nem járó túlevés pedig eltérő kapcsolatot mutathat – korcsoporttól függően – egyes antropometriai és pszichoszociális tényezőkkel, mint például a BMI-vel, evészavarral, érzelmi állapottal, és a személyiségvonásokkal. Akárhogy is, a kontrollálatlan evési stílus(ok) összességében konzisztensen kedvezőtlen előrejelzője a testtömeg alakulásának, és szélsőséges formájában evészavarok tünete lehet (pl. falászavar, bulimia nervosa; Colles és mtsai., 2008; Hay és Claudino, 2010).

Végül az *elhízás internális/externális elmélete* (Schachter, 1968) szerint az elhízott egyének sokkal érzékenyebbek az evéshez kapcsolódó olyan külső ingerekre, mint amilyen az étel látványa és illata, az aktuális napszak (pl. vacsoraidő), vagy az ételreklámok. Így a teória szerint az ő esetükben jelentős mértékben ezen külső jelzések határozzák meg, hogy mikor fognak evéshez és mikor hagyják azt abba, ellentétben a normális testtömegkategóriába tartozó személyekkel, akik étkezését a szervezet irányából érkező belső jelzések határozzák meg leginkább. Vagyis, az internális jelzőrendszerrel függetlenedett az elhízással élők evési magatartása. Ezen elmélet hatására fordultak a kutatások a külső ingerek által vezérelt evési magatartás irányába, amit röviden csak *külső evési stílusnak* hívunk. A külső evési magatartás összességében

úgy tűnik, hogy ugyan valójában nem áll lineáris összefüggésben a BMI-vel, viszont pozitív irányú összefüggést mutat az energiabevittel, a túlevéssel, a korlátozó evéssel és az érzelmi evéssel egyaránt (Anschutz és mtsai., 2009; Dakin és mtsai., 2023; van Strien és mtsai., 2012). Arra is rámutattak már, hogy a külső evési stílus az ételek utáni sóvárgás által tehet sérülékennyé a túlevéssel szemben (Burton és mtsai., 2007).

Az imént taglalt négy maladaptív evési magatartást, és azok következményeit illetően tehát továbbra is vannak viták a szakirodalomban, többek között azt illetően is, hogy azok milyen mértékben járulnak hozzá az egészségre nézve kockázatot jelentő súlytöbblet kialakulásához, és hogy a maladaptív evési magatartások módosításával hosszú távon is számottevő javulás érhető-e el az egészségmutatókban. A következőkben napjaink egyik legjelentősebb népegészségügyi problémájáról, a túlsúlyról és az elhízásról lesz szó.

#### **1.3.1.1. Az obezogén evési magatartás következménye**

Az energiabevitelt és a testalkat energiaegyensúly meghatározta alakulását részben a különböző evési magatartások határozzák meg. A témakör kutatásának jelentőségét támasztja alá, hogy Magyarország felnőtt lakosságának kétharmada (67,6%) volt túlsúlyos vagy elhízott 2019-ben a testtömegindex meghatározása alapján ( $BMI \geq 25$ ), amely a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet 5. legelhízottabb tagállamává teszi Magyarországot (OECD, 2023). 2017-ben az elhízás miatt kialakult valamilyen megbetegedésnek vagy annak eredményeképpen fellépő idő előtti elhalálozásnak köszönhetően hazánkban az elveszített életek száma 468 664 volt (Roser és Ritchie, 2021). A túlsúllyal és elhízással élő felnőtt lakosság aránya pedig a nemzetközi tendenciához hasonlóan növekvő trendet mutat Magyarországon is: 2009 és 2019 között a túlsúlyos vagy elhízott 15 év feletti lakosság aránya hat százalékkal növekedett (OECD, 2023).

Ugyanakkor nem csak hazánkban égető probléma az elhízás népbetegséggé válása. A 2016-ban összegzett adatok szerint 1,9 milliárd ember élt túlsúllyal vagy elhízással világszerte, akik közül 650 millió tartozott az elhízott ( $BMI \geq 30$ ) BMI kategóriába (World Health Organization, 2023). Mi több, 340 millió 5-19 év közötti gyermek szintén a túlsúlyos vagy elhízott kategóriába volt sorolható, fiatal koruk ellenére. Így, globálisan jelentkező problémaként (amely már nem csak a fejlett országokat érinti), szakértők világszerte kutatják, hogy mit tudunk tenni a

járvány méretűvé duzzadt, az egészségre számtalan káros következménnyel járó túlsúly és elhízás leküzdésére és elkerülésére (Popkin és mtsai., 2012). A probléma azonban népegészségügyi szinten egyelőre megoldatlan kihívásnak bizonyul.

A testtömeg, illetve a testalkat alakulását igen különböző tényezők komplex interakciója határozza meg, amelyek között kapnak helyet az evési magatartások is.

A testtömeget ugyan alapvetően az energiamérleg determinálja, ami meghatározza a testtömegcsökkenést, a testtömeg gyarapodását, vagy éppen a stagnálását. A genetika, a környezet (pl. az energiadús ételek elérhetősége), és a pszichoszociális tényezők (pl. egészségmagatartások, úgy, mint fizikai (in)aktivitás, evési szokások) a fiziológiai mediátorokon keresztül fejtik ki összetett hatásukat a testtömeg alakulására (Hruby és mtsai., 2016; Hruby és Hu, 2015).

A testtömegindex alakulásának *genetikai* predispozíciója ma már vitathatatlan, örökölhetősége körülbelül 40 és 80% közötti (Min és mtsai., 2013). Az elhízás hátterében például három genetikai útvonalat azonosítottak ezidáig: a monogénes szindrómás elhízást, a monogénes nem szindrómás elhízást, és a poligénes (vagy „közönséges”) elhízást (Herrera és Lindgren, 2010; Rohde és mtsai., 2019). A leggyakoribb problémaként jelentkező poligénes elhízás hátterében álló genetikai faktorok azonosítása ugyanakkor még nem történt meg teljes mértékben. Az elhízásra hajlamosító lókuszek közül mára már többszázra ráleltek, amely szám a módszerek és a technika fejlődésével egyre növekszik. Ugyanakkor ezek a BMI varianciájának csupán 5%-át magyarázzák (Herrera és Lindgren, 2010). Így az elhízásban szerepet játszó gének pontos azonosítása és az ok-okozati összefüggések leírása még várat magára. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy a gének két nagy csoportját lehet elkülöníteni: azokat, melyek a központi idegrendszeren keresztül fejtik ki hatásukat, és azokat, amelyek perifériás útvonalakon keresztül jutnak szerephez. Az előbbiekhez tartozók feltételezhetően befolyással lehetnek az étvágyra, a teltségérzet alakulására, az energialeadásra és az evési magatartásokra egyaránt (Albuquerque és mtsai., 2015; Herrera és Lindgren, 2010).

A testalkatot csak igen ritka esetekben határozza meg a genetika önmagában. Ugyanakkor az elhízásra való genetikai fogékonyság kifejeződését a *környezetünk* aktiválhatja, amely a testtömeg növekedésében is megmutatkozhat. Márpedig a modern társadalmak túlnyomó többségében a környezeti tényezők a súlygyarapodásnak kedveznek. Az élelmiszerek korlátlan elérhetősége, valamint az ülőmunka és a gépesítés

terjedésével a mozgásszegény életvitel többek között ehhez a folyamathoz járul hozzá az energiaegyensúly felborításával. Ezért az ilyen jellemzőkkel bíró környezetet obezogén (vagyis elhízásra hajlamosító) környezetnek is nevezzük (Kirk és mtsai., 2010). Arra vonatkozóan, hogy milyen összefüggés van az elhízás és a minket körülvevő közvetlen épített környezet között (pl. az egészséges ételkészlet-alternatívákat kínáló ételkészletboltok és biztonságosan használható járdák és kerékpárutak, valamint parkok elérhetősége) egy adott földrajzi területen, a kutatási eredmények meglehetősen nagy heterogenitást mutatnak, többek között az alkalmazott kutatásmódszertani limitációknak köszönhetően (Drewnowski és mtsai., 2020; Feng és mtsai., 2010). Az ún. agro- és ételkészletipari változók, úgymint az ételkészletek megfizethetősége, feldolgozottsági szintje, a felszolgált ételadagok mérete, és az ezek fogyasztását befolyásoló marketingtevékenység szintén komoly, részben megerősítést nyert típusai a túlfogyasztást meghatározó tényezőknek. Ugyanakkor az elhízás arányának növekedésével mutatott összefüggéseik vizsgálatában még szükség van további, jól kidolgozott és módszertanilag robusztus tanulmányokra (Mattes és Tan, 2019; Steenhuis és Poelman, 2017; Vandevijvere és mtsai., 2015).

A *pszichoszociális* tényezők szintén modulálhatják a genetikai jellemzőink kifejeződését, és meghatározzák az energiabevitel mennyiségét, valamint a fizikai aktivitásra való hatásukon keresztül az energialeadást egyaránt. Korábban említésre került az evési magatartásokat meghatározó néhány szociokulturális tényező, de a testtömeg alakulásának is fontos determinánsa a nem, az életkor (a felnőtt korosztályon belül), a szocioökonómiai státusz, a társadalmi egyenlőtlenségek mértéke, a társas háló mérete és jellege, a stigmatizáció mértéke, maguk az egészségmagatartások (pl. alkoholfogyasztás és a képernyő előtt töltött idő mennyisége, az alvásdepriváció mértéke stb.), az észlelt stresszorok mennyisége, a megküzdési kapacitás, az észlelt társas támogatás, a hangulati fekvés és hangulatzavar, a falászavar, az elérhető kognitív kapacitás, a motiváció, az énhatékonyság, és a tanulási folyamatok (Chapman és mtsai., 2012; Cockerham, 2022; D. A. Cohen, 2008; C. D. Morrison és Berthoud, 2008), melyek részben az evési magatartásokon keresztül fejtik ki hatásukat.

#### **1.3.1.1.1. A túlsúly és az elhízás egészségi következményei**

Mielőtt kitérnénk a felnőttkori túlsúllyal és elhízással összefüggésbe hozott egészségi problémák tárgyalására, fontos érintenünk a testalkat meghatározásának



módjait. A testtömegindexet, vagyis a BMI-t alkalmazzák a leggyakrabban a testalkatok kategorizálására, amely hozzásegíti a kutatókat ahhoz is, hogy meghatározzák például az egészségre már káros súlytartományokat. A BMI alkalmazásának előnye, hogy egyszerűen kiszámolható a kilogrammban mért testtömeg méterben mért testmagasság négyzetével való elosztásával. Egyszerű használhatósága lehetővé teszi a széleskörű adatgyűjtést az emberek testalkatát illetően, ugyanakkor alkalmazásának hátrányai is vannak. A BMI például nem veszi figyelembe a test összetételét, így nem tesz különbséget zsír- és izomtömeg között sem, illetve arról sem ad ezáltal információt, hogy például a zsírréteg jellemzően hogyan oszlik meg a testen. Ugyanis, a hasi tájékon, a belsőszervek körül felhalmozódott túlzott mértékű zsírrétegnek (vagyis a centrális elhízásnak) komoly egészségi konzekvenciái lehetnek, úgymint a kettes típusú diabétesz vagy a szívérrendszeri betegségek kialakulásának megnövekedett kockázata (Bombelli és mtsai., 2011; Cerhan és mtsai., 2014; Jayedi és mtsai., 2020). Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) a BMI következő kategóriákba való sorolását javasolja: <18,5 BMI – alultápláltság; 18,5-24,9 BMI – egészséges testtömeg; 25,0-29,9 BMI – túlsúly vagy pre-obezitás; 30,0-34,9 BMI – I. fokú elhízás; 35,0-39,9 BMI – II. fokú elhízás; és  $\geq 40$  BMI – III. fokú, vagy morbid elhízás (World Health Organization, 2019). A BMI alkalmazásával kapcsolatos imént leírt limitációk részben kiküszöbölhetőek többek között a testzsírszázalék, valamint a derékkörfogat mérésével, illetve a derék-csípő-arányának meghatározásával. Az utóbbi két módszer a centrális elhízást mutató viscerális zsírtömegről adhat pontosabb képet, és ezáltal precízebb prediktorként szolgálhat az egészségi problémák becslésekor (Huxley és mtsai., 2010). A nők esetében az egészséges derékkörfogat tartomány 80 és 89 centiméter közötti, míg túlsúlyról a 91 és 104 centiméter közti értékek esetében, elhízásról pedig 105 centiméter vagy a feletti körfogat esetében beszélhetünk. Férfiaknál a túlsúly és az elhízás küszöbértékei sorban 100, illetve 110 centiméternél kezdődnek (Ross és mtsai., 2020). Az egészségre kockázatot jelentő derék-csípő-arány pedig a nők esetében a 0,85-ös, férfiaknál 0,9-es értéknél indul (World Health Organization, 2011). A WHO a túlsúlyt és az elhízást ezek alapján úgy definiálja, mint *”...a nagyarányú elraktározott zsír mennyiségéből adódó megnövekedett testtömeg(et), ami kockázatot jelent az egészségre nézve”* (World Health Organization, 2023). Ezen egészségi kockázatok rövid áttekintése olvasható a következőkben.

A mortalitási ráta a populációsintű egészségi állapot egyik legfontosabb mutatója, amelynek összefüggését a BMI-vel, illetve a centrális elhízás mutatóival világszerte széleskörben vizsgálják és nyomonkövetik. Az ilyen kutatások eredményeit összegző metaanalízisek eredményei szerint az elhízás, és különösképpen a másod-, illetve a harmadfokú obezitás jelentősen megnövekedett halálozási aránnyal jár. Flegal és munkatársai (2013) metaelemzése szerint az utóbbi két BMI-kategóriához való tartozás 29%-os kockázatonövekedést jelent az idő előtti elhalálozás szempontjából. Ugyanakkor munkájuk arra is rámutat, hogy sem a túlsúllyal, sem pedig az enyhe elhízásnak számító 30 és 35 közötti BMI-vel élők halálozási rizikója nem nagyobb a normál BMI-értéknek számító 18,5 és 25 közti értékekkel rendelkező egyénekéhez képest. Sőt, a túlsúly esetében a mortalitás kockázata 6%-kal alacsonyabb volt a normál testtömegkategóriába tartozókéhoz viszonyítva, amennyiben a mérésen alapuló BMI-értékeket vették alapul. Ez utóbbi, túlsúllyal kapcsolatos eredmény azonban nem egységesen jelenik meg a szakirodalomban (pl. Berrington de Gonzalez és mtsai., 2010). A derékkörfogat tekintetében 10 cm növekedés a mortalitás kockázatának 11%-os növekedésével jár, és a dózisválaszhatás leginkább 'J' alakú görbével írható le, míg a derék-csípő-arány 0,1 egységnyi emelkedése 20%-os kockázatemelkedést jelent, ezesetben ugyanakkor a dózisválasz hatás lineáris (Jayedi és mtsai., 2020).

Amennyiben a különböző testi megbetegedések előfordulását tekintjük kimeneti tényezőnek, a kutatási eredmények egybehangzóan rámutatnak a túlsúly és az elhízás oki szerepére bizonyos egészségi problémák kapcsán. Guh és munkatársai (2009) metaelemzésükben úgy találták, hogy a túlsúly a kettes típusú diabétesz, különböző rák típusok (pl. végbélrák, méhtestrák, veserák stb.), a szív- és érrendszeri megbetegedések (pl. magas vérnyomás, koszorúér-betegség, tüdőembólia stb.), az asztma, az epehólyag betegség, a kopásos ízületi gyulladás és a krónikus hátfájdalom kialakulásának megnövekedett kockázatához vezet. Ezek közül a kettes típusú cukorbetegség kialakulásában játszik a legnagyobb szerepet a többletsúly, ugyanis a férfiak esetében a betegség 2,4-szer, a nőknél 3,9-szer nagyobb valószínűséggel alakul ki, mint azoknál, akik nem rendelkeznek súlytöbblettel. Az elhízás ugyanezen betegségek megnövekedett kockázatáért volt felelős a kutatási eredmények szerint, magasabb rizikó mellett. Például a kettes típusú cukorbetegség kialakulásának kockázata az obezitás esetében a férfiaknál már 6,7-szeres, és a nőknél 12,4-szeres volt nagyobb a normál tartományba eső BMI-vel rendelkezőkhöz viszonyítva. Ezeket az eredményeket a 2009 után készült

(betegségre specifikus) metaelemzések továbbra is megerősítik (Bhaskaran és mtsai., 2014; Dwivedi és mtsai., 2020; Larsson és Burgess, 2021).

Rendelkezésünkre állnak ugyanakkor arra vonatkozó bizonyítékok is, hogy a kardiorespiratorikus (vagy aerob) fittség – vagyis a szervezet keringési- és a légzőrendszerének azon funkcionális kapacitása, hogy az oxigént a vázizmokhoz hatékonyan eljuttassa tartósabban végzett testmozgáskor (ami az állóképesség egy mutatója) – modulálhatja a túlsúly és az elhízás jelentette mortalitási és morbiditási kockázatokat. Egy, a bármilyen okból történő mortalitás kockázatát kimeneti változóként vizsgáló metaelemzésben a kutatók úgy találták, hogy a normális BMI-kategóriába tartozó és kardiorespiratorikusan fittnek mondható egyénekhez viszonyítva sem a túlsúlyos és fitt, sem az elhízott és fitt személyeknek nem volt szignifikánsan nagyobb a halálozás rizikója, szemben a „nem fitt” és bármely testalkati csoporthoz tartozó személyekkel (Barry és mtsai., 2014) A kardiovaszkuláris megbetegedések okozta halálozás rizikóját tekintve a prospektív tanulmányok szintén a fittség jelentős protektív szerepe mellett szólnak. A kutatók továbbá azt is megfigyelték, hogy az „obezitás paradoxona” – vagyis, hogy egyes kutatások eredményei szerint a mérsékelt súlytöbbletnek protektív hatása lenne az idő előtti mortalitással szemben – eltűnik, amennyiben a bármely testalkatú személyek fitt csoportjainak mortalitási kockázatát vetették össze (Barry és mtsai., 2018; Frith és Loprinzi, 2017; Lavie és mtsai., 2019). Úgy tűnik továbbá, hogy ahogy idősödünk, úgy a fittségi szint nagyobb jelentőségű az enyhébb súlygyarapodáshoz képest (D. Lee és mtsai., 2011). Ezen eredmények mellett szólnak, hogy a fizikai edzettség és a testmozgás legalább ugyanolyan hangsúlyt kell kapjon az egészség védelme érdekében, mint az, hogy mennyit mutat a mérleg. Mindamellet meg kell jegyezni, hogy metodológiai szempontból további pontosítást igényelnek a fittség és a testtömeg szerepét együttesen vizsgáló tanulmányok, így a vita a két tényező relatív fontosságáról továbbra is fennáll. Ugyanakkor a fittség, mint szempont beemelése a testtömeg okozta egészségi következmények vizsgálatába ahhoz segít minket hozzá, hogy tágabb perspektívából, és így kissé komplexebben tekintsünk a szervezetünk jellemzői jelentette rizikófaktorokra, és a vékony testalkat ilyen szempontú túlidealizálása mérséklődjön.

A fizikai egészség mellett a mentális egészség egyaránt lényeges meghatározója az egyén életminőségének. Az alábbiakban a mentális egészség néhány olyan

aspektusára térek ki, amelyek összefüggése a testtömeg alakulásával kiemelkedő fontosságú. Az előzőekben foglaltaknak megfelelően a fizikai egészséggel összefüggő életminőség a BMI-kategóriákon felfelé haladva egyre romló tendenciát mutat, ugyanakkor a mentális egészséggel kapcsolatos életminőségben a romlás a morbid obez személyek esetében jelenik meg leginkább, amennyiben azt általános minőségben nézzük (Ul-Haq és mtsai., 2013). Ha azonban a mentális jóllét olyan mutatóit vizsgáljuk meg, amilyen az önbecsülés, az észlelt stressz, az étellel való elégedettség és a testtel való elégedettség, azok sorra negatív összefüggést mutatnak az obezitással (Czeglédi és mtsai., 2009; Herman és mtsai., 2013; Tenk és mtsai., 2018; Weinberger és mtsai., 2016). Betegségekre specifikusan nézve a mentális egészséget, Luppino és munkatársai (2010) metaelemzésükben a túlsúly, az elhízás és a depresszió reciprok kapcsolatát vizsgálták meg. A tanulmányuk eredménye szerint az elhízás 55%-kal növeli meg a depresszió kialakulásának az esélyét, viszont a depresszió ugyanígy az elhízás kialakulásának 58%-os megnövekedett esélyéhez vezet. A túlsúly esetében ugyanakkor csak az az irányú hipotézis nyert igazolást, miszerint a többletsúly megnöveli a depresszió kialakulásának az esélyét, méghez 27%-kal. Egy keresztmetszeti elrendezésű tanulmányokat magában foglaló metaelemzés pedig arra talált megerősítő eredményt, hogy a szorongásos tünetek és zavarok jelenlétének az esélye 20-40%-kal nagyobb az elhízással élők körében a nem elhízott személyekhez viszonyítva (Amiri és Behnezhad, 2019; Garipey és mtsai., 2010). A depresszió és az elhízás közti kétirányú kauzális kapcsolatot serdülőkorúak körében is alátámasztották (Mannan és mtsai., 2016). Az egyik lehetséges tényező, ami a BMI és a mentális egészség negatív kapcsolatát közvetíti, az a testsúllyal kapcsolatban tapasztalt stigma. Egy metaelemzésben ugyanis úgy találták, hogy az észlelt stigmatizáció és a mentális jóllét között egyértelműen negatív az asszociáció, különösképpen az egyre magasabb BMI tartományokban (Emmer és mtsai., 2020).

Az imént bemutatott eredmények az elhízás és a fizikai, illetve a mentális egészség kapcsolatáról egyértelműen alátámasztják annak fontosságát, hogy további erőfeszítéseket tegyünk a káros súlytöbbletbe vezető tényezők visszaszorításáért. Sok esetben az egészséges testtömegkontrollt megcélzó pszichoszociális intervenciók javarészt központi elemként magukban foglalják a „hogyan ne együnk” kérdéskörét, vagyis azt, hogy hogyan kerülhetik el vagy mérsékelhetik az intervencióban résztvevők az érzelmi indíttatású evést, az evés kontrollálatlanságát, vagy a külső jelzőingerek

kiváltotta evést. Kevesebb szerep jut ugyanakkor ezekben a beavatkozásokban annak, hogy ezek helyett a nemkívánatos evési stílusok helyett hogyan érdemes megközelíteni az étkezéseket. A következőkben a testtömeg és a maladaptív evési magatartások módosítására alkalmazott, empirikusan is tesztelt intervenciókra és az ezekkel kapcsolatos kihívásokra térek ki röviden.

### **1.3.2. A testtömeg és a maladaptív evési magatartások menedzselésének pszichoszociális megközelítései felnőtteknél**

Mivel az egyén szintjén a maladaptív evési magatartásokra leginkább olyankor irányul figyelem, amikor ezen evési stílusok már komoly egészségi kockázatokkal (pl. jelentős súlytöbblet) vagy már manifesztálódott negatív következményekkel járnak (pl. elhízás, metabolikus szindróma), azok módosítására vonatkozó törekvések sok esetben együtt járnak a testtömeg módosítására irányuló törekvésekkel. Így leggyakrabban a testtömeg kontrollálását célul kitűző pszichoszociális intervenciókban jelennek meg az evési magatartások felmérésére, és szükség esetén módosítására irányuló törekvések. Ezért a maladaptív evési magatartásokat célzó intervenciók nehezen elválaszthatóak a testtömegcsökkentésre fókuszáló beavatkozásoktól, amely sok esetben nem is célszerű, és amelynek jelentőségét a 1.4.1.1. alfejezet taglalja.

A sikeres testsúlycsökkentés hatékony eszközeinek felkutatása iránt töretlen az érdeklődés úgy a laikusok, mint a kutatók részéről. A súlytöbblet mértékétől függően az empirikus bizonyítékokon alapuló szakértői ajánlás a fogyáshoz vezető kalóriadeficit elérésére magában foglalja a kalóriaszegény étrend követését, (kisebb mértékben, de jelentős egészségi előnyei miatt) a fizikai aktivitás növelését, a farmakológiai módszereket, illetve a legsúlyosabb esetekben a bariátriai (vagy metabolikus) műtétek alkalmazását, amelyekhez társulhatnak a pszichológiai intervenciók (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Az 5-10%-os testsúlycsökkenés már számottevő, sikeres fogyásnak számít, ami jelentős mértékű egészségi előnyökkel jár (D. H. Ryan és Yockey, 2017). Ennek elérése elősegítésében az empirikus bizonyítékok jelenleg egyhangúan a kognitív viselkedésterápia (cognitive behavior therapy, CBT) alkalmazását javasolják az elsővonalbeli megközelítésként a pszichológiai beavatkozások közül, bár a viselkedésterápia hatékonyságára is van bizonyíték (Ahern és mtsai., 2017; Latner és mtsai., 2013; Papp és mtsai., 2014). A CBT azon változatát, amely az életmódváltozást segíti elő a fogyni kívánók részére, Cooper és Fairburn

(2001) dolgozták ki válaszul a viselkedésterápiás eljárásokkal kapcsolatban tapasztalt limitációkra, amelyek nagy része az intervenció segítségével leadott kilók hosszútávú megtartásának problémáját érintette (Wadden és Butryn, 2003). Így a CBT a klasszikus viselkedésterápiás elemeket, mint pl. az önmonitorozás, ingerkontroll, viselkedéses helyettesítés és pozitív megerősítések alkalmazása stb., olyan eszközökkel egészítette ki, amelyekben nagyobb hangsúlyt kaptak a kognitív tényezők, mint például a motiváció felmérése és erősítése, a fogyással és kezeléssel kapcsolatos elvárások módosítása, a kognitív újrastrukturálás, és a tervezés. Emellett a CBT megközelítése már a súlymegtartásra is kifejezett hangsúlyt helyez a fogyás mellett. A CBT vitathatatlanul sikeresen alkalmazható a fogyás elérésében, illetve az érzelmi- és a kontrollálatlan evési magatartások csökkentésében, ugyanakkor a sikeresnek számító fogyás utáni visszahízás ezen módszer alkalmazása esetén is jellemző (Berk és mtsai., 2018; Cooper és mtsai., 2010; Jacob és mtsai., 2018). Vagyis, elsőprő sikereket ez az intervenció megközelítés sem ér el a hosszútávú testtömegmenedzsment terén, így a kutatók továbbra is keresik a sikeres súlymegtartás módosítható determinánsait, illetve az ezeket hatékonyan megcélzó intervenciók összetevőit. Ezen tényezők közül néhány jelölt a teljesség igénye nélkül: a fizikailag aktív életmód, az egészségesebb táplálkozás, a túlevés sikeres kontrollálása, az önmonitorozás hosszútávú alkalmazása, az autonómia érzése, a belső (autonóm) motiváció a fogyásra, a társas támogatás, az énhatékonyság érzése, a pozitívabb testkép, és az adaptívabb megküzdési stratégiák alkalmazása a stresszel szemben stb. (Dalle Grave és mtsai., 2013; Elfhag és Rossner, 2005; Teixeira és mtsai., 2015; Varkevisser és mtsai., 2019). A kognitív terápiák újabb, harmadik és negyedik hullámához tartozó intervenciók újabb lehetőséget jelentenek a beavatkozások hatékonyságának továbbfejlesztésére (Lawlor és mtsai., 2020).

Ismerve többek között a mérsékelt fogyás és a túlsúly mellett fenntartott rendszeres fizikai aktivitás jelentette számottevő egészségi előnyöket, a testtömegén túl az életmódváltás hatására egyéb egészségi mutatókban bekövetkező kedvező változások szintén fontos mutatói a sikeres életmódváltásnak. Legutóbbi, az elhízás témájában írt jelentésében a WHO is szorgalmazza, hogy az egészségesebb testtömeg elérése felé vezető úton egyre nagyobb hangsúlyt kapjanak a fizikai egészség egyéb mutatói is, illetve, hogy az elhízás pszichoszociális aspektusai közül az életminőség, a testkép és az önértékelés javítása is jelentősebb szerephez jusson (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Vagyis, számos aspektusból érhetnénk el és

tapasztalhatnánk meg a sikereket a testtömegmenedzsmentre tett erőfeszítések során, de a médiában is uralkodó, ún. „testsúlynormatív”, vagyis a testtömegcsökkenésre és a normál testtömegkategóriába való tartozásra fókuszáló megközelítés inkább a kudarc szubjektív tapasztalatának kedvez, amit a vékonyság idealizálása irányában mutatott szociokulturális attitűdök még inkább elmélyítenek (Bacon és Aphramor, 2011; Minadeo és Pope, 2022).

#### **1.4. Az evési magatartások pozitív szemlélete: adaptív evési magatartások**

A szakirodalomban uralkodó az egészségre nézve negatív következménnyel járó egészségmagatartások vizsgálata a testsúllyal összefüggésben. Ezidáig jóval kevesebb kutató foglalkoztatott a kérdés, hogy hogyan írhatóak le azon evési magatartások, amelyek elősegítik az egészséges életmód (és akár testtömeg) kialakítását és fenntartását. Adódik a kérdés tehát, hogy a korlátozó-, kontrollálatlan-, érzelmi- és külső- és egyéb maladaptív evési magatartások hiányán túl milyenek azok az evési magatartásformák, amik kedveznek az egyének fizikai és mentális jóllétének egyaránt? A pozitív pszichológia, és a szalutogenezis (Antonovsky, 1996) elméleti keretrendszerének alkalmazásával közelebb juthatunk az evési magatartások által is elősegíthető egészség megtartásának és folyamatos fejlődésének a kulcsához.

##### **1.4.1. Adaptív evési magatartások**

A maladaptív evési magatartások kutatása irányában történt hangsúlyeltolódás azt is eredményezte, hogy míg a nemkívánatos evési magatartások megragadása és leírása a szakirodalomban kellően árnyalt, addig a kívánatos evési stílusokat egy-két évtizeddel ezelőttig leginkább az egészséges ételek fogyasztásának mennyiségével vagy gyakoriságával ragadták meg, azon belül is a zöldség- és gyümölcsfogyasztásra koncentráltan („What Evidence for the Benefits of ‘5-a-Day’, a Mediterranean Diet and Sodium Restriction on Health?”, 2015). Míg a változatos étrend, valamint a zöldségek és gyümölcsök rendszeres fogyasztása valóban kiemelkedően fontos az egészség megőrzése szempontjából (pl. Aune és mtsai., 2017), az nem felelthető meg egy az egyben a kedvező hatásokkal bíró, vagyis *adaptív evési magatartásoknak*. Így az adaptívnek mondható evési magatartások feltérképezésének 2000-es évek közepére

tehető indulása nagy hiányosságot kezdett el betölteni az egészségmagatartások kutatásában. Tylka és munkatársai (2013) megfogalmazásában „*az evési magatartások területén a tudósok elkezdtek hangsúlyozni annak szükségességét, hogy az adaptív evést úgy definiálják, mint ami több, mint a táplálkozási zavar tüneteinek a hiánya, mivel annak dimenziói, előnyei és protektív hatásai nem konceptualizálhatók csupán a patológia hiányával*” (58.o.). Ugyanakkor az adaptív evési magatartások egységes leírását még nem találjuk meg a szakirodalmi munkák között.

Az alábbiakban előbb röviden kitérek az adaptív evési magatartások kutatásának lendületet adó intervenciós megközelítésekre, majd rátérek azon evési stílusok részletes bemutatására, amelyeket a leggyakrabban említene az adaptív evési magatartások között.

#### **1.4.1.1. A „testtömegfüggetlen” egészséget elősegítő megközelítések**

Az 1.3.2. alfejezetben bemutatott gondolatmenet mentén született meg egy újabb megközelítése az evési magatartásokat és testtömegmenedzsmenet középpontba helyező intervencióknak, amely a fizikai egészséggel egyenértékűnek veszi a jóllét, az önértékelés, az önelfogadás fontosságát, valamint az evéshez, az ételekhez, és a testképhez fűzött viszony helyreállítását. A testsúlynormatív szemlélettel szembe helyezkedve a testsúlyinkluzív (a testsúly alapú stigmatizáció felszámolását, a testalkat elfogadását és a bárki számára elérhető, fenntartható egészségfejlesztést és a társadalmi igazságosságot támogató), vagy más szóval a súlysemleges megközelítések feltételezik, hogy az adaptív evési magatartások gyakorlása és azok elősegítése nem a testméret jellemzésére vagy alakítására szolgálnak. A súlyinkluzív szemléletnek a testalkat természetes varianciájának elismerésével együtt egyik fő érdeme az is, hogy megengedi az elképzelést, hogy súlyfelesleg jelenléte mellett is jellemző lehet valakire az adaptív evési magatartás, és az egészséges táplálkozás (Robison és mtsai., 2007; Tylka és mtsai., 2014). Eszerint az egészséges evési magatartásmód nem egyenlő azzal, hogy valaki sikeresen elkerüli az elhízást vagy csökkenti a testtömegét. Az éhségérzet megfigyelését, erre válaszul a tápláló ételek fogyasztását, és a teltségérzet jeleinek fellépése után az evés abbahagyását (az élvezetes testmozgás végzésével együtt) az öngondoskodás általános részének tartja (Robison és mtsai., 2007; Tylka és mtsai., 2014). Amennyire kézenfekvőnek és egyszerűnek tűnik az e fajta mindennapos öngondoskodás, legalább annyira nehézségekkel tüzdelt annak megvalósítása a mai



obezogén környezetben. A temérdek ételreklám, azok folyamatos fogyasztásra való csábítása, a tápanyagban szegény, de energiában gazdag ételek könnyű elérhetősége, illetve az ülőmunka és a gépesítés elterjedése és az elsősorban a nők körében kívánatosnak titulált karcsú testalkat között meghúzódó ellentét észrevétlenül is átformálhatja az evéshez és az ételekhez fűződő egészséges viszonyulást, sőt, hatással lehet a jóllétre is (Remick és mtsai., 2009; Rounsefell és mtsai., 2020; Rozin és mtsai., 2003).

Testsúlyfüggetlen és diétamentes (angolul: non-diet) attitűd jellemzi az ún. „Health at Every Size” (HAES<sup>®</sup>), vagyis a „Testsúlyfüggetlen Egészség” mozgalmat is, amely azt szorgalmazza, hogy a súlykontroll helyett az egészség fejlesztésére, a súlysemleges eredmények előtérbe helyezésére (pl. vérnyomás és vérzsírszintek monitorozására, a pszichoszociális jóllét mutatóira és a pozitív önértékelésre és testképre) kerüljön a hangsúly az egészséges életmódra és az evési magatartásokra fókuszáló intervenciókban (Bacon és Aphramor, 2011). Emellett a HAES<sup>®</sup> szemléletét alkalmazó beavatkozások a rugalmas étkezési szokások kialakításának segítésére törekcsenek, amelyekben központi szerepet kap az éhség- és teltségérzet jeleinek megfelelő evési válasz adása, a szervezet tápanyagszükségletének és annak a figyelembevételére, hogy az ételek és az evés örömforrásként is szolgálnak. Továbbá nyomatékosítják a saját egészség iránti felelősségvállalás és a fizikai aktivitás fontosságát, valamint az emberi testalkat és testméret sokszínűségének elfogadását (Robison és mtsai., 2007).

A súlysemleges megközelítés intervenciók hatását több ízben is vizsgálták már. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány 14, HAES<sup>®</sup> alapelveken nyugvó, túlsúllyal és elhízással élőkre szabott intervenció eredményét foglalta össze, amely szerint az ezen megközelítést alkalmazó beavatkozások valóban pozitívan hatnak a fizikai aktivitás és az evési magatartások alakulására, ugyanakkor a kardiovaszkuláris egészségmutatókat, a testképet, és az energiabevitelt tekintve a hatások egyelőre nem egyértelműek (Ulian és mtsai., 2018). Egy metaanalízisben a hagyományos testtömegcsökkentő intervenciókkal vetették össze az eredményességét, ami a testtömegben, BMI-ben, vérzsír- és vércukor-szintekben, vérnyomásban, evési magatartásokban, önértékelésben, életminőségben, és az étrend minőségében bekövetkező változásokban mértek (Dugmore és mtsai., 2020). Ennek eredményei szerint nem mutatkozott különbség az említett kimeneti változóknál a súlycsökkentő és a súlysemleges intervenciók között,

amiből arra következtettek a szerzők, hogy a súlysemleges intervenciók hatásossága a súlycsökkentő stratégiákkal egyenértékű lehet. Figyelembe kell venni ugyanakkor, hogy az egyes kimeneti változók mentén egyelőre csupán néhány (jellemzően 2-5) tanulmány eredményeit tudták összevonni ebben az elemzésben.

A diétamentes és a súlysemleges intervenciók definíciójának és struktúrájának egységessége hiányában vitathatatlanul megkérdőjelezhető a hatásuk mérésének validitása, valamint egyes eredmények szerint ez a megközelítés sem válik be minden, az evési magatartásán változtatni igyekvő elhízott személynek (Cloutier-Bergeron és mtsai., 2019; Doucet és mtsai., 2021). Ugyanakkor az ilyen megközelítéseknek fontos szerepe van az elhízás stigmatizációja elleni és a társadalmi igazságosságért vívott küzdelem mellett az adaptív evési magatartásokra irányuló figyelem fellendítésében (Tylka és mtsai., 2014). A HAES<sup>®</sup> szemlélet ugyanis támogatja az intuitív étkezés és a jelentudatos evés gyakorlatait, mivel azok az evidenciák szerint elősegítik a jóllét érzését és a fizikai szükségletek alapján történő étkezést (Association for Size Diversity and Health, 2020; Bacon és Aphramor, 2011; Tylka és mtsai., 2014). Emellett a HAES<sup>®</sup> intervenciók ténylegesen elő is segíthetik az intuitív étkezés gyakorlását (E. Carbonneau és mtsai., 2017; Wilson és mtsai., 2020), illetve azáltal, hogy a HAES<sup>®</sup> megközelítés az egészség és a jóllét, valamint a fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás örömszerző tényezőjének fontosságát hangsúlyozza, azt is elősegíti, hogy az egészségmagatartásokkal kapcsolatos autonómia és autonóm motiváció érzése növekedjen a súlysemleges életmódváltozást követők esetében (Hsu és mtsai., 2013).

Az alábbiakban az adaptív evési magatartások korábban említett három képviselője, a jelentudatos evés, az intuitív étkezés és az egészséges táplálkozás autonóm motivációja kerül részletes bemutatásra.

## **1.4.2. A jelentudatos evés**

### **1.4.2.1. Jelentudatosság és evés**

A jelentudatosság (angolul: mindfulness, vagy magyarul még: éber tudatosság, tudatos jelenlét, éber figyelem stb.) a „létezéshez” való viszonyulás egy sajátos megközelítése, amely lehetővé teszi az egyének számára, hogy a jelen pillanatot a lehető legteljesebben, ítékezés nélkül tapasztalják meg, azáltal, hogy a figyelmet szándékosan és tudatosan az adott pillanat lehető legtöbb jellemzőjére irányítják (Brown és mtsai.,

2007; Kabat-Zinn, 2005). Emellett a mindfulness az önszabályozás egy olyan formájaként írható le, amely teret nyit a tudatos választásnak az inger és a reakció között az automatikus válaszok helyett, és ezáltal lehetőséget biztosít a tudatos cselekvések kivitelezésére is, amely kapacitás fejleszthető többek között a jelentudatos meditáció rendszeres gyakorlásával (Brown és mtsai., 2007; Brown és Ryan, 2003).

A jelentudatoságot a szakirodalom, mint vonásjellemzőt, mint készséget, és mint állapotot egyaránt megközelíti. A tudatos jelenlét és az evés viszonyában a kutatások a kezdetekben a jelentudatoság vonás és a táplálkozási szokások összefüggését vizsgálták. Az eredmények szerint a jelentudatoság vonás magasabb mértékével jellemezhető emberekre kevésbé jellemző a vonás jellegű impulzivitás mellett az impulzív ételválasztás, az evészavarok tüneteinek jelenléte, továbbá a jelentudatosabb személyek nagyobb valószínűséggel választanak egészséges nassolnivalókat, több zöldséget és gyümölcsöt, illetve kevesebb kalóriát is fogyasztanak, amellett, hogy a táplálkozással kapcsolatos énhatékonyság-érzésük is magasabb (Gilbert és Waltz, 2010; Jordan és mtsai., 2014; Lattimore és mtsai., 2011; Murphy és mtsai., 2012; Niemeier és mtsai., 2012; Roberts és Danoff-Burg, 2010). A mindfulness vonás továbbá negatív kapcsolatot mutat a túlsúllyal és az elhízással (Camilleri és mtsai., 2015). Az ételkörnyezetben alkalmazott tudatos jelenlét gyakorlása csökkentheti az étvágyat és a külső, evésre készítő ingerek által kiváltott étkezések gyakoriságát (Alberts és mtsai., 2012; Allriot és mtsai., 2017). A teljes, éber figyelem jelenre való irányítása által az éhség és a jóllakottság érzetei is visszakerülhetnek a tudatos megtapasztalás fókuszába. Így az embereket kevésbé befolyásolhatják a külső ingerek, illetve az érzéseik az evés elkezdésében, amely csökkentett táplálékbevitelhez vezethet (K. Caldwell és mtsai., 2012).

#### **1.4.2.2. A jelentudatos evés konstruktuma, korrelátumai, és hatásai**

A jelentudatos evés elnevezés a jelentudatoság ételkörnyezetben gyakorolt formájára utal, ugyanakkor kutatók által egységesen elfogadott definíciója egyelőre nincs (Mantzios, 2021). A jelentudatoság különböző meghatározásaiból kiindulva többen igyekeztek már definiálni a jelentudatos evés konstruktumát. Csakhogy, a különféle meghatározások a vonás alapú jelentudatoság más-más elemét hangsúlyozzák és terjesztik azt ki az evési magatartásra. Az ételkörnyezetben vagy az evés során fellépő érzéketi (pl. ízek, illatok, látvány, hangok), gondolati, valamint

érzelmi élmények tudatosítása, ezen tapasztalati élmények elfogadása, azok éber figyelemmel és tudatossággal való nyomkövetése, a tapasztalatokkal kapcsolatos értékelés- és ítélkezés-mentesség, illetve a tapasztalati élmények átmenetiségének tudatosítása (vagyis a decentrálás) mind megjelennek a jelentudatos evés különféle definícióiban, bár eltérő hangsúllyal (Framson és mtsai., 2009; Mantzios, 2021; Winkens és mtsai., 2018). Így, ha átfogóan szeretnénk leírni, hogy a szakirodalom mit ért jelentudatos evés alatt, akkor érdemes annak leggyakrabban megjelenő elemeire támaszkodnunk. A fent felsoroltak közül a konceptualizációs és operacionalizációs kísérletek visszatérő eleme például az evés folyamatára fókuszált figyelem és éberség (pl. az étel ízeinek, illatainak, színeinek, textúrájának stb. megfigyelése); a tudatosság alkalmazása az étkezéssel kapcsolatos döntésekben és cselekvésekben; a nem-reaktív attitűd az evési motivációt felkeltő környezeti és érzelmi ingerek tekintetében; az értékeléstől mentes és elfogadó viszonyulásmód az ételhez, ételkörnyezethez és az azokra adott testi vagy érzelmi reakciókhoz; az éhség és a telítettség érzésének belső és külső jelzőinek felismerése és tudatosítása, ami hatással van az étel minőségének és mennyiségének megválasztására; a lassabb evési mód; és a figyelemelterelő ingerek tudatos minimalizálása (Mantzios, 2021; Monroe, 2015; Tapper, 2022). Az alkalmazott definíciótól függetlenül a jelentudatos evés gyakorlásának a célja az evés újbóli megtapasztalása nyitott és elfogadó attitűddel, ami mentes az evés folyamatához kapcsolt ítélkező gondolatoktól, negatív érzelmektől, restriktióktól vagy épp a hedonikus gátolatlanságtól. Azáltal, hogy éber figyelmet szentelünk az ételnek és az evés folyamán felbukkanó tapasztalatoknak, kielégítőbb evési élményben részesülhetünk, valamint megtanulhatjuk megkülönböztetni az evési motivációink eltérő forrásait, teret adva ezzel az önszabályozási folyamatok aktivációjának is (Brown és Ryan, 2003; Hong és mtsai., 2014). A jelentudatos evés gyakorlásával ugyanis megérthetjük gondolati, érzelmi és viselkedéses tevékenységeink automatikus működés módját, felismerve ezáltal szokásos reakcióinkat és az ezeket kiváltó ingereket, ami megteremt a lehetőséget a tudatos és adaptív beavatkozásra az automatikus vagy impulzív cselekedetek alkalmazása helyett (Forman és mtsai., 2016; Shapiro és mtsai., 2006).

A jelentudatos evés mérésére kialakított kérdőívek alkalmazásával a keresztmetszeti kutatások eredményeinek némelyike a korábbiakban említettekhez hasonlóan alátámasztja a BMI és a jelentudatos evés fordított irányú összefüggéseit

(Mantzios és mtsai., 2018; Moor és mtsai., 2013). Ugyanakkor több tanulmányban ezt az összefüggést csak a jelentudatos evés kérdőívek bizonyos alsókálái esetében tapasztalták, míg más alsókálák esetében pozitív irányú összefüggést, vagy nem szignifikáns kapcsolatot találtak (pl. Clementi és mtsai., 2017; Hulbert-Williams és mtsai., 2014; Román és Urbán, 2019). Mindazonáltal a kutatási eredmények azt is mutatják, hogy a jelentudatosabb evési magatartás – kis hatásméret mellett ugyan –, de kevesebb cukor- és telítettségsav-fogyasztással, valamint kisebb adagok választásával jár együtt, legalábbis ami az igazán kalóriadús ételeket illeti (Beshara és mtsai., 2013; Mantzios és mtsai., 2018). Emellett, a jelentudatosabb étkezők kevesebb evészavarral kapcsolatos tünetről (pl. étellel kapcsolatos aggodalomról), a test és működésének pozitívabb értékeléséről, valamint kevesebb depressziós tünetről számolnak be (M. B. Taylor és mtsai., 2015; Webb és mtsai., 2018; Winkens és mtsai., 2018, 2019). A jelentudatos evés készségének fejlesztését célul kitűző beavatkozások testtömegre gyakorolt hatását illetően az intervenciós kutatások eredményeit összefoglaló, ezidáig rendelkezésünkre álló metaelemzések egy irányba mutatnak: a jelentudatos evés strukturált gyakorlásával mérsékelt fogyás érhető el. Egy, csak randomizált kontrollált tanulmányokat vizsgáló metaanalízis eredményei szerint ezen tréningek szignifikáns mértékű fogyáshoz segíthetnek a kezelés nélküli csoportokhoz viszonyítva, ugyanakkor a hagyományos diétát alkalmazó kontrollcsoportokkal összevetve nem volt számottevő különbség a testtömegcsökkenés mértékében (Fuentes Artiles és mtsai., 2019). Egy másik vizsgálat eredményei szerint a jelentudatos evés tréningek kis hatásméret mellett járultak hozzá az átlag 4,2 kg-os fogyáshoz a túlsúlyos vagy elhízott résztvevők esetében (Rogers és mtsai., 2017), míg Carrière és szerzőtársai (2018) eredményei szintén mérsékelt hatásméretéről számolnak be, ami a testtömegcsökkenést illeti, ami ebben az esetben átlag 3,3%-os fogyást jelentett a résztvevőknél. Az utóbbi tanulmányban a szerzők azt is kiemelik, hogy a fogyás jellemzően valamivel nagyobb mértékű, ha az informális és formális meditációs gyakorlás is része a programnak, valamint, hogy az intervenció és a testtömegváltozás közötti kapcsolatot nem a jelentudatoság mértékében, hanem az evési magatartásban fellépő változások moderálják. Ezt támasztják alá azon intervenciós tanulmányok eredményei is, amelyek konklúziója szerint az ilyen beavatkozások hatására jellemzően csökken az érzelmi-, a külső-, és a kontrollált evés, valamint a falászavar tünetek mértéke (Carrière és mtsai., 2018; Godfrey és mtsai., 2015; Rogers és mtsai., 2017). Továbbá, a jelentudatoság-

alapú evési tréningek jelentős mértékben csökkenthetik az étel utáni sóvárgást, a testképpel kapcsolatos aggodalmakat, a szorongás és depresszió tüneteit, és az észlelt stressz szintjét is (Alberts és mtsai., 2012; Daubenmier és mtsai., 2011; Mason, Epel, Aschbacher, és mtsai., 2016; Rogers és mtsai., 2017).

### 1.4.2.3. A jelentudatos evés mérése

Mára több jelentudatos evést mérő skála is kialakításra került, többnyire angol nyelven, amelyekben ugyanakkor a definíció kapcsán említett hangsúlybéli eltérések tükröződni látszanak. A Jelentudatos Evés Kérdőív (Mindful Eating Questionnaire, MEQ; Framson és mtsai., 2009; Román és Urbán, 2019), a Jelentudatos Evés Skála (Mindful Eating Scale, MES; Hulbert-Williams és mtsai., 2014), a Jelentudatos Evési Magatartás Skála (Mindful Eating Behavior Scale, MEBS; Winkens és mtsai., 2018), a Kiterjesztett Jelentudatos Evés Skála (Extended Mindful Eating Scale, EMES; Kawasaki és mtsai., 2020), a Jelentudatos Evés Leltár (Mindful Eating Inventory, MEI; Peitz és mtsai., 2021), és a Négyfaktoros Jelentudatos Evés Skála (Four Facet Mindful Eating Scale, FFaMES; Carrière és mtsai., 2022) is ezen konstruktum jelentéstartalmát kívánják megragadni önkitöltős kérdőívek formájában.

A MEQ volt az egyik első és legszélesebb körben használt angol nyelvű kérdőív, amely a jelentudatos evés következő öt dimenzióját méri: Gátolatlanság, Tudatos Figyelem, Külső Ingerek, Érzelmi Válasz és a Figyelem Elterelődése (Framson és mtsai., 2009). Framson és munkatársai (2009) a jelentudatos evést úgy definiálták, mint „... az evés közben vagy az ételkörnyezetben fellépő fizikai érzetek és érzelmek ítélkezéstől mentes tudatosítása.” (1440. o.), amely meghatározás a jelentudatos evés mérőeszközükben szereplő jellemzőit is behatárolja. Ezen kutatók szerint a Gátolatlanság (Disinhibition) arra utal, hogy képtelenek vagyunk abbahagyni az evést még akkor is, ha már jóllaktunk (pl. „Amikor az egyik kedvenc ételmezt eszem, nem veszem észre, hogy mikor elég.” – fordított tétel); a Tudatos Figyelem (Awareness) az ételeknek az érzelmekre és a fizikai érzetekre gyakorolt hatására való fókuszálást jelenti (pl. „Mielőtt hozzáfognék az evéshez, gyönyörködöm az étel színeiben és illatában.”); a Külső Ingerek (External Cues) alszála olyan helyzeteket leíró tételket tartalmaz, amikor az evési viselkedést a környezet releváns ingerei váltják ki (pl. „Észreveszem, amikor egy édességes tálból csak azért eszem, mert az előttem van.”); az Érzelmi

Válasz (Emotional Response) alfaktor állításai a negatív érzelmi állapotok által kiváltott evési reakciókat írják le (pl. „*Amikor szomorú vagyok, eszem, hogy jobban érzem magam.*” – fordított tétel); a Figyelem Elterelődése (Distraction) pedig az evés közben felmerülő gondolatokban való elmerülést jelenti (pl. „*Evés közben könnyen elterelődnek a gondolataim.*” – fordított tétel). Ezen alskálákkal a szerzők azt sugallják, hogy a jelentudatos evést a tudatos figyelem alkalmazása mellett, az érzelmi- és külső evés, valamint az evés során jelentkező gátolatlanság és a figyelem elterelődésének a hiánya, illetve az ezen magatartásokat előhívó ingerek irányába mutatott tudatosság jellemezi. A magasabb pontszám minden alskála esetében – az elnevezéstől függetlenül –, az étkezéshez való jelentudatosabb hozzáállást jelzi (a teljes kérdőív az 1/A mellékletben olvasható). Framson és munkatársai (2009) szignifikáns fordított összefüggésről számoltak be a BMI és a teljes skálán, valamint az egyes alskálákon elért pontszámok tekintetében.

A MEQ megalkotása óta néhány pszichometriai vizsgálaton már átesett. Az Iránban használt változatban például mind az öt eredeti alskálát azonosították, ugyanakkor a mintában szereplő válaszadók BMI-értéke nem mutatott összefüggést a MEQ alskáláival, kivéve a Tudatos Figyelmet (Abbaspoor és mtsai., 2018). Az olasz adaptáció kisebb itemszámot eredményezett, amely alapján két alfaktor, nevezetesen a Tudatos Figyelem és a Felismerés volt azonosítható (Clementi és mtsai., 2017). Az ebben a vizsgálatban szereplő olasz mintában a rendszeresen meditáló férfiak közepes hatásméret mellett szignifikánsan magasabb pontszámot értek el mindkét alskálán a nem meditáló társaikhoz képest, ugyanakkor a Tudatos Figyelem alskálán a nők körében meditációs gyakorlat alapján nem találtak különbséget az elért pontszámokban. Ugyanebben a tanulmányban a normál testtömegű résztvevők valamivel magasabb pontszámot értek el az alskálákon, mint a túlsúlyos és elhízott egyének. Nagyon hasonló kétfaktoros (Tudatos Figyelem és Automatikus Evés) struktúrát találtak a MEQ egy módosított változatát tesztelve, amely gyermekek körében vizsgálta a jelentudatos evést (Hart és mtsai., 2018). A jelentudatos evés konstruktumvaliditásának tesztelése keretében Clementi és munkatársai (2017) a Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) segítségével kis és közepes mértékű, pozitív irányú összefüggéseket találtak a jelentudatossággal. Hasonlóképpen, egy várandós nőkből álló mintán Apolzan és munkatársai (2016) különböző mértékű, pozitív korrelációt figyeltek meg ( $r = 0,01$  és  $0,64$  között) a MEQ öt alskálája és a Mentális Figyelem és Tudatosság Kérdőív

(Mindful Awareness and Attention Scale, MAAS) között. Az érzelmi evést, az étel utáni sóvárgást, a kognitív korlátozást, a gátolatlan evést, és az éhségérzetet összevetve a MEQ-kel mért jelentudatos evéssel további tanulmányokban alátámasztották a jelentudatos evés konstruktumvaliditását (Apolzan és mtsai., 2016; Zhang és mtsai., 2022).

#### **1.4.2.4. Jelentudatos evés intervenciók és eredményességük**

A jelentudatos evés készségének fejlesztésére több módszer is használatos a tudatos jelenlét gyakorlását különféle módokon megközelítő intervenciók tradícióknak megfelelően. A táplálkozási szokásokra szabott éber tudatosságot gyakorló, csoportban végzett beavatkozások között találunk olyat, amely a jelentudatos evés elméletének és gyakorlatának átadásában inkább hasonlít a már hagyományosabbnak mondható mindfulness tréningekhez (pl. Daubenmier és mtsai., 2011; Mason, Epel, Kristeller, és mtsai., 2016), valamint olyan beavatkozásokat is, amelyek kifejezetten a jelentudatos evés gyakorlására fókuszálnak (pl. Dalen és mtsai., 2010; Kristeller és Wolever, 2010; Zervos és mtsai., 2022). Az előbbiekhöz sorolható a tudatos jelenlét alapú stresszcsökkentő tréning (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR), a tudatos jelenlétben alapuló kognitív terápia (Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT), az elfogadás- és elköteleződés terápia (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) és a dialektikus viselkedésterápia (Dialectical Behavior Therapy, DBT), amelyeket mind alkalmazták már az evési- és/vagy súlyproblémák kezelésére is. Az utóbbiakra pedig példa az evéstudatssági tréning (Mindfulness-based Eating Awareness Training, MB-EAT) vagy a jelentudatos evés és élet intervenció (Mindful Eating and Living, MEAL), többek között. Akár jelentős eltérésekkel is találkozhatunk az egyes jelentudatos evés fejlesztését célzó intervenciók között, a legtöbbre azonban jellemző, hogy a program résztvevői a testben felbukkanó érzetekre és érzelmekre irányuló tudatos figyelmet gyakorolják, különösképp, ami a fizikai éhséget, a teltség érzetét, az ízlelményből származó telítettség érzetét, a sóvárgást, és a túlevést kiváltó érzelmi ingereket illeti. A legtöbb intervenciónak szintén hangsúlyos eleme továbbá a jelentudatos meditáció gyakorlása, akár ételek és az evés bevonásával, akár anélkül (Carrière, Siemers, és mtsai., 2022). Az ilyen beavatkozások hatására jellemzően csökken az érzelmi- és a külső ingerek által vezérelt evés, a falászavar tüneteinek mennyisége, valamint a kontrollálatlan evés mértéke (Carrière és mtsai., 2018; Godfrey és mtsai., 2015; Rogers



és mtsai., 2017). Továbbá, a jelentudatosság-alapú evési tréningek jelentős mértékben csökkenthetik az étel utáni sóvárgást, a testképpel kapcsolatos aggodalmakat, a szorongás és depresszió tüneteit, és az észlelt stressz szintjét is (Alberts és mtsai., 2012; Daubenmier és mtsai., 2011; Mason, Epel, Kristeller, és mtsai., 2016; Rogers és mtsai., 2017). A jelentudatos evés kitarító gyakorlása elhízott személyek esetében hozzájárulhat továbbá az édességfogyasztás mérséklődéséhez és az éhomi vércukorszint javulásához, egy évvel az intervenciót követően is (Mason, Epel, Kristeller, és mtsai., 2016). Mindemellett a kezdeti kutatási eredmények mutatják, hogy kifejezetten az önegyüttérzést<sup>8</sup> fejlesztő gyakorlatok bevonásával nagyobb mértékű sikerek érhetőek el a jelentudatos evésre irányuló intervenciókkal (Mantzios és Wilson, 2015). Mindezen, előbbiekben sorolt eredményeket tekintve bizakodással tekinthetünk a jelentudatos evési stílust fejlesztő intervenciókra, amelyek kapcsán kis mértékben a testtömegkontrollra, nagyobb mértékben pedig a maladaptív evési magatartásokra tett jótékony hatásokról számolnak be, miközben a mentális jóllétet is elősegítik. Ugyanakkor meg kell jegyezni ezen beavatkozásokkal kapcsolatban, hogy a kutatási beszámolók alapján nagy variancia áll fenn abban, hogy pontosan milyen intervenciót tekintenek az egyes vizsgálatokban a tudatos jelenlétben alapuló evési magatartást fejlesztő stratégiának, ami nem meglepő a jelentudatos evés definíciójában fennálló eltéréseket is figyelembe véve.

A jelentudatos evésről – a korábban leírtakat figyelembe véve – elmondható, hogy egy olyan konstruktumról van szó, ami ígéretes lehet az ételekhez és az evéshez való viszonyunk újragondolása szempontjából, és ami akár adaptív egészségmagatartáshoz is segíthet minket a mai ételkörnyezetünkben. Ugyanakkor a konstruktum konceptualizálásának tisztázása még jelentősebb kutatási erőfeszítéseket igényel. Akár olyan alapvető tekintetben is, hogy hogyan lehetséges a jelentudatos evés élményét a lehető legjobban leírni, miként tudjuk azt megragadni a mindennapi tapasztalatban, és hogyan kérhetünk arról egységesített, kérdőíves beszámolót olyanoktól is akár, akik még sosem hallottak a jelentudatosságáról, illetve annak az ételkörnyezetben való alkalmazásáról. A jelen disszertáció egyik célja ezen tudományos

---

<sup>8</sup> Az önegyüttérzés egy énatitűd, ami az együttérzés önmagunkra való vonatkoztatását foglalja magában. A konstruktum Kristin Neff (2003) meghatározása szerint három komponensből áll: az önkritika helyett az önmagunk felé mutatott kedvesség alkalmazásából nehézségek idején; az emberi közösség érzéséből, vagyis, hogy a kellemes és kellemetlen tapasztalataink egyaránt az emberi lét velejárói; és végül a jelentudatosságból, vagyis, hogy a fájdalomteli gondolatainkra és érzelmeinkre úgy tudunk tekinteni mint pusztá tapasztalatokra, ahelyett, hogy ezekbe túlzottan bevonódnánk.

munkához való hozzájárulás, és így az adaptívnek nevezhető evési magatartások egy képviselőjének mélyebb megismerése és megértése.

### **1.4.3. Az intuitív étkezés**

#### **1.4.3.1. Az intuitív étkezés konstruktuma**

Az intuitív étkezés a jelentudatos evés mellett szintén az adaptív evési magatartások körébe tartozó konstruktum és szemléletmód, amelyet Tribole és Resch (2003) dolgozott ki. Elsődleges célja az evéshez, ételekhez, és a testhez fűződő viszony helyreállítása, illetve a hagyományos diéták korlátozó szemléletéből eredő negatív következmények ellensúlyozása. A súlysemleges (és HAES®) szemléleten belül is az egyik fő komponensnek tekintett intuitív étkezés arra ösztönzi gyakorlóit, hogy az olyan külső tényezők által meghatározott étkezési szabályok helyett, mint amilyen például a mit, mikor és mennyit szabad enni, tanuljanak meg újra hallgatni a testük belső jelzéseire, amelyek felülíródhattak többek között a rigid fogyókúra szabályok alkalmazásával is. Az ilyen, belső jelzőrendszerre támaszkodó evési gyakorlat során az intuitívan étkező személyek Tribole és Resch (2003) leírása szerint akkor esznek, amikor valóban éhesek (és nem éheztenek túl magukat például csak azért, mert „még nincs itt az evés ideje” az evésnek), kevésbé hajlamosak a kellemetlen érzelmi ingerek, a fáradtság vagy az unalom okán evésbe kezdeni (hiszen meg tudják különböztetni az ilyen állapotok indukálta és a valódi éhség érzeteit), és a teltségérzet jeleinek pontosabb detektálásával akkor hagyják abba az evést, amikor éppen annyit ettek, amennyire valójában szükségük volt (elkerülve ezzel a teltségérzet jeleinek figyelmen kívül hagyásával járó túlevést és falási epizódokat). Ezek mellett az intuitív étkezés kiterjesztett alapelvei közé tartozik az ételek „jó” és „rossz” kategóriákba való sorolásának (és az ún. „fogyókúra-mentalitás”) elutasítása; az evés feltétel nélküli megengedése; a szervezet jó működését szolgáló, tápanyagban gazdag, és egyben az egyén által ízletesnek vélt ételek fogyasztására való törekvés; a saját és mások testalkatának elfogadása és tisztelete; valamint az élvezetes fizikai aktivitás mellett való elköteleződés (Tribole és Resch, 2003; Tylka, 2006).

A vonatkozó tanulmányok eredményei alátámasztják, hogy az intuitív étkezés pozitív kapcsolatot mutat a mentális jólléttel, bizonyos kívánatos egészségmagatartásokkal, és valamivel kisebb mértékben, de a fizikai egészség néhány

mutatójával egyaránt (Bruce és Ricciardelli, 2016; Hazzard és mtsai., 2021; Van Dyke és Drinkwater, 2014). Cardoso és munkatársai (2020) kutatási eredménye szerint az intuitív étkezés gyakorlásának protektív szerepe van az evészavar tünetek megjelenésével szemben, mégpedig azáltal, hogy a negatív és a pozitív érzelmekre válaszul adott reaktivitással és impulzív evéssel szemben jelent védelmet. Ugyan a keresztmetszeti vizsgálatokban sorra kis hatásméretű, szignifikáns, negatív korrelációt találnak a BMI és az intuitív étkezés gyakorlása között, az intervenciós kutatások meggyőzőbb bizonyítékokat mutatnak az intuitív étkezésnek a testtömeg megtartásában játszott szerepére, mintsem a testtömegcsökkentés elősegítésére vonatkozóan (Tylka és mtsai., 2020; Van Dyke és Drinkwater, 2014). Az intuitív étkezést alkalmazók kevesebb evészavarral kapcsolatos tünetet mutatnak, kevésbé aggodalmaskodnak az étkezések miatt, illetve kevésbé jellemző rájuk a fogyókúrázás és a korlátozó étkezésnek mind a merev, mind a rugalmas formája, valamint kevésbé hajlamosak a vékonyság ideálját internalizálni (Anderson és mtsai., 2016; Bruce és Ricciardelli, 2016; Tylka, Calogero, és mtsai., 2015). Továbbá, kifejezetten erős a bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a pozitív mentális egészség olyan mutatói, mint amilyen például a test megbecsülése, a pozitívabb testkép és önértékelés, a saját test elfogadása, az étellel való elégedettség, a pozitív affektivitás és a depresszió alacsonyabb szintje mind szignifikáns korrelátumai az intuitív étkezés gyakorlásának (Bruce és Ricciardelli, 2016; J. T. Schaefer és Magnuson, 2014; Van Dyke és Drinkwater, 2014). Az intuitív étkezés, mint evési magatartás mértékét vizsgáló kutatási beszámolók többsége közepes hatásméretű szignifikáns nemi különbségről számol be: a férfiak jellemzően magasabb pontszámot érnek el a nőknél az intuitív étkezést mérő skálákon; (Camilleri és mtsai., 2015; E. Carbonneau és mtsai., 2016; Duarte és mtsai., 2016; Tylka és Kroon Van Diest, 2013).

#### **1.4.3.2. Az intuitív étkezés mérése**

Az intuitív étkezés, mint konstruktum mérésére a legszélesebb körben az Intuitív Étkezés Skála (Intuitive Eating Scale, IES; Tylka, 2006), illetve annak második változata, az Intuitív Étkezés Skála 2 (Intuitive Eating Scale 2., IES-2; Tylka és Kroon Van Diest, 2013) terjedt el. A korábbi, eredeti verzió három alszkálát tartalmazott, nevezetesen az Evés Feltétel Nélküli Megengedését (Unconditional Permission to Eat, UPE), az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Választ (Eating for Physical rather than Emotional Reasons, EPR), és az Éhség és a Telítettség Érzeteire

való Hagyatkozást (Reliance on Hunger and Satiety Cues, RHSC). Az UPE faktor szerint azok az egyének, akik feltétel nélkül megengedik maguknak az evést, nem próbálják korlátozni az ételválasztásukat, és nem hagyják figyelmen kívül az éhség testi jeleit sem (pl. „*Megengedem magamnak, hogy abból az ételből egyek, amire éppen vágyom.*”). Azok az intuitív evők, akik magas pontszámot érnek el az EPR alskálán, tartózkodnak attól, hogy az ételt az emocionális distresszel való megküzdés eszközeként használják (pl. „*Meg tudok birkózni a negatív érzéseimmel (pl. idegesség, szomorúság) anélkül, hogy az evésbe menekülnék.*”). Végül a RHSC alskála a szervezet éhség- és jóllakottság jeleire való tudatos támaszkodást leíró itemeket tartalmaz, amely alapvető szerepet tölt be az elfogyasztott ételek mennyiségének és időzítésének szabályozásában az intuitív evők esetében (pl. „*Megbízom a testem jelzéseiben arra vonatkozóan, hogy mikor kell abbahagynom az evést.*”; Tylka, 2006). Az eredeti Intuitív Étkezés Skála limitációinak felismerése után a kérdőív megalkotói kidolgozták az Intuitív Étkezés Skála-2-t, amely már egy negyedik alskálát is tartalmaz, ami a Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (Body-Food Choice Congruence, BFCC) elnevezést kapta (Tylka és Kroon Van Diest, 2013). Ez az újabb alskála azt kívánja felmérni, hogy a válaszadók milyen mértékben választanak tudatosan olyan ételeket, amelyek a test egészséges működését is elősegítik (pl. „*Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek elősegítik a szervezetem jó működését.*”). A kérdőív vizsgálatának szentelt eredeti tanulmány a feltételezett négy elsőrendű faktor, valamint egy átfogó, másodrendű faktor jelenlétét is alátámasztotta, ami mellett a konstruktumvaliditást szintén megerősítő egyéb eredményeket is sorolnak a szerzők (Tylka és Kroon Van Diest, 2013).

A megalkotása óta az IES-2-t különböző populációkban vizsgálták tovább. A kérdőív eltérő nyelvi változatainak felnőtt mintákon végzett elemzése általánosságban jó pszichometriai tulajdonságokról tanúskodnak. Míg egy Franciaországban végzett vizsgálatban nem nyert alátámasztást a BFCC alskála, és így egy általános másodrendű intuitív étkezés faktorról rendelkező háromfaktoros struktúra volt a legjobb reprezentációja a gyűjtött adatoknak, az eredeti négyfaktoros modell jól illeszkedett a kanadai francia adatokhoz (Camilleri és mtsai., 2015; E. Carbonneau és mtsai., 2016). Megerősítő faktorelemzést (confirmatory factor analysis, CFA) alkalmazva egy portugál és két német tanulmányban is alátámasztást nyert a négyfaktoros elméleti struktúra jelenléte a mérőeszköz megfelelő nyelvi adaptációin. Az általános intuitív étkezés faktor mindkét német változatban elkülöníthető volt, a portugál kutatásban pedig nemek

közötti mérési invarianciát mutatott, akárcsak az IES-2 eredeti vizsgálata (Duarte és mtsai., 2016; Ruzanska és Warschburger, 2017; Tylka és Kroon Van Diest, 2013; van Dyck és mtsai., 2016).

#### **1.4.3.3. A diétamentes és az intuitív étkezéssel összefüggő intervenciók**

Az intuitív étkezés, a HAES<sup>®</sup> és a diétamentes megközelítések fogalmi rendszerének jelentősebb átfedései miatt egy bekezdésben tárgyalom az ezen szemléleteket alkalmazó intervenciókat. A hagyományos fogyókúrás elemeket mellőző, HAES<sup>®</sup> alapelveken nyugvó intervenciók kutatási beszámolók többségében mellőzik az alkalmazott tréningek protokolljának részletes ismertetését. Ennek ellenére általánosságban elmondható, hogy nagy hangsúlyt helyeznek a súlysemleges egészség fontosságának közvetítésére, a testtömeg és a külalak elfogadására, az élvezetes mozgásformák megtalálására és azok rendszeres gyakorlására, miközben az evéssel kapcsolatban az egészség, az élvezet és a szervezet önregulációs folyamatainak, és azok jeleinek felismerésére, valamint az ezeknek megfelelő reakciómódokra biztatják az intervenciók résztvevőit. A problémás evési magatartásokra vonatkozó explicit iránymutatás (pl. érzelmi evés, korlátozó evési magatartás) kevésbé egységesen, de szintén megjelenhet az ilyen jellegű tréningeken (pl. Bacon és mtsai., 2005).

A diétamentes és a súlysemleges megközelítést alkalmazó intervenciók testtömegre és BMI-re gyakorolt hatásáról elmondható, hogy bár néhány tanulmány beszámol az intervenció végeztével bizonyos mértékű fogyásról a tréning kezdetéhez képest, a változás jellemzően kis hatásméretű (Beintner és mtsai., 2019), és általánosabb kutatási tapasztalat, hogy a résztvevők súlya egyik irányba sem változik számottevően (Ulian és mtsai., 2018). A fogyást, mint célt előtérbe helyező, aktív kontrollcsoportok jellemzően szignifikánsan nagyobb mértékű fogyáshoz segítik hozzá a résztvevőket, ugyanakkor ez a fogyás igen csekély mértékű, és csak rövid távon megtartott eredmény. Két, aktív kontrollcsoporttal dolgozó tanulmány eredményei is azt mutatják, hogy a fogyásnak indult résztvevők testtömege két éven belül visszatér a kiindulási értékekhez, míg a kísérleti csoport súlya továbbra is változatlan marad (Bacon és mtsai., 2005; Mensinger és mtsai., 2016). Ami a metabolikus egészség mutatóit illeti, változó eredményekről olvashatunk a kutatási riportokban. Míg néhány esetben a szisztolés vérnyomás értékeiben, valamint az alacsony sűrűségű lipoproteinek mennyiségében és a koleszterinszintben történő pozitív irányú változásokról számolnak be csoporton belüli

összevetésben (Bacon és mtsai., 2005; Mensinger és mtsai., 2016), más tanulmányokban nem találtak sem ezen értékek tekintetében, sem például a triglicerideket, vagy az éhomi vércukorszintet érintő változásokat. Ez azt is jelenti, hogy a diétázásra való biztatás elmaradása nem vezetett romláshoz ezen fiziológiai mutatókban.

Az intuitív étkezés tréningben részesülő csoportok résztvevői az intervenció végeztével rendre jelentősen mérséklődő gátolatlan és korlátozó evési magatartásról, falászavartünetről, kényszeres jellegű evésről, és az evéssel kapcsolatos aggodalmaskodásról számolnak be, az intuitív étkezés gyakorlásának növekedése mellett (Bégin és mtsai., 2019; Mensinger és mtsai., 2016). A szervezet jó működését támogató étkezési szokások hangsúlyozása rövid távon az intervencióban résztvevők növekvő gyümölcs- és zöldségfogyasztását is eredményezi (Beintner és mtsai., 2019; Mensinger és mtsai., 2016). Végezetül a tárgyalt intervenciók kiemelkedő eredménye, hogy azok jelentős mértékben hozzájárulnak a pszichés jólléthez, amelyről a kutatásokban konzekvensen beszámolnak. Míg a depressziós tünetek csökkenését tapasztalták a HAES<sup>®</sup> szemléletű tréningen résztvettek, addig az önbecsülésükben, életminőségükben és az étellel való elégedettségükben számottevő növekedésről, a testtömegükkel és külalakjukkal kapcsolatban pedig nagyobb mértékű elfogadásról adtak számot (Bégin és mtsai., 2019; Beintner és mtsai., 2019; Ulian és mtsai., 2018). Ugyanakkor Cloutier-Bergeron és munkatársai (2019) kutatásukban úgy találták, hogy azon résztvevők, akiknek a hangulati fekvése tartósan alacsony, nem profitálnak egyik megcélzott területen sem az intuitív étkezés intervenciókból. Lényeges üzenete munkájuknak tehát, hogy a túlsúlyos vagy elhízott, a hangulati életben tartósan nehézségekkel küzdő nők számára elsődleges szerepet kell kapjon a mentális jóllét növelése, amelyet követően nagyobb eséllyel lehet hatékony számukra is az intuitív étkezést megcélzó intervenció.

A fentiek alapján tehát elmondható, hogy az intuitív étkezés a promotálandó adaptív evési magatartások egy fontos jelöltje, amennyiben annak mentális egészséget jelző mutatókkal, vagy az egészséges ételek fogyasztásának mértékével való kapcsolatát vizsgáljuk, akár keresztmetszeti, akár az intervenciók tanulmányokat vesszük alapul. Annak megállapítására, hogy milyen tényezők segítik leginkább elő az intuitív étkezést, és hogy milyen előnyökkel, vagy épp hátrányokkal járhat hosszabb távon, illetve a különböző populációkban, a további kutatások elengedhetetlenek. Ehhez tudnánk

hozzájárulni a magyarországi vizsgálatokkal is, amelyek szükségességét hazánk lakosságának tápláltsági mutatóinál mi sem támaszt jobban alá.

#### **1.4.4. Az öndetermináció szerepe az egészséges táplálkozási szokásokban**

Deci és Ryan öndeterminációs elmélete szerint (self-determination theory, SDT; pl. Deci és Ryan, 1985) az emberek természetüknél fogva irányultak a fejlődésre, a növekedésre, és az egészségre. Ahhoz azonban – ahogy a szerzők írják –, hogy kiteljesedhessenek az egészségre, és így az egészséges táplálkozásra való törekvések is, három alapvető emberi szükséglet: az autonómia, a kompetencia, illetve a kapcsolódás érzésének kielégítettsége elengedhetetlen. Amikor egy személy a viselkedése mentén megtapasztalja az énhatékonyság- és az autonómia érzését, vagyis, hogy képes elérni vágyott céljait és szabad akarata mentén cselekszik, az a viselkedés önszabályozásának, illetve az a mögött rejlő motivációnak is optimális alapját jelenti (Deci és Ryan, 2000). Így, ezen elméleti alapokból kiindulva az autonóm önszabályozási folyamatok támogatásával elősegíthető a viselkedésváltozás, és ennél fogva az adaptív evési magatartások gyakoribb alkalmazása egyaránt. Kontextusspecifikusan a táplálkozást, illetve az evési magatartásokat illetően is tanulmányozzák a kutatók az önszabályozási folyamatok jelentőségét. Más egészségmagatartások mellett az evés tekintetében is megállapítható, hogy az öndeterminált szabályozási formák kedvező asszociációt mutatnak az egyének egészséges táplálkozásával, illetve az azzal összefüggő egészségi mutatókkal (Gorin és mtsai., 2014; Guertin, Barbeau, és mtsai., 2020; Pelletier és mtsai., 2004; Pelletier és Dion, 2007), amely biztosítja az öndeterminált egészséges táplálkozást szabályozó folyamatok helyét az adaptív evési magatartások között. Így a következőkben az öndetermináció evési magatartásokra és táplálkozási szokásokra gyakorolt hatása, illetve előbb annak elméleti kerete kerül részletes bemutatásra.

Az öndeterminációs elmélet tehát keretet nyújt ahhoz, hogy a célelés szempontjából tanulmányozhassuk a viselkedésváltozás motivációs, és az ezzel összefüggő viselkedésszabályozási folyamatok háttérét. Deci és Ryan megállapítása szerint a cselekvések motivációinak forrása jelentős mértékben meghatározza, hogy az emberek hogyan szabályozzák a viselkedésüket, és hogy mennyire lesznek abban sikeresek. Ezek háttérében többféle mozgatórugó állhat aszerint, hogy azokat belső (autonóm szabályozás), vagy inkább külső indíttatásúnak (kontrollált szabályozás) éljük

meg (Deci és Ryan, 2000). Az SDT elméleti keretrendszerét alkalmazva számos egészségmagatartás esetében mutattak már rá arra, hogy a kedvező irányú változások szignifikáns előrelépője az autonóm motiváció jelenléte (pl. Hagger és mtsai., 2014).

Az SDT hat szabályozási stílust különböztet meg, amelyek egy (öndeterminációs) kontinuum mentén helyezhetőek el. Ezek az intrinzik motiváció, az extrinzik motivációt adó intergrált-, identifikált-, introjektált- és externális szabályozási folyamatok, valamint az amotiváció. Azon személyek, akik az intrinzik motiváció irányába mutatnak egy viselkedés szabályozása kapcsán, úgy érzik, hogy saját akarataukból, fontos belső értékeik mentén cselekszenek, és emiatt élvezettel tekintenek az adott viselkedésre, amiben kitartóbbak is. Ezzel szemben azok, akik az externális szabályozás felé helyezkednek el ezen a kontinuumon, azt élhetik meg a tetteik kapcsán, hogy azok külső nyomás vagy kényszer által vezéreltek, és valamilyen, a magatartáshoz kapcsolódó cél elérését szolgálják. Az, hogy milyen mértékben játszanak internális okok (pl. értékek, meggyőződések) szerepet a viselkedések mozgatórugóiként a külső kontrolláló tényezők mellett, meghatározza, hogy egy magatartást inkább kontrolált (externális és introjektált önszabályozási módok), vagy autonóm motivációs források (identifikált és integrált önszabályozási módok, illetve intrinzik motiváció) által meghatározott folyamatnak tekintünk. A különböző szabályozási stílusok azonban nem zárják ki egymást, egyazon kontextusban a szabályozási folyamatok különböző típusai jelenhetnek meg egy személynél (R. M. Ryan és Deci, 2017). A SDT imént ismertett konceptuális modelljét az 1.3.4-1. táblázat sematikusán mutatja be.



**1.4.4-1. táblázat** Az öndeterminációs elmélet konceptuális modellje az egészséges táplálkozás kontextusában.

	Az öndetermináció szintjei	Példák
	<p><b>Amotiváció</b> Az önszabályozási törekvések hiánya.</p>	Pl. „Szerintem az egészséges táplálkozás nem olyan fontos.”
<b>Kontrollált önszabályozás</b>	<p><b>Extrinzik motiváció</b> Az önszabályozás kontrolljának forrása valamely személyen kívüli tényező (pl. jutalom vagy elismerés).</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Externális Szabályozás</b></li> </ul>	Pl. „Elvárják tőlem, hogy egészségesen táplálkozzam.”
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Introjektált Szabályozás</b></li> </ul>	Pl. „Szégyelleném magam, ha nem táplálkoznék egészségesen.”
<b>Autonóm önszabályozás</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identifikált Szabályozás</b></li> </ul>	Pl. „Úgy gondolom, hogy [az egészséges táplálkozás] jó hatással van testre és lélekre is.”
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Integrált szabályozás</b></li> </ul>	Pl. „Az egészséges táplálkozás alapvető fontosságú az életemben.”
	<p><b>Intrinzik motiváció</b> Az önszabályozás kontrolljának forrása maga a tevékenységben való részvétel öröme.</p>	Pl. „Örömet okoz számomra, ha egészséges ételeket készíthetek.”

Az SDT szerint az autonóm motiváció és a kompetencia élményének megélése kulcsfontosságú ahhoz, hogy hosszú távon is fenntartható fejlődést lehessen elérni az egészségmagatartások terén. Könnyű belátni, hogy egy személy, aki ismeretek hiányában nem ismeri fel az összefüggést például a mértéktartást nélkülöző csokoládéfogyasztás és az elhízás között, vagy aki úgy véli, hogy nem képes fizikailag aktívabb lenni, nem is fog az adott, kívánatos egészségmagatartásba belekezdeni. Ugyanígy, ha valaki a karcsúbb testalkat elérése miatt kezd bele egy egészségesebb táplálkozási szokás kialakításába, könnyedén lemondhat az egészséges táplálkozás folytatásáról, amint eléri a kitűzött súlycél. Ez magyarázatot adhat arra, hogy a fogyást elsődleges célként kitűző egészségeséletmód-programok hatása miért nem marad fenn hosszútávon, és miért fontos az egészséges táplálkozás iránti motiváció internalizálásának, vagyis az evési magatartás autonóm önszabályozási módjainak elősegítése ezen intervenciókban (R. M. Ryan és Deci, 2017). Az életmódbeli változtatások kezdetben gyakran a kontrollált motiváció szabályozási folyamatai által

meghatározottak: az sportolni kezdők gyakran eleinte nem lelnek örömet az izzadásban és a fizikai diszkomfortérzetben egy edzés során vagy az azt követő izomlázban, ahogyan sok esetben időbe telik az is, hogy az egészséges ételek szájizüknnek megfelelő variációit megtalálják. Erről tanúskodik az a tanulmány is, amely eredménye szerint ahogyan az egészséges táplálkozás mellett elköteleződő egyetemista hallgatónők haladtak a változás transzteoretikus modelljének szakaszain (a töprengés előtti időszaktól a magatartásváltozás fenntartásának szakasza felé) úgy erősödött az öndeterminált motivációjuk, és ezzel párhuzamosan egyre kevésbé jellemezték a kontrollált önszabályozási folyamatok a vizsgálati személyeket (Guertin, Pelletier, és mtsai., 2020). Az egészséges táplálkozás autonóm motivációjának integrációját elősegítő módszerekről részletesebben az 1.4.4.3. alfejezetben lesz szó.

#### **1.4.4.1. Az egészséges táplálkozás önszabályozási módjainak korrelátumai**

Pelletier és munkatársai (2004) egy, az evés kontextusára specifikus, az önszabályozási stílusokat mérő kérdőívet (Regulation of Eating Behavior Scale, REBS) használva vizsgálataikban azt találták, hogy az evési magatartás autonóm regulációja gyenge-közepes mértékű szignifikáns pozitív együttjárást mutat az egészségesebb ételek gyakoribb fogyasztásával, az étellel való nagyobb elégedettséggel, és a magasabb önbecsüléssel. Ezzel szemben a kontrollált evési szabályozási formák, amellyel, hogy az előbb soroltakkal közepes erősségű fordított együttjárást mutattak, szignifikáns pozitív kapcsolatban álltak a diszfunkcionális táplálkozási magatartásformákkal (pl. bulimia nervosa tünetekkel), a BMI-vel, a karcúságra irányuló szociokulturális attitűdökkel való egyetértéssel, a testtel való elégedetlenséggel, az elhízással kapcsolatos negatív hiedelmekkel, valamint a depressziós tünetek mértékével, közepes és nagy hatásméret mellett. Az eredmények szerint az egészséges táplálkozás továbbá pozitívan jelzi előre a pszichés jóllétet, míg a kontrollált motiváció által pozitívan előrejelzett diszfunkcionális evési szokások a mentális jólléttel negatív összefüggést mutatnak (Pelletier és mtsai., 2004; Pelletier és Dion, 2007). Ugyanezen szerzők az autonóm önszabályozás pozitív hatásait tapasztalták a vizsgálati személyek egészségesebb evési magatartásának előrejelzése tekintetében féléves távlatban is, amelyek megmutatkoztak a testtömeg és a vérlipidek értékeinek alakulásában is (Pelletier és mtsai., 2004). Az említett REBS mérőeszköz egy egészséges táplálkozásra specifikus, módosított változatát (Motivation for Healthy Eating Scale, MHES) alkalmazva kutatók úgy találták, hogy a

kiegyensúlyozott étrend követése pozitívan járt együtt az autonóm önszabályozási módokkal, nem mutatott összefüggést az Externális Szabályozással, és negatív irányú kapcsolatban állt az egészséges táplálkozás iránti amotivációval (Kato és mtsai., 2013).

A táplálkozási magatartás szabályozásának forrása és a súlyfelesleg közötti kapcsolat jelenlétét alátámasztja egy, az új-zélandi felnőtt nőkre reprezentatív mintán végzett vizsgálat, amelynek eredménye szerint az autonóm motiváció szignifikánsan alacsonyabb, míg a kontrollált motiváció szignifikánsan magasabb BMI-vel járt együtt (Leong és mtsai., 2012). Egy másik kutatásban arról is beszámoltak, hogy a családtagoktól és a barátok részéről érkező, a döntés és a választás szabadságát, valamint a személyes tapasztalatok és érzések elismerését (vagyis az autonómiát) támogató hozzáállás nagyobb mértékű fogyáshoz segítheti hozzá rövid távon személyeket (Powers és mtsai., 2008). Ezeknek az összefüggéseknek a háttérében állhat többek között az az eredmény is, hogy az autonóm önszabályozás magasabb értékeivel rendelkező személyek pozitívabb attitűdöt mutatnak az egészségesebb táplálkozás iránt, amellyel kapcsolatban az észlelt viselkedéses kontrolljuk is erősebb volt (Hagger és mtsai., 2006). Guertin és munkatársai (2015) a valamely szív- és érrendszeri eseményt követően étrendmódosítást kivitelezni igyekvők körében figyelték meg azt a szignifikáns és közepes hatásméretű eredményt, miszerint a magasabb szintű öndeterminációval rendelkező pácienseknek az egészséges evéssel kapcsolatos énhatékonyság-érzésük is magasabb volt, amelynek kedvező, szintén közepes erősségű hatása volt az egészségesebb táplálkozásra, és így a fizikai egészségre és az étellel való elégedettségre nézve is. Ugyanakkor a nem öndeterminált, vagyis a kontrollált önszabályozás az alacsonyabb szintű énhatékonyságot jelezte előre ebben a vizsgálatban. Az autonóm önszabályozás és az étrend megváltoztatására vonatkozó kompetencia észlelése, valamint a zöldség- és gyümölcsfogyasztás mértéke közötti pozitív viszonyról korábban Levesque és munkatársai (2006) is említést tettek. Emellett egy kanadai felnőtteket vizsgáló kutatásban is alátámasztást nyert, hogy az egészséges táplálkozás öndeterminált szabályozásmódja valóban pozitív együttjárást mutat azzal, hogy egy személy mennyiben táplálkozik a kanadai népegészségügyi irányelvekben foglaltak szerinti egészséges étrendnek megfelelően (E. Carbonneau és mtsai., 2021).

Egy kutatás eredménye alapján elmondható, hogy az extrinzik célok (pl. külső elvárásoknak való megfelelés), és a testmérettel való elégedetlenség és annak a szóbeli kifejeződése, vagyis a saját testtel kapcsolatos negatív megjegyzések alkalmazása

(amelynek részét képezi a saját test mások, ideálisabbnak vélt testéhez való hasonlítása, és ami angolul a frappáns „fat talk” elnevezést kapta), közepes- és kis hatásmérettel az egészséges táplálkozási motiváció kontrollált folyamatait, vagyis az extrinzik motivációt jelzi előre pozitív irányban (Guertin, Barbeau, és mtsai., 2020). Továbbá, a felnőttek körében alátámasztást nyert, hogy a „fat talk” alkalmazása és a kontrollált típusú egészséges táplálkozási önszabályozás egyaránt paradox módon közepesen erős pozitív kapcsolatban áll az olyan ételek fogyasztási gyakoriságával, amiket csupán mértékkel javasolt fogyasztani (pl. sültkrumpli, csokoládé, tésztafélék; Guertin és mtsai., 2017). Guertin és munkatársai (2020) vizsgálata arra is rámutatott, hogy az önegyüttértés magasabb szintjével rendelkező nők számára inkább mérvadó az egészség megtartása vagy fejlesztése, mint intrinzik indíttatás az egészséges táplálkozás szabályozásában, ami pedig közepes hatásmérettel szignifikáns, pozitív előrejelzője volt az egészséges étrend követésének. Ugyanis, a saját testre tett negatív megjegyzéssel ellentétben azok, akikre az önegyüttértés magas szintje jellemző, önmaguk felé kedvességgel tudnak fordulni még nehézségek idején is (vs. saját magukkal szembeni ítélkezés a történetek miatt), megélik az ún. közös emberi természetet, vagyis, hogy a nehézségek is az emberi lét részei (vs. izolálódás a történetek hatására), valamint a túlzott bevonódással ellentétben a jelentudatos viszonyulásmód az erősségük (Neff, 2003). Vagyis ezek a kutatási eredmények a saját testtel kapcsolatos negatív megjegyzések, mint kockázati tényező, illetve az önegyüttértés mint lehetséges protektív tényező szerepét vetítik előre az egészséges táplálkozás kedvező önszabályozási formái szempontjából (Braun és mtsai., 2016; Kelly és mtsai., 2014).

#### **1.4.4.2. Az egészséges táplálkozás önszabályozási módjainak mérése**

Mivel az SDT egy olyan elméleti keretrendszer, amelyet az emberi viselkedés – specifikusabban a motiváció – általános leírására hoztak létre, feltételezhetjük, hogy annak alkalmazása jelentőségteljes lehet egymástól igen különböző populációkban és kultúrákban egyaránt. Tekintettel az SDT-ben foglalt egyetemességre, elképzelhető, hogy az öndetermináció szintjeinek mérése az étkezési viselkedéssel összefüggésben a vizsgált mintától függetlenül szintén releváns.

Deci és Ryan 1985-ben publikálták azon kérdőívüket (General Causality Orientations Scale), amely az önszabályozási folyamatokat általánosságban térképezi

fel. A későbbiekben ezt a mérőeszközt módosították Pelletier és munkatársai (2004) úgy, hogy az alkalmas legyen az evési magatartás kontextusában mérni a motivációt meghatározó önszabályozó folyamatokat. Az így létrejött Evési Magatartás Szabályozása Skála (Regulation of Eating Behaviour Scale, REBS) úgy tűnik, hogy jól működik a korábban vizsgált kanadai és amerikai egyetemi hallgatók mintáján (Hamilton és mtsai., 2018; Pelletier és mtsai., 2004), azonban más populációkon a REBS eredeti formáját még nem vizsgálták. A szóban forgó skálán egy japán kutatás keretében tettek módosításokat oly módon, hogy annak hangsúlyát az evési magatartás általános önszabályozási mechanizmusairól az egészséges táplálkozás motivációjára helyezték át, aminek eredményeként létrejött a 18 tételes Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála (Motivation for Healthy Eating Scale, MHES; Kato és mtsai., 2013, 2021). Az eszközölt módosítások magukban foglalták a testképpel kapcsolatos motivációs tényezőkre összpontosító tételek törlését, valamint a skála egyes alfaktorainak rövidítését az egyszerűbb használat érdekében. Az MHES pszichometriai jellemzőit vizsgáló tanulmányokban a főkomponens-elemzések eredményei szerint a hat önszabályozási stílusnak megfelelően a szerzők hat alfaktor jelenlétét azonosították, amelyek esetében az öndeterminációs kontinuumon az egymáshoz közelebb eső alfaktorok nagyobb korrelációs együtthatók mellett erősebb kapcsolatot mutattak egymással, mint a távolabb esők – ezzel alátámasztva a konstruktum kontinuum jellegét (Kato és mtsai., 2013, 2021). Az így megalkotott és validált mérőeszköz lehetőséget ad arra, hogy az adaptív evési szokások egy újabb aspektusát vizsgáljunk nagyszámú sokaságot elérve.

#### **1.4.4.3. Az öndeterminált egészséges táplálkozási motiváció elősegítésének lehetőségei**

Az SDT szemléletét alkalmazó, egészségmagatartás-változásra fókuszáló intervenciók az autonómia, a kompetencia és a kapcsolódás szükségletármas megvalósulását tűzik ki célul, amelyek segítségével szeretnék elérni többek között az adott egészségmagatartás iránti autonóm motiváció növekedését is, és ezáltal magát az egészségmagatartás-változást (Silva és mtsai., 2014). Az autonóm motiváció előmozdítását szolgáló tréningekben alkalmazott módszerek, technikák és komponensek alapja azonban kevésbé robusztus, mint azok elméleti háttere. Emellett a táplálkozási magatartás önszabályozására vonatkozóan limitált mennyiségű vizsgálat áll a

rendelkezésünkre, amelyek viszont az eszköztárak tekintetében rendkívül széles keretek között mozognak. Egy áttekintés ezeket az eszközöket a három alapvető szükségletnek megfelelően a következőképpen csoportosította (Silva és mtsai., 2014): az autonómia támogatásának egyik eszköze az intervenciók során az elsajátítandó új magatartás relevanciájának indoklása, továbbá a résztvevő nézőpontjainak és érzelmeinek tiszteletben tartása, és a választási lehetőségek biztosítása azon célból, hogy a kliens az értékeihez, céljaihoz és az életstílusához legjobban illeszkedő lépéseket tudja megtenni a változás felé, amely döntési szabadság a hosszú távú adherenciát is elősegíti. A kompetencia érzésének elősegítését szolgálja a struktúra kialakítása, amely magában foglalja a világos és elérhető elvárások és célok kialakítását, amelyek optimális szintű kihívást jelentenek az egyén számára, és amelyekkel kapcsolatban folyamatos visszajelzést kap, valamint az ezek eléréséhez szükséges készségek gyakorlása vezetés és támogatás mellett valósul meg. Végül a kapcsolódás támogatását a bevonódás biztosítja, amely az intervenció vezetője részéről az empátia, a ráhangolódás, az elköteleződés és a megbízhatóság kifejezését jelenti. Az SDT alapelveit alkalmazó intervenciók különböző egészségmagatartásokra gyakorolt hatását három metaelemzésben is vizsgálták. Ezek eredményei szerint az intervenciók hatására a három alapvető emberi szükséglet kielégítettsége szignifikáns növekedést mutatott, amelynek hatására az autonóm motiváció jelentős mértékben erősödött a résztvevők között (Gillison és mtsai., 2019; Ng és mtsai., 2012; Ntoumanis és mtsai., 2020). Az autonóm motiváció legerőteljesebb előrejelzője a kompetencia érzésének növekedése volt (Ng és mtsai., 2012), ugyanakkor az egyes alkalmazott technikák közül a kutatások nem azonosítottak olyat, amely az SDT által leírt változóknál érdemi változáshoz vezetett volna, így a szerzők megállapítása szerint az alkalmazott eszközök összessége vezetett a pozitív változásokhoz (Gillison és mtsai., 2019). Ntoumanis és munkatársai (2020) munkája továbbá részletezi, hogy az autonóm motiváció javulása együtt járt a kívánt viselkedéses változásokkal az intervenció végén és az utánkövetés során is, amelyek kis mértékben előrejelezték a pszichológiai jóllét növekedését a tréningek végén, illetve a fizikai funkciókban bekövetkező pozitív változásokat az utánkövetés időszakában.

Korlátozott mennyiségű adat áll azonban rendelkezésünkre, ami az öndetermináció növelésének kifejezetten az evési magatartásra tett hatását illeti. Egy hat hónapos, nagyon alacsony kalória-fogyasztást előíró, kifejezetten extrém mértékben

elhízott résztvevők számára tervezett program során azt tapasztalták a kutatók, hogy azok a személyek, akik magasabb autonóm motivációval rendelkeztek a program iránt, a program végére kis hatásméret mellett ugyan, de több kilogrammot adtak le és sikeresebben is tartották az elért testtömeget az utánkövetés idején, mint a program kevésbé öndeterminált résztvevői (Williams és mtsai., 1996). Ezt az eredményt megerősíti egy, szintén SDT alapelveken nyugvó és aktív súlymenedzsmentet alkalmazó randomizált kontrollált tanulmány, amelynek szerzői az intervenció csoport sikeres fogyásáról (átlag 7,3%-os) számoltak be (Silva és mtsai., 2010). Emellett az aktív beavatkozás résztvevői a kontrollcsoportéhoz képest szignifikánsan több fizikai aktivitást végeztek, és nagyobb mennyiségű testszírt adtak le az egyéves tréningnek köszönhetően. Meg kell jegyezni, hogy a program komponensei túlmutattak az intrinzik motiváció elősegítésén, és része volt egyéb kognitív és viselkedéses változók modifikációja is (pl. az énhatékonyság-érzés és az egészséges táplálkozás iránti pozitív attitűd növelése, a társas támasz hatékony keresése stb.).

Az 1.4.3. alfejezetben leírtak fényében tehát különösen fontosnak tűnik szem előtt tartani, hogy amennyiben egy személy esetében meg is jelenik az egészséges táplálkozásra való törekvés, nagy jelentősége van annak, hogy a háttérét adó motiváció milyen forrásból ered. Amennyiben az minél inkább belső indíttatású, annál nagyobb valószínűséggel jelentkezik az egészségmagatartás adaptív jellemzőként. Így tekinthetünk tehát az egészséges táplálkozás autonóm önszabályozási módjára adaptív evési magatartásként, amely nem mutat együttjárást nemkívánatos következményekkel, akár az evési stílusokat, akár az elfogyasztott táplálékfajtákat, akár a mentális egészségmutatókat nézzük, a kontrollált motivációval ellentétben. Így fontos feladat az autonóm egészséges táplálkozási szabályozásmódok megragadása és összevetése egyéb adaptív evési magatartásokkal, folytatva ezáltal az inkább csekély számú ezirányú kutatói törekvés által mutatott útvonalat.

## **1.5. Az egyes adaptív és maladaptív evési magatartások egymáshoz való viszonya**

Ezidáig csupán néhány tanulmányban tettek kísérletet arra, hogy feltérképezzék az egészséges és adaptív táplálkozási magatartásokat elősegítő megközelítések közötti fogalmi és gyakorlati különbségeket és hasonlóságokat (Anderson és mtsai., 2016;

Kerin és mtsai., 2019; Martin, 2019). Az ide tartozó konstruktumok kapcsolati hálójának behatóbb ismerete azonban hasznos lehet az egészséges testtömeg fenntartását, illetve a kóros evési magatartások módosítását megcélzó intervenciók testre szabásában.

Bár a jelentudatos evés és az intuitív étkezés konceptualizációi hasonló elemeket tartalmaznak (például mindkettő esetében kiemelt szerepet kap az ítékezésmentesség, a tudatosság és az elfogadás alkalmazása az étkezési környezetben), Anderson és munkatársai (2016) tanulmányában a kutatók gyenge vagy mérsékelt korrelációs együtthatókat találtak az intuitív étkezés, a jelentudatos evés és a korlátozó evési magatartások között. Az IES-2 az evés feltétel nélküli megengedését leíró alszála mutatta a legerősebb, negatív kapcsolatot a kognitív korlátozással, míg a jelentudatos evés kapcsolata az intuitív étkezéssel nem volt szignifikáns mértékű. Ugyanebben a vizsgálatban a hierarchikus regressziós elemzések eredményeképpen úgy találták, hogy az intuitív étkezés és a mindful evés nem voltak szignifikáns előrejelzői a BMI-nek, amikor a nemmel és a korlátozó evéssel egy modellben szerepeltek. Az intuitív étkezés azonban a többi vizsgálatba bevont változón túl negatív irányban előrejelezte az anorexia nervosa, a bulimia nervosa és a falászavar tüneteit, a jelentudatos evés azonban nem (Anderson és mtsai., 2016). Egyes tanulmányok szerzői arra is felhívják a figyelmet, hogy nem csak az evési viselkedés adaptív formáinak megkülönböztetése kihívással teli, de az is elképzelhető, hogy ezek pusztán a maladaptív evési magatartásmódok (nevezetesen a túlevés, az érzelmi- és a korlátozó evés) hiányát ragadják meg, és nem járulnak hozzá ezen túlmenően az evési magatartások feltérképezéséhez és elkülönítéséhez. Barrada és munkatársaihoz (2018) hasonlóan Kerin és munkatársai (2019) rámutatnak, hogy bár az intuitív étkezést, valamint a jelentudatos-, az érzelmi-, a korlátozó- és a túlevést mérő kérdőívek egyes komponensei valóban meglehetősen erősen korrelálnak egymással, mindegyik konstruktum egyedi összetevőket is tartalmaz, ami az étellel és evéssel kapcsolatos attitűdöket, motivációkat, hiedelmeket és magatartásokat illeti.

Az egészséges táplálkozás különböző motivációs forrásainak az intuitív étkezéssel való kapcsolatának megfigyelése szintén segíthet tisztább képet kapni az alkalmazott egészséges táplálkozási gyakorlatok összefüggéseiről. Ebben a viszonyban Martin (2019) azt találta, hogy azok a középkorú nők, akik magasabb szintű autonóm motivációt mutattak a motiváció kontrollált formáihoz képest, szignifikánsan magasabb



pontszámot értek el az intuitív étkezés terén is. Ezeket az eredményeket kiegészíti például azon vizsgálat eredménye, amely szerint azon nők, akik a fogyás céljából végeznek testedzést, az intuitív étkezés és az öndeterminált evési szabályozás alacsonyabb szintjével rendelkeztek, illetve egy másik tanulmány negatív kapcsolatról számolt be az egészséges táplálkozási magatartás kontrollált szabályozása és az intuitív étkezés között (N. Carbonneau és mtsai., 2015; Carraça és mtsai., 2019).

## **1.6. A gyermekkori evési magatartások jelentős meghatározó tényezői**

Az elsősorban felnőttek körében vizsgált néhány maladaptív és adaptív evési magatartás részletes ismertetése után az 1.1.1. alfejezetben írtaknak megfelelően szükséges kitérni a gyermekek evési magatartását jelentősen formáló két tényezőre: a szülői táplálási stílusokra és a szülői evési magatartásokra egyaránt. Az alábbiakban részletesen bemutatásra kerülnek azon főbb szempontok, amelyek közvetlen vagy közvetett utakon járulnak hozzá a kedvező és a kedvezőtlen evési magatartásokhoz és egészségi kimenetekhez gyermekkorban. Ezek jelentőségét alátámasztja a gyermekkori elhízás prevalenciájának világszerte emelkedő tendenciája (Inchley és mtsai., 2020).

Csakúgy, mint a felnőttkori, a gyermekkori elhízás is multikauzális eredetű. Genetikai, viselkedéses (pl. az étrend minősége és mennyisége, fizikai aktivitás mértéke, önszabályozás mértéke), szocioökonómiai (pl. iskolázottság és jövedelem szintje), és környezeti faktorok (pl. egészséges ételalternatívák elérhetősége) egyaránt befolyással lehetnek a testtömeg alakulására ebben az életkorban (Han és mtsai., 2010; Hruby és Hu, 2015). Ugyanakkor kisgyermekkorban ezek a befolyásoló tényezők kiegészülnek a gyermek temperamentumának jellemzőivel, a szülők táplálási szokásaival, elvárásaival, hiedelmeivel és attitűdjeivel egyaránt (Russell és Russell, 2019).

A súlytöbbletnek gyermekkorban is komoly egészségügyi kockázatai vannak (Hruby és Hu, 2015). Az elhízás már ekkor vezethet magas vérnyomáshoz, zsírsanyagcsere-zavarhoz, inzulinrezisztenciához, kettes típusú cukorbetegséghez, obstruktív alvási apnoéhoz, valamint olyan pszichés nehézségekkel is együtt jár, mint a negatív énkép, alacsony önbecsülés, magányosság, negatív affektivitás és alacsonyabb életminőség (Lakshman és mtsai., 2012; Russell-Mayhew és mtsai., 2012). Amellett,

hogy a gyermekkorukban túlsúlyos személyek komoly eséllyel felnőttkorban is túlsúlyosak lesznek, az idő előtti elhalálozási kockázatuk is jelentősen magasabb (Reilly és Kelly, 2011). Egy metaelemzés eredményei alapján megállapítható, hogy az életkornak és nemnek megfelelő BMI eloszlás szerint az elhízott kategóriába eső 7-11 éves gyermekek kockázata ötször nagyobb arra nézve, hogy felnőttkorban is elhízással éljenek, mint a BMI eloszlás más övezeteiben lévő gyermekeké (Simmonds és mtsai., 2016). Egy másik prospektív vizsgálat eredményei szerint pedig már az is elegendő ahhoz, hogy a fiúk esetében négy-, illetve a lányok esetében húszszoros megnövekedett kockázattal rendelkezzen egy gyermek a fiatal felnőttkori túlsúlyra és elhízásra, ha a testtömege a normális BMI-t jelentő övezet felső határán helyezkedik el (Field és mtsai., 2005).

Az európai régióban a WHO Gyermek Tápláltsági Állapot Vizsgálat (Childhood Obesity Surveillance Initiative; COSI) keretében végzik már több, mint 10 éve az általánosiskolás-korú gyermekek elhízásának monitorozását (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative [COSI], 2021). A WHO referenciaként használt növekedési görbéjével összevetésben e felmérés eredményei szerint a magyar 7 évesek kb. 27%-a volt túlsúlyos vagy elhízott 2016-ban. Ez az érték a 36 vizsgálatban szereplő ország rangsorában a 19. helyen szerepel. Tovább bontva ezt a testtömegkategóriát, a magyar kisiskolásoknak 14,3%-a volt túlsúlyos, 9,1%-a elhízott, és 3,1%-a súlyosan elhízott az adott évben (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative [COSI], 2019). Magyarországon egy, 6-8 évesekre reprezentatív mintán, 2016-ban végzett vizsgálat eredményei pedig azt mutatták, hogy – a testtömegkategóriák határait meghatározó, alkalmazott kritériumrendszerrel függően – a túlsúly prevalenciája 9,3 és 15,0% közötti, az elhízás előfordulási aránya pedig 8,2% és 13,6% között helyezkedik el (Erdei, 2018). Ezen tanulmányban azt is leírták, hogy 2010-hez képest mind a fiúk, mind pedig a lányok esetében növekedést mutatott az elhízás aránya a vizsgált korcsoportban. A legutóbbi, 2018-as, Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behavior in School-aged Children, HBSC) elnevezésű, kamaszokat vizsgáló kutatás pedig úgy találta, hogy az 5-11. évfolyamos tanulók átlagosan 67,3%-a volt a normál testtömeg kategóriába sorolható, míg 18,2%-a túlsúlyos, 5,0%-a elhízott és 12,2% pedig alultáplált (Németh és Román, 2019). Szembetűnő adat a 11 éves lányok tekintetében, hogy 2014 és 2018 között a túlsúlyos és

elhízott kategóriába tartozók aránya 10%-os növekedést mutatott, és hasonlóan emelkedő a trend a többi vizsgált évfolyam esetében is (Inchley és mtsai., 2020).

### **1.6.1. Szülői táplálási stílusok hatása a gyermekkori evési magatartásokra**

Ahogy az korábban már röviden említésre került, a kisgyermekkori elhízásban és a gyermek nemkívánatos, illetve adaptív táplálkozási magatartásának kialakulásában a szülő táplálási stílusának is jelentős szerepet tulajdonítanak. A szülők különböző táplálási gyakorlatokkal befolyásolhatják a gyermekek által fogyasztott ételek mennyiségét és fajtáját, illetve magát az étellel kapcsolatos és az evés során tapasztalható viselkedést is (Gregory és mtsai., 2010; Rodgers és mtsai., 2013). Az elmúlt évtizedekben számos szülői táplálási gyakorlat került azonosításra, amelyek közül a szülőközpontú típusúak nyomatékosabban közvetítik az édesanya vagy az édesapa akaratát a gyermek felé evési helyzetben. Ezek közé tartozik például a gyermekek ételfogyasztásának monitorozására, illetve korlátozására tett erőfeszítés és az evés erőltetése is (avagy a kontrolláló táplálási gyakorlatok), az étel jutalomként való alkalmazása bizonyos viselkedésekért cserében (ez az ún. instrumentális etetés), vagy az étel érzelemszabályozásra való felhasználása (érzelmi etetés; Daniels, 2019). Ezekkel szembe helyezhetőek azok a táplálási gyakorlatok, amelyek inkább érzékenyek a gyermek evési magatartására, és annak megfelelő, arra ún. válaszkész reakciókat (válaszkész táplálás) adnak. Ezek a táplálási gyakorlatok egy másik felosztás szerint az autoritárius, autoritativ, engedékeny és a bevonódás nélküli<sup>9</sup> általánosabb szülői nevelési, és tágabb értelemben vett táplálási stílusokban jelennek meg (S. O. Hughes és mtsai., 2005; Vollmer és Mobley, 2013).

A gyermektáplálás témakörét vizsgáló tanulmányok egy jelentős részében a kontrolláló táplálási gyakorlatok determinánsait és következményeit igyekeznek felderíteni. Ezekhez tartozik a korlátozó, illetve a győzködő etetési stílus is. Míg a

---

<sup>9</sup> Az autoritárius nevelési stílust alkalmazó szülőknek magasak a gyermek irányában mutatott elvárásai az érettség tekintetében, gyakran túlzott a gyermek feletti kontroll és hatalomérvényesítő igényük, ugyanakkor kevésbé válaszkészek és megértőek a gyermek igényeivel szemben. Az autoritativ nevelési stílusban ugyanakkor megjelennek az elvárások és a válaszkészség egyaránt. Azt ezt alkalmazó szülők bevonódást, törődést mutatnak gyermekük irányában, megfelelő határokat és struktúrát biztosítanak, ugyanakkor érzékenyek gyermekük szükségleteire is. Az engedékeny szülő érzelmi melegséget és elfogadást (válaszkészséget) mutat gyermeke irányában, amihez viszont nem társul határszabás vagy a gyermek viselkedésének monitorozása. Végül a bevonódás nélküli vagy elhanyagoló szülői nevelési stílus esetében a szülő se kontrolláló, se válaszkész módon nem vonódik be túlságosan a gyermek életébe (S. O. Hughes és mtsai., 2005; Maccoby & Martin, 1983).

korlátozó etetést gyakorló szülők igyekeznek kontroll alatt tartani a gyermek étkezését, hogy az ne egyen túl sokat, túl sokszor vagy túlságosan hizlaló ételeket, addig a győzködő stílust alkalmazók legtöbbször pont azt igyekeznek elérni, hogy a gyermek mindent megegyen a tányérról – attól függetlenül, hogy a gyermek mennyire lakott már jól –, olyan ételféleségeket is, amiket azok nem feltétlenül szeretnének. Egy, erre a két táplálási stílusra összpontosító metaanalízis eredménye szerint míg a korlátozó táplálás gyenge, de pozitív összefüggést mutat a gyermek súlyával, addig a győzködés esetén a kapcsolat fordított irányú (Ruzicka és mtsai., 2021). A győzködő táplálás továbbá a gyermek ételek iránti érdeklődésének csökkenésével is járhat (Gregory és mtsai., 2010). Costanzo és Woody 1985-ben megalkotott elmélete szerint a gyermek testtömege és étkezési szokása miatti túlzott aggodalom, illetve a gyermek étkezése felett gyakorolt túlzott szülői kontroll és korlátozás azáltal vezethet a gyermek túlsúlyához, hogy az a gyermek saját táplálkozása feletti önszabályozó mechanizmusokat ássa alá. A szerzők modelljükben felvetik, hogy a szülők alkalmazott táplálási stílusában szerepet játszhat az is, hogy saját táplálékbevitelükkel kapcsolatos problémáikról feltételezik, hogy az a gyermekükönél is jelen van (Costanzo és Woody, 1985). Ezt az elméletet több tanulmány eredménye is igazolni látszik. Ezzel összecseng annak a vizsgálatnak az eredménye, amelyben Birch és Fisher (2000) az anyák és az ötéves lányaik testtömege és evési szokásaik közötti kapcsolatot kívánták tisztázni. Az édesanya saját korlátozó evési magatartása, illetve az, hogy mit gondolnak, milyen kockázata van a lányuknak a túlsúly kialakulására, egyaránt előrejelző szerepet töltött be a gyermek korlátozó táplálásában. Ez a korlátozó táplálási magatartás viszont a gyermeknél a telítettség érzete ellenére nagyobb mennyiségű kalóriadús étel fogyasztását jelezte előre, valamint csökkent képességet arra, hogy kevesebb ebéd fogyasztásával kompenzálja a korábban fogyasztott energiamennyiséget. A korlátozó táplálás túlevéshez vezető útját Birch egy négy évet felölelő longitudinális vizsgálatban is alátámasztotta: az ötéves kori korlátozó táplálói magatartás a 7, illetve 9 éves kori túlfogyasztást is előrejelezte (Birch és mtsai., 2003). Feltételezések szerint a korlátozó táplálás mellett az érzelmi etetés, mint személyközi érzelemregulációs stratégia alkalmazása is sérülékennyé tehet a későbbi, felnőttkori túlevésre és a falászavar kialakulására (Christensen, 2019). A két- és négyévesek körében azonban a korlátozó táplálás nem járt együtt az evési magatartásban megjelenő változásokkal egy prospektív tanulmányban egy évvel később, valamint ugyanebben a kutatásban azt sem támasztották alá, hogy az édesanya

táplálási stílusa a gyermek BMI-jének szignifikáns változásával járna együtt egy éves távlatban (Gregory és mtsai., 2010).

A túlságosan kontrolláló etetési stílus ellentettje, a megengedő szülői táplálási magatartás ugyanakkor szintén nemkívánatos következményekkel járhat. A permisszív táplálási gyakorlat például pozitívan együttjárhat az alacsony tápanyagtartalmú ételek fogyasztásával (Hennessy és mtsai., 2012), valamint a gyermek gyengébb evéssel kapcsolatos önszabályozó képességével, ami mediálja a szignifikáns pozitív kapcsolatot a megengedő táplálás és a gyermek magasabb testtömege között (Frankel és mtsai., 2014). Rodgers és kollégáinak (2013) prospektív vizsgálatában a BMI szignifikáns növekedésének prediktora az egy évvel korábbi anyai instrumentális táplálás volt. Szintén ebben a kutatásban az eredmények továbbá azt támasztották alá, hogy az evés korlátozása vagy túlzott bátorítása, az érzelmi táplálás és a gyermek testtömege miatti korlátozások olyan obezogén evési magatartásformákkal jártak együtt a gyermekeknél, mint az érzelmi evés, a túlevés vagy a fokozott étvágy.

Ahogy a felnőttek evési magatartásának kutatása esetében is tapasztalhatjuk, a kívánatos gyermekkori evési magatartásformák kutatása is háttérbe szorul az elhízásra hajlamosító evési szokások vizsgálatához képest. Igaz ez továbbá a kívánatos szülői táplálási stílusra is. Mindenesetre Vollmer és Mobley (2013) áttekintése rámutat, hogy az autoritatív táplálási stílus a leginkább protektív szülői magatartás a gyermek egészségét tekintve. Bár a tudatos példamutatás egyes gyakorlatai nincsenek olyan részletező kategóriákba sorolva, mint a kontrolláló táplálási stílusok, a szakirodalomban különféle praktikákra találhatunk példákat. A zöldségek és gyümölcsök otthoni környezetben való bőséges jelenléte és könnyen elérhetővé tétele (pl. feldarabolás és felkínálás), a gyermek megkérése ezek fogyasztására, a szülők közvetlen modellálása a zöldség- és gyümölcsfogyasztásban, és a gyermek bevonása a főzésbe, közepes és nagy hatásméretű, pozitív irányú, szignifikáns kapcsolatban állnak a gyermekek zöldség- és gyümölcsfogyasztásának mennyiségével (Kratt és mtsai., 2000; van der Horst és mtsai., 2014; Wind és mtsai., 2006). A gyermek bevonása az ételkészítésbe (úgy mint a menü megtervezése, bevásárlás és főzés) az egészséges ételféleségek fogyasztásával kis mértékű, de pozitív, míg az egészségtelen gyorsételek fogyasztásával gyenge hatásmérettel negatív összefüggést mutat egy év távlatában (Metcalfé és Fiese, 2018). Kifejezetten a gyermekkori jellemző evési stílust tekintve a táplálási gyakorlatok közül az egészséges táplálkozás szülői modellálása a kisgyermekek válogatosságának

csökkenésével, illetve a gyermekek különféle ételek iránti érdeklődésének növekedésével jár (Gregory és mtsai., 2010). Ugyanakkor nemcsak az egészséges étrend modellálása, de az azzal kapcsolatos szülői énhatékonyság-érzés (magas vs. alacsony) a gyermek evési stílusával (külső-, érzelmi- vagy korlátozó evés) interakcióban fejt ki hatását arra, hogy a túlsúlyos és elhízott 8 és 14 év közötti gyermekekre milyen mértékben lesz jellemző a túlevés, a kontrollvesztett evés, illetve az evés iránti sóvárgás (Smith és mtsai., 2020). Továbbá, a „válaszkész” táplálás alkalmazása úgy tűnik, hogy jótékony hatással lehet a gyermek súlyának alakulására, viszont ezt a kapcsolatot illetően a bizonyítékok még nem kellően robusztusak (DiSantis és mtsai., 2011; Hurley és mtsai., 2011). Finnane és munkatársai (2017) ugyanakkor úgy találták, hogy a megfelelő struktúra és a reszponzív etetés alkalmazása a gyermekek kisebb mértékű válogatosságához, és az ételek nagyobb mértékű élvezetéhez járul hozzá. Kísérleti, longitudinális elrendezésben a reszponzív táplálás mikéntjéről és az egészséges ételek többszöri felkínálásáról informálódó elsőgyermekes szülők utódjaira kevésbé volt jellemző a túl nagy étvágy, viszont megfelelőbb reakciót adtak a teltségérzet megjelenésére 5 éves korukban, az intervenció után 3,5 évvel (Magarey és mtsai., 2016).

Bármilyen szülői táplálási gyakorlatról legyen is szó, nem szabad elfeledkeznünk arról, hogy a szülő és a gyermek magatartása és jellemzői az etetési helyzetben kölcsönösen hathatnak egymásra – vagyis nemcsak a táplálási stílus lehet hatással a gyermek evési szokásaira, de a gyermek evési magatartása is visszahat a szülő etetés során alkalmazott praktikáira (E. Jansen és mtsai., 2016). Egy tanulmány ennek megfelelően úgy találta, hogy a fokozottabban kontrolláló szülői táplálás a gyermek BMI-jének növekedésére adott reakcióként tekintendő, semmint fordítva (Rhee és mtsai., 2009). Ugyanakkor az interakció ez utóbbi irányának tanulmányozása, csakúgy, mint a témakör longitudinális, valamint megfigyeléses elrendezésben való vizsgálata jóval nagyobb hangsúlyt kellene, hogy kapjon a kutatásokban (Bergmeier és mtsai., 2015), hogy határozott konklúziókat tudjunk levonni a kapcsolat irányultságáról.

### **1.6.2. Szülői evési magatartások hatása a gyermekkori evési magatartásokra**

A szülő táplálási gyakorlatainak főbb alakító tényezői után kutatva a vizsgálatok elsősorban az anya saját táplálkozási magatartásának, és saját-, illetve a gyermekének

testtömegével kapcsolatos percepcióinak befolyásoló hatását vették górcső alá. Egy 3 és 5 év közötti gyermekeket 6 évig követő vizsgálat leírásában azt olvashatjuk, hogy azon gyermekeknek a BMI-értéke emelkedett lineárisan az utánkövetés éveit során, akik szülei táplálkozási stílusára a korlátozó és/vagy a gátolatlan evési stílus fokozottan jellemző volt (Hood és mtsai., 2000). A legnagyobb ütemű súlygyarapodást azon gyermekek mutatták, akik szüleinél mindkét obezogén evési magatartás erőteljesen jelen volt. Ez az összefüggés keresztmetszeti elrendezésben is megjelenik más tanulmányban (Gallant és mtsai., 2013). Hood és munkatársai (2000) a maladaptív evési stílusok modellálásának a hatását vetették fel, mint lehetséges mechanizmust a szülői evési stílus és a gyermek súlygyarapodásának üteme között, amelyet részben megerősít azon kutatási eredmény, amely szerint a gátolatlan evési stílus „öröklődésében” számottevő szerepe a közös családi környezetnek van (ellentétben a korlátozó evési magatartással, aminek esetében inkább a genetika általi befolyásoltságnak találták jelentősebb szerepét; de Castro és Lilenfeld, 2005). Keresztmetszeti elrendezésű korábbi tanulmányok az édesanyák obezogén evési stílusa (korlátozó-, külső- és érzelmi evés) és a korlátozó, monitorozó, valamint az érzelmi etetési gyakorlataik között találtak pozitív irányú összefüggéseket (A. Brown és Lee, 2011; Steinsbeek és mtsai., 2018). Az ezen evési magatartásokkal jellemezhető szülők jobban is aggódtak a gyermekeik súlya miatt, és úgy vélték, hogy nagyobb testalkatú a gyermekük, mint ahogy az ideális lenne. Az, hogy a kontrolláló táplálási stílus milyen mértékben jellemző a szülőre, azt a gyermek vélt nagyobb testméretével, és a saját, valamint a gyermek testalkatával kapcsolatos aggodalmak mértéke befolyásolta (A. Brown és Lee, 2011; Francis és mtsai., 2001). Egy longitudinális vizsgálati elrendezésben például az anya saját testsúlya és táplálkozási szokása miatti aggodalma pozitív előrejelző szereppel bírt a (9-11 éves) lánygyermek korlátozó evési magatartására nézve, amely útvonal közvetítő tényezője a restriktív táplálás és a gyermek fogyásra való biztatása volt. Vagyis, minél inkább problémásnak tekinti a szülő a saját testtömegét és evési magatartását, annál hajlamosabb arra, hogy megkísérelje befolyásolni gyermeke evési szokásait és testsúlyának alakulását, az anya valódi testtömegétől függetlenül (Francis és Birch, 2005). Ezen kvantitatív kutatási eredményekkel szemben – vagy azokat kiegészítve – egy kvalitatív vizsgálatban arra derítettek fényt, hogy a korlátozó táplálás hátterében gyakrabban állnak praktikus tényezők (pl. reggeli készülődésnél idő hiányában a szülő csak egy, bizonyos féle ételt kínál fel a gyermeknek) és az egészséges táplálkozás

elősegítésének a motivációja, mintsem a gyermek testsúlya miatti aggodalmak (Carnell és mtsai., 2011). Ugyanakkor az egyes kedvezőtlennek címkézett táplálási gyakorlatok háttérben meghúzódó motivációs tényezőkről (pl. egészség elősegítése, a gyermek túlsúlya miatti félelem, vagy a túlsúlyból eredő betegségek elkerülése) kevés publikált kutatásban írtak ezidáig.

A szülők adaptív evési magatartásainak hatását a gyermektáplálásra ismét csak kevesen vizsgálták. Ezen magatartásformák közül a szülői intuitív étkezéssel foglalkoztak több esetben. Ezekben a tanulmányokban arra mutatnak rá, hogy az anyai intuitív táplálkozásnak protektív szerepe lehet a gyermek korlátozó táplálását illetően, pozitív a kapcsolata a válaszkész szülői etetéssel, viszont a gyermek táplálékbevitelének szorosabb monitorozásával is pozitív irányú az összefüggése az eddigi eredmények alapján (Khalsa és mtsai., 2019; Tylka, Lumeng, és mtsai., 2015; Tylka és mtsai., 2013). Azok az anyák, akik bíznak testük jelzéseiben az éhség-, és a telítettség érzéseit illetően, valamint akikre jellemzőbb a fizikai okokból történő táplálkozás, mintsem az érzelmi indíttatású (vagyis az intuitív étkezés két alfaktora), azok a gyermekük súlya miatti aggodalom ellenére nem alkalmaznak korlátozó táplálási stratégiát (Tylka, Lumeng, és mtsai., 2015). Így elképzelhető, hogy a szülő által gyakorolt egészséges táplálkozási magatartásformák a gyermek önszabályozási folyamataival kapcsolatos elvárásai által tompíthatják a gyermek súlya felől érzett aggodalom és a táplálási szokások közötti kapcsolatot.

A szülő autonómiát támogató nevelési gyakorlatát illetően több kutatás is beszámol annak pozitív hatásáról a gyermek viselkedésének öndetermináltságát tekintve (pl. Meuwissen és Carlson, 2019). A szülő saját táplálkozásában megjelenő autonóm vagy kontrollált motiváció mértékének az összefüggéseit az alkalmazott táplálási gyakorlatokkal, illetve a gyermek egészséges táplálkozási motivációjának alakulásával azonban még nem vizsgálták. Egyetlen folyóiratcikk számol be arról, hogy az édesanya magasabb autonóm motivációja az egészségesebb folyadékok fogyasztására (víz és tej vs. cukros üdítők) pozitív összefüggést mutatott serdülő korú gyermekük ugyanezen motivációjával, amely kapcsolat kétirányúnak bizonyult (Figuroa és mtsai., 2019). Ugyanígy a jelentudatos evés szülői gyakorlatának kapcsolata a táplálási stílussal sem volt még tudományos megfigyelés tárgya (aminek oka a koncepció és az azt mérő kérdőívek validitásával kapcsolatban felmerülő kérdések is lehetnek), mindenesetre



találhatunk arra utalást, hogy a jelentudatosabb szülők jobban támogatják az autonómiát, az egészséges ételek választását és a struktúrát a gyermekek étkezésében, és kevésbé jellemző rájuk a kontrolláló vagy a nem bevonódó táplálás (Zimmer-Gembeck és mtsai., 2019). Emellett a jelentudatosabb nevelési stílust alkalmazó szülőkre kevésbé jellemző a korlátozó és az instrumentális táplálás, ugyanakkor inkább monitorozzák szorosan a gyermek táplálékbevitelét (Gouveia és mtsai., 2020).

## 2. A doktori értekezés célkitűzései

A jelen doktori értekezés egy kezdeti törekvés az adaptív evési magatartások, és azok vizsgálatának előtérbe helyezésére hazánkban is, ezzel is hozzájárulva egy inkább egyensúlyi helyzet megteremtéséhez a maladaptív (és a zavar irányába mutató), valamint az egészséges, de legalábbis az előbbieknél kívánatosabb, negatív következményektől mentes evési magatartások tanulmányozása között. Ennek egyik első lépése a külföldi szakirodalomban már elérhető, adaptív evési viselkedéseket mérő kérdőívek magyar nyelvű adaptációja és validációja, amely lehetővé teszi egyrészt a tárgyalt konstruktomok behatóbb megismerését, másrészt pedig azok szélesebb körben való mérhetőségét és vizsgálatát a hazai kulturális- és nyelvi adottságoknak megfelelően, egy-egy célpopuláción. Így a disszertációban foglalt első három kutatás egyenként a Jelentudatos Evés Kérdőív, az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála, valamint az Intuitív Étkezés Skála 2. pszichometriai vizsgálatát tűzte ki céljaként.

A tárgyalt adaptív evési magatartások továbbá alkalmas jelöltek lehetnek arra is, hogy az egészség fejlesztéséhez, valamint a mentális- és fizikai egészségben kialakuló nehézségek és problémák prevenciójához hozzájáruló egészségmagatartások körét tovább bővítsük, illetve specifikáljuk általuk. Ezt a szemléletet alkalmazva, illetve azonosítva a gyermekkori evési szokások alakulásával foglalkozó szakirodalomban is az említett hangsúlyeltolódást a szülők és a környezet kockázati tényezőinek tanulmányozása felé, az értekezés célja továbbá annak vizsgálata is, hogy a kisgyermekes anyák által gyakorolt evési magatartások – tekintettel az adaptív evési magatartásokra is – milyen összefüggésben állhatnak a szülői táplálási szokásokkal, illetve a gyermek evési stílusával. Ez utóbbi kutatásban a fókusz kiterjesztettük immár a szülői egészséges táplálkozási motivációkat potenciálisan meghatározó tényezőkre egyaránt. Mindezzel arra törekedtünk, hogy olyan módosítható változókat azonosítsunk, ami nem csak a felnőttek evési szokásainak pozitív irányba való elmozdulását segítheti elő, de aminek szerepe lehet egyes alkalmazott táplálási gyakorlatokon keresztül a gyermekek jövőbeni evési stílusának alakulásában is, ezzel megágyazva az evéshez és ételhez való egészséges viszony korai kialakulásának.

### 3. Empirikus vizsgálatok

#### 3.1. VIZSGÁLAT 1.

##### A Jelentudatos Evés Kérdőív (Mindful Eating Questionnaire, MEQ) pszichometriai vizsgálata<sup>10</sup>

###### 3.1.1. Célkitűzés

Bár már hazánkban is egyre nagyobb a laikus és tudományos érdeklődés egyaránt a jelentudatos létezmód iránt, még nincsen magyar nyelven elérhető kérdőív a jelentudatos evés mérésére – annak ellenére, hogy az egészséges táplálkozási magatartások fejlesztése kiemelt jelentőséggel kell, hogy bírjon Magyarországon (lásd 1.3.1.1. alfejezet). A jelentudatos evés konstruktumának különböző nyelveken és kulturális kontextusokban történő pszichometriai vizsgálata továbbá hozzájárulhat ahhoz, hogy mind többet tudjunk meg a konstruktumról és annak mérhetőségéről. Így az itt bemutatott kutatás célja, hogy megvizsgálja a Jelentudatos Evés Kérdőív (MEQ, Framson és mtsai., 2009) magyar változatának faktorstruktúráját, és tesztelje a jelentudatos evés konstruktumvaliditásának robusztusságát azáltal, hogy feltárja a MEQ alszkáláinak kapcsolatát a jelentudatosság vonás, az impulzivitás, az érzelmi-, a korlátozó- és a kontrollálatlan evés konstruktumokkal, valamint a BMI-vel és a meditálás gyakorlásával (lásd 3.1-1. ábra) – támaszkodva a nemzetközi szakirodalom elérhető kutatási eredményeire. Feltételezéseink szerint a MEQ által mért jelentudatos evés konstruktumvaliditása akkor érvényesül, amennyiben:

- a kérdőív eredeti faktorstruktúrája alátámasztást nyer a jelen vizsgálati mintát alkalmazva;
- a kérdőív alszkálái pozitív irányú szignifikáns asszociációt mutatnak egymással;

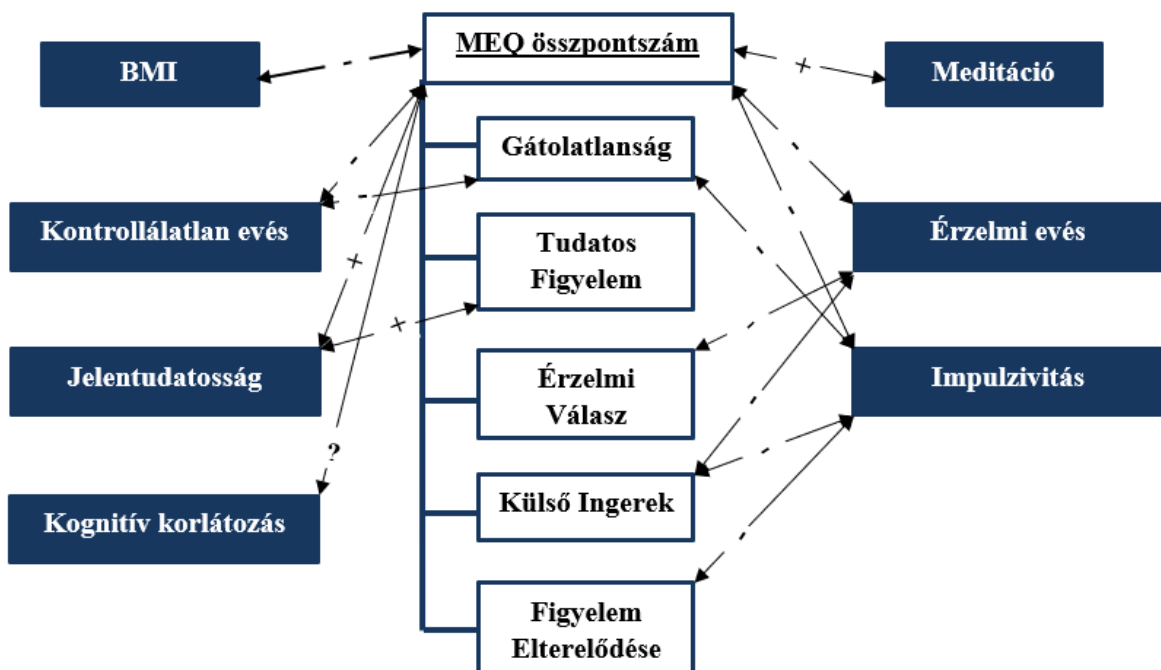
---

<sup>10</sup> A vizsgálat a következő publikációban jelent meg: Román, N., & Urbán, R. (2019). Mindful Awareness or Self-Regulation in Eating: An Investigation into the Underlying Dimensions of Mindful Eating. *Mindfulness*, 10(10), 2110–2120. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01170-2>.

- a legalább heti rendszerességű meditációs gyakorlás, valamint a jelentudatosság vonás pozitív irányú kapcsolatot mutat a jelentudatos evés összpontszámával;
- a testtömegindex, az obezogén evési magatartások (kontrollálatlan evés és az érzelmi evés), valamint az impulzivitás fordított irányú szignifikáns összefüggést mutat a jelentudatos evés konstruktumával;
- továbbá alskála szinten:
  - a Gátolatlanság fordított szignifikáns kapcsolatban áll mind a kontrollálatlan evéssel, mind az impulzivitással;
  - a Tudatos Figyelem alskála a jelentudatosság vonással mutat pozitív irányú szignifikáns összefüggést;
  - az Érzelmi Válasz és a Külső Ingerek faktorok az érzelmi evéssel fordított asszociációt mutatnak, illetve az utóbbi alskála az impulzivitás vonással is negatív irányú kapcsolatban áll;
  - és végül a Figyelem Elterelődése alskála validitását az impulzivitással mutatott szignifikáns negatív asszociáció erősítené meg.

A MEQ belső megbízhatóságának vizsgálata szintén a tanulmány részét képezte.

**3.1-1. ábra** A validáló konstruktumok feltételezett összefüggései a Jelentudatos Evés Kérdőív alskálaival.



**Megjegyzés.** A '-' jel a negatív irányú, a '+' jel a pozitív irányú feltételezett kapcsolatot jelöli, míg a '?' jelzés a kapcsolat irányának feltárására vonatkozó törekvést.

### 3.1.2. Módszer

A vizsgálat keresztmetszeti elrendezésű, kérdőíves kutatási eljárást alkalmazott.

#### 3.1.2.1. Vizsgálati személyek

A kényelmi minta az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának (ELTE PPK) 323 egyetemi hallgatójából állt. A bevonási kritériumok szerint a résztvevőknek az egyetem aktív hallgatóinak kellett lenniük. A minta jellemzőit a 3.1-1. táblázat tartalmazza.

3.1-1. táblázat *A minta jellemzői.*

	n (%)	Terjedelem	Átlag (szórás)
<b>Nem</b>			
- Férfi	54 (16,7)		
- Nő	260 (80,5)		
- Nincs adat	9 (2,8)		
<b>Életkor</b> (években)		18 – 40	21,2 (2,58)
<b>BMI</b>		15,9 – 37,2	21,9 (3,2)
- Alultáplált (BMI $\leq$ 18,49)	30 (9,3)		
- Normál (BMI 18,5 – 24,99)	235 (72,8)		
- Túlsúlyos vagy elhízott (BMI $\geq$ 25)	57 (17,9)		
<b>Meditációt rendszeresen gyakorlók</b>	33 (10,2)		

*Megjegyzés.* BMI = testtömegindex. A meditáció gyakorlását egyetlen kérdés mérte fel, amiben a válaszadók megjelölhették, hogy legalább heti egy alkalommal gyakorolnak-e meditációt.

#### 3.1.2.2. Eljárás

A tanulmányozott, szabadon elérhető Jelentudatos Evés Kérdőív adaptációjának folyamatában a Nemzetközi Tesztbizottság (Gregoire, 2018) és Borsa és munkatársai

(Borsa és mtsai., 2012) javaslatait követtük. A MEQ magyar változatának megalkotásához az eredeti angol nyelvű kérdőívet először két, angol nyelven felsőfokon beszélő szakember magyarra fordította. Miután sikerült megegyezniük a mérőeszköz első magyar változatáról, a visszafordítást angolra egy angol-magyar kétnyelvű személy végezte el. Ezután a kérdőív eredeti és visszafordított angol változata közötti jelentésbeli eltérések feloldása, valamint egy-egy, fordítási szempontból nehézséget okozó tétel szemantikailag megfelelőbb magyar fordításának megtalálása érdekében egy hivatásos fordítót vontunk be az adaptációs folyamatba. A kérdőív közel végső magyar változatát ezután laikusok és képzett pszichológusok tesztelték az érthetőség szempontjából. Az általuk javasolt apróbb módosításokat figyelembe vettük a kérdőív végleges változatának kialakításakor.

A résztvevők többsége (279 fő) a kérdőívcsomagot papír alapon, egy pszichológiai témájú kurzus keretében, a maradék 44 fő pedig online, elektronikus felkérésre válaszul töltötte ki. Mindkét változat esetében tájékoztató és beleegyező nyilatkozat elolvasása és aláírása előzte meg a kérdőívek kitöltését. Az adatgyűjtés során a résztvevőket biztosítottuk az anonimitásról, a részvétel önkéntességéről és megszakíthatóságáról. A vizsgálati protokollt az ELTE PPK Etikai Bizottsága hagyta jóvá 2015-ben.

### **3.1.2.3. MÉRŐESZKÖZÖK**

A Jelentudatos Evés Kérdőív (MEQ, lásd 1/A melléklet; Framson és mtsai., 2009) eredeti formája 28 állítást tartalmaz. A válaszadók egy négyfokú skálán jelölhetik meg, hogy milyen gyakran jellemző rájuk a kérdőív egy adott állítása (1 = soha/ritkán és 4 = általában/mindig). A kérdőív itemei a 1.4.2.3-as alfejezetben is taglalt öt alfaktorba csoportosíthatóak: Gátolatlanság (8 tétel), Tudatos Figyelem (7 tétel), Külső Ingerek (6 tétel), Érzelmi Válasz (4 tétel) és a Figyelem Elterelődése (3 tétel). Az alskálákon elért magasabb pontszám minden esetben a jelentudatos evés gyakoribb alkalmazására utal – bár a Tudatos Figyelmen kívül az elnevezések ennek ellentétére utalnak. A kérdőív eredeti tanulmányában az alskálákhoz tartozó Cronbach- $\alpha$  értékek 0,64 és 0,83 közöttiek voltak (Framson és mtsai., 2009).

A Mentális Figyelem és Tudatosság Kérdőív (Mindful Attention and Awareness Scale, MAAS) egy 15 tétéles, egyfaktoros mérőeszköz, amelyet Brown és Ryan (2003)

dolgozott ki a jelentudatoság vonás mérésére. A válaszadók egy 6 pontos skála segítségével adhatják meg válaszaikat (1 = szinte mindig és 6 = szinte soha). A magasabb pontszám a nagyobb mértékű jelentudatoság vonásra utal. A MAAS magyar változatának pszichometriai jellemzőit Simor és munkatársai (2013) vizsgálták, akik megfelelő megbízhatósági mutatókról számoltak be (Cronbach- $\alpha$  = 0,78, teszt-reteszt megbízhatóság  $r = 0,71$ ,  $p < 0,001$ ). Jelen vizsgálatban a skála belső konzisztenciája szintén megfelelő volt (Cronbach- $\alpha$  = 0,78).

A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-factor Eating Questionnaire Revised 21-item, TFEQ-R21; Tholin és mtsai., 2005) célja az obezogén evési magatartások következő három típusának felmérése 21 tétellel, melyek a Kontrollálatlan Evés, Kognitív Korlátozás, és Érzelmi Evés. A kérdőív magyar adaptációját Czeglédi és Urbán (2010) validálta. Az eredeti faktorstruktúra magyar mintán is megerősítésre került. Az első húsz tétel esetében a résztvevők egy négyfokozatú skála használatával válaszolhatnak az itemek tartalmától függő válaszlehetőségek mentén. Az utolsó tétel esetében a választ nyolcpontos skálán jelölhetik meg. A kitöltők által az alsólákon elért nyerspontszámokat minden alfaktor esetében egy transzformációs képlettel a kérdőív szerzőinek javaslatai alapján 0-100-as pontskálára alakítottuk át. Az alskálák belső konzisztenciája megfelelő volt a jelen mintában (a fenti sorrendben Cronbach- $\alpha$  értékek: 0,82, 0,88 és 0,92).

A Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale 11, BIS-11) egy 30 tételből álló skála, amely a figyelmi- (pl. „*Gondolkodás közben elkalandozik a figyelmem.*”), a motoros- (pl. „*A pillanat hevében cselekszem.*”) és a tervezés hiánya (pl. „*Többet költök, mint amennyit keresek.*”) típusú impulzivitást méri négyfokú válaszadói skála felhasználásával (1 = soha és 4 = majdnem mindig / mindig; Patton és mtsai., 1995; Stanford és mtsai., 2009). Az alskálakon elért magasabb pontszám az impulzivitás erőteljesebb megnyilvánulására utal a személyiségbeli és a viselkedéses tényezőkben egyaránt (Stanford és mtsai., 2009). A kérdőív magyar változatát Kapitány-Fövény és munkatársai (2018) validálták. A skála belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach- $\alpha$  = 0,81). A jelen vizsgálatban a kérdőív összpontszámát használtuk az impulzivitás vonás mérésére

A kutatásban résztvevők testalkatának felmérésére a BMI mutatót használtuk, melynek kiszámításához az önbevalláson alapuló testmagasság és testtömeg értékeket vettük alapul. A BMI értékek kategorizálása során a WHO iránymutatását követtük

(World Health Organization, 2019). A statisztikai elemzés céljából a korrelációs és regressziós elemzésekhez két csoportot alakítottunk ki: az alultáplált vagy normál BMI ( $BMI \leq 18,4$  és  $18,5-24,9$ ) kategóriát, illetve a túlsúlyos vagy elhízott ( $BMI \geq 25$ ) kategóriát. A MEQ alsóskálán elért pontszámok közötti különbségek teszteléséhez ugyanakkor a BMI hármass csoportosítását alkalmaztuk (alultáplált vs. normál vs. túlsúlyos vagy elhízott BMI kategóriák), mivel amennyiben a jelentudatos evés adaptív evési magatartásnak tekinthető, annak várhatóan negatív együttjárást kell mutatnia a túlsúly mellett a túlzott soványsággal egyaránt.

A meditációs gyakorlást a következő tétellel mértük: „*Szokott-e Ön rendszeres jelleggel meditatálni (legalább hetente egyszer, akár jóga óra részeként)?*”.

#### **3.1.2.4. Adatelemzés**

A statisztikai elemzésekhez az MPlus 7.4 és az SPSS 20.0 statisztikai szoftvereket használtuk. A MEQ elméleti faktorszerkezetének vizsgálatához megerősítő faktorelemzést alkalmaztunk, ami lehetővé tette számunkra az *a priori* modell érvényességének tesztelését. Annak megállapítására, hogy az eredeti faktorstruktúra illeszkedik-e a jelenlegi vizsgálat adatállományához, a maximum valószínűségű becslési eljárás egy olyan változatát használtuk, amely robusztus a normális eloszlástól való eltérésre (MLR; Brown és Moore, 2012; Muthén és Muthén, 1998-2022). Az adatelemzés részeként több illeszkedési mutató, nevezetesen a khi-négyzet statisztika, a komparatív illeszkedési mutató (comparative fit index, CFI), a Tucker-Lewis féle illeszkedési mutató (Tucker-Lewis index, TLI) és a megközelítési négyzetes középérték hiba (root mean square error of approximation, RMSEA) értékeit vettük szemügyre. Az illeszkedés jóságának megállapításához továbbá a reziduálisok átlagát jelző mutatót (angolul: Standardized Root Mean Square Residual; SRMR) is alkalmaztuk. Akkor mondhatjuk, hogy a gyűjtött adatok kiválóan illeszkednek a tesztelt modellhez, ha a CFI és a TLI értékek meghaladják a 0,95-ös értéket. A 0,05 alatti RMSEA kiváló, a 0,08 körüli értéke megfelelő, a 0,10-nél nagyobb értéke pedig gyenge illeszkedést jelez. Az SRMR esetében a jó illeszkedést a 0,08-nál kisebb értékek tükrözik (Hu és Bentler, 1999).

Vizsgálatunkban a CFA elemzés eredménye szükségessé tette a feltáró faktorelemzés (exploratory factor analysis, EFA) alkalmazását is. A MEQ magyar változata faktorstruktúrájának feltárása főtengelelemzéssel (principal axis factoring,



PAF) történt ferdeszögű (direkt oblimin) rotációt alkalmazva. A MEQ alskáláit érintő további statisztikai elemzésekben az EFA eredményeként kapott faktorszórokat használtuk. Az eszköz alskálái belső konzisztenciájának vizsgálatára a Cronbach- $\alpha$  koefficienseket értékeltük. Ezután a változók struktúrájának elemzésére is alkalmazható főkomponens-elemzést (principal component analysis, PCA) használtunk az alskálák szerkezetének feltárására (Jolliffe, 2002).

A MEQ alskálái közötti, valamint az alskálák és a validáló konstruktumok közötti összefüggéseket Pearson-féle korrelációs együtthatók segítségével tanulmányoztuk. Kruskal-Wallis-analízist alkalmaztunk *post hoc* korrigált szignifikancia teszteléssel annak megértésére, hogy van-e különbség a BMI csoportok (alultáplált vs. normál vs. túlsúlyos vagy elhízott BMI kategóriák) MEQ alskála pontszámaiban. Ezután többváltozós regresszióelemzést végeztünk strukturális egyenlet modellezéssel (structural equation modelling, SEM), annak tesztelésére, hogy a használt validáló konstruktumok milyen mértékben jelzik előre a MEQ egyes alskáláin elért pontszámot.

### 3.1.3. Eredmények

#### 3.1.3.1. A megerősítő faktorelemzés eredményei

A CFA eredménye szerint a gyűjtött adatok nem mutattak megfelelő illeszkedést a hipotetikus faktorstruktúrához ( $\chi^2 = 700,0$ ,  $df = 340$ ,  $p < 0,001$ ; CFI = 0,832; TLI = 0,813; RMSEA [CI<sub>90%</sub>] = 0,057 [0,051-0,063]; SRMR = 0,037). A faktortöltéseket megvizsgálva úgy találtuk, hogy egy tétel („*Olyan gyorsan eszem, hogy meg sem izlelem az ételt.*”) a saját, Figyelem Elterelődése faktorra nem töltött szignifikánsan. Ezért az elemzést megismételtük ennek az itemnek a kizárásával is, de az illeszkedés mértéke csak kis mértékben javult ( $\chi^2 = 608,6$ ,  $df = 314$ ,  $p < 0,001$ ; CFI = 0,858; TLI = 0,842; RMSEA [CI<sub>90%</sub>] = 0,054 [0,047-0,060]; SRMR = 0,068). A modifikációs indexek vizsgálatát követően két itempár között szabadítottuk fel a hibakovarianciát (a Gátolatlanság alskálán elhelyezkedő „*Amikor az étteremben túl nagy adag ételt adnak, abbahagyom az evést, amikor úgy érzem, hogy már tele vagyok.*” és „*Amikor étteremben eszek, észreveszem, ha a felszolgált adag túl nagy a számomra.*” tételek között; valamint az Érzelmi Válasz alskálán szereplő „*Nehezemre esik, hogy ne egyek fagyit, sütit vagy chips-et, ha van otthon.*” és „*Nassolok anélkül, hogy észrevenném, hogy eszem.*”), ami

némileg jobb illeszkedést eredményezett ( $\chi^2 = 548,0$ ,  $df = 312$ ,  $p < 0,001$ ; CFI = 0,886; TLI = 0,872; RMSEA [CI<sub>90%</sub>] = 0,048 [0,042 - 0,055]; SRMR = 0,066). Bár az RMSEA és az SRMR értékei kiválóak, a CFI és a TLI értékei továbbra is elmaradnak az elfogadható tartománytól. Ezáltal az eddigi eredmények kétségbe vonják, hogy az eredeti faktorstruktúra megfelelő reprezentációja lenne a jelen tanulmány adatai látens faktorstruktúrájának. Így következő lépésként EFA-t alkalmaztunk a faktorszerkezet feltárása céljából.

### 3.1.3.2. A feltáró faktorelemzés eredményei

A MEQ magyar változatának 28 itemén főtengelem elemzést végeztünk ferdeszögű forgatással. Mivel a CFA különböző illeszkedési mutatói vegyes eredményeket mutattak, ebben az elemzésben a faktorok számát ötre korlátoztuk, hogy megvizsgáljuk, vajon az EFA ötfaktoros megoldása jelentős változásokat eredményez-e a faktorstruktúrában. Ezt a döntést alátámasztotta a sajátértékek és a scree plot megtekintése is, amelyek a 4. és 5. faktoroknál utaltak inflexiós pontra. Az öt faktor a teljes variancia 48,6%-át magyarázta. Az öt eredeti faktor kisebb módosulásokkal azonosítható volt. Egy, eredetileg a Tudatos Figyelem alszállához tartozó item („Észreveszem, ha az ételek vagy italok túl édesek.”) nem töltött szignifikánsan egyik faktorra sem, ezért azt a következő elemzésekből kizártuk. A következő item: „Olyan gyorsan eszek, hogy meg sem ízlelem az ételt.” pedig a PAF eredményezte modellben a Tudatos Figyelem alszállára töltődött az eredeti Figyelem Elterelődése faktor helyett. Az öt alszállát, az itemek faktortöltéseit, az egyes faktorok leíró statisztikáit és a Cronbach- $\alpha$  együtthatókat a 3.1-2. táblázat tartalmazza.

**3.1-2. táblázat** *A Jelentudatos Evés Kérdőív magyar változatának feltáró faktorelemzéssel kapott faktorstruktúrájának leíró statisztikái, faktortöltései és Cronbach- $\alpha$  mutatói.*

Tételek	Gátolatlanság	Külső Ingerek	Tudatos Figyelem	Érzelmi Válasz	Figyelem Elterelődése
1. Ha még maradt belőle, repetázom abból az ételből, amit nagyon szeretek, akkor is, ha már jól laktam.	<b>0,74</b>	0,07	-0,02	0,05	0,06
2. Amikor az étteremben túl nagy adag ételt adnak, abbahagyom az evést, amikor úgy érzem, hogy már tele vagyok.	<b>0,72</b>	0,00	-0,08	0,01	0,19
3. Jellemző, hogy túl sokat eszek, amikor az étteremben korlátlan ételfogyasztásra van lehetőség.	<b>0,69</b>	-0,04	-0,06	0,05	0,07
4. Ha egy buliban finom az étel, akkor is eszem még, ha már tele vagyok.	<b>0,66</b>	0,10	-0,01	0,08	0,13
5. Amikor az egyik kedvenc étellemet eszem, nem veszem észre, hogy mikor elég.	<b>0,55</b>	0,03	-0,07	0,15	0,26
6. Abbahagyom az evést, ha már úgy érzem, hogy jól laktam, akkor is, ha olyasmit eszem, amit nagyon szeretek.	<b>0,52</b>	-0,15	-0,03	-0,06	-0,02
7. Amikor étteremben eszem, észreveszem, ha a felszolgált adag túl nagy a számomra.	<b>0,38</b>	0,27	-0,07	-0,02	0,06
8. A nagyobb adag ételt vagy italt választom attól függetlenül, hogy mennyire vagyok éhes, ha az nem kerül sokkal többbe.	<b>0,36</b>	0,00	-0,10	-0,02	0,00
9. Észreveszem, ha úgy eszem, hogy nem is vagyok éhes.	-0,01	<b>0,81</b>	0,03	0,05	-0,12

10. Észreveszem, amikor egy édességes tálból csak azért eszem, mert az előttem van.	0,07	<b>0,77</b>	0,15	0,10	-0,13
11. Észreveszem, amikor csak azért kívánom meg az édességet vagy pattogatott kukoricát, mert moziban vagyok.	0,09	<b>0,58</b>	-0,01	-0,05	0,02
12. Észreveszem, ha az ételreklámok hatására jön meg az étvágyam.	-0,02	<b>0,50</b>	-0,08	0,00	0,09
13. Észreveszem, amikor arra készítek egy összejövetelet a sok finom étel, hogy többet egyek, mint kellene.	0,05	<b>0,47</b>	-0,06	0,10	0,00
14. Észreveszem, ha egy nagyobb étkezés után nehéznek vagy lelassulnak érzem magam.	-0,06	<b>0,39</b>	-0,02	0,02	0,11
15. Észreveszem az ételek kifinomultabb ízvilágát is.	0,03	0,09	<b>0,68</b>	-0,19	0,04
16. Az étel minden falatját megízlelem.	0,11	-0,06	<b>0,60</b>	0,00	-0,10
17. Mielőtt hozzáfognék az evéshez, gyönyörködöm az étel színeiben és illatában.	0,10	-0,03	<b>0,55</b>	0,00	0,04
18. Észreveszem, ha az étel hatással van a lelki állapotomra.	0,05	0,05	<b>0,55</b>	0,25	0,01
19. Észreveszem, ha egy kellemes étel elfogyasztása megnyugtat.	0,06	0,08	<b>0,53</b>	0,25	-0,07
20. Külön jó érzést kelt bennem, ha egy étel jól is néz ki a tányéromon.	-0,03	0,06	<b>0,53</b>	0,00	0,08
21. Olyan gyorsan eszem, hogy meg sem ízlelem az ételt.	0,17	0,07	<b>0,40</b>	-0,04	0,10
22. Észreveszem, ha az ételek vagy italok túl édesek.	0,20	0,20	0,24	-0,08	0,06
23. Amikor feszültnek érzem magam a munkahelyemen, keresek valamit enni.	-0,05	0,06	-0,05	<b>0,68</b>	0,03

24. Amikor szomorú vagyok, eszem, hogy jobban érzem magam.	0,04	0,10	-0,09	<b>0,65</b>	-0,03
25. Nehezemre esik, hogy ne egyek fagyit, sütit, vagy chips-et, ha van otthon.	0,06	0,00	0,07	<b>0,51</b>	0,00
26. Nassolok anélkül, hogy észrevenném, hogy eszem.	0,03	-0,03	-0,01	<b>0,45</b>	0,13
27. Szoktam a teendőimen gondolkodni evés közben.	-0,04	-0,03	0,07	0,04	<b>0,52</b>
28. Evés közben könnyen elterelődnek a gondolataim.	0,12	0,01	0,00	0,06	<b>0,51</b>
<b>Sajátértékek</b>	5,1	3,5	2,2	1,5	1,3
<b>Magyarázott variancia (%)</b>	18,3	12,5	8,0	5,2	4,5
<b>Átlag</b>	2,77	3,16	2,92	2,96	2,31
<b>(Szórás)</b>	(0,64)	(0,58)	(0,53)	(0,62)	(0,73)
<b>Cronbach-<math>\alpha</math></b>	0,82	0,77	0,76	0,67	0,53

**Megjegyzés.**  $N = 323$ . A főtengelelemzést ferdeszögű (direct oblimin) forgatással végeztük. A félkövérrel kiemelt faktortöltések meghaladják a 0,30-as értéket. A táblázatban a faktorok eredeti elnevezése szerepel, amelyek az adott alskálán elért alacsony pontszámra utalnak, kivéve a Tudatos Figyelem alskálát.

### 3.1.3.3. A MEQ alskálák közti kapcsolat és a skála főkomponens elemzésének eredményei

A konvergens validitás mértékének megállapítására megvizsgáltuk a MEQ alskálái közötti együttjárásokat, amely segítségével a mérőeszköz és a mögöttes konstruktum koherenciájával kapcsolatban vonhattunk le következtetéseket. A korrelációs együtthatókat az EFA eredményei által javasolt, kissé módosított alskálák felhasználásával számoltuk ki. Az elemzés eredményeként -0,36 és 0,52 közötti korrelációs együtthatókat kaptunk (lásd a 3.1-3. táblázatot), ami arra utal, hogy bár előzetes elvárásaink szerint a MEQ alskáláinak szignifikáns és pozitív irányú összefüggéseket kellett volna mutatniuk egymással, néhány eredmény ellentmond ennek a várakozásnak. Először is, a Gátolatlanság nem korrelált szignifikánsan a Tudatos Figyelem és a Külső Ingerek alskálákkal. Másodszor, a Tudatos Figyelem nem mutatott szignifikáns összefüggést a Figyelem Elterelődése faktorról, ugyanakkor gyenge, de szignifikáns fordított korrelációt mutatott az Érzelmi Válasszal. Vagyis, minél nagyobb tudatos figyelemmel van egy személy az evéssel kapcsolatos ingerekre és az ezen ingerek által kiváltott belső állapotokra, annál valószínűbb, hogy a negatív érzelmekre válaszul evésbe kezd. Fontos megjegyezni, hogy egyedül a Tudatos Figyelemnek volt szignifikáns pozitív kapcsolata a Külső Ingerek alskálával. Az utóbbi alskála pedig szignifikánsan és fordítottan korrelált mind az Érzelmi Válasszal, mind a Figyelem Elterelődésével.

Az öt faktor előbb ismertetett korrelációs mintázatának megértéséhez főkomponens elemzést végeztünk ferdeszögű (direct oblimin) rotációval, amely eredményeként két főkomponenst azonosítottunk. Ezek az összvariancia 64%-át magyarázták. Az itemek így kapott faktortöltéseit a 3.1-3. táblázat mutatja be. Ez alapján a Gátolatlanság, az Érzelmi Válasz és a Figyelem Elterelődése faktorok mutattak összetartozást, amelyeket az első komponensként Önszabályozásnak nevezünk el. A másik komponenst a Tudatos Figyelem és a Külső Ingerek alkották, amelyek együttesen a Tudatos Figyelem elnevezést kapták. Szembetűnő eredmény, hogy a két főkomponens fordított asszociációt mutatott egymással ( $r = -0,17, p < 0,01$ ). Ez azt jelenti, hogy minél inkább jellemző valakire jó önszabályozás az evést illetően, annál kevésbé lenne figyelmes az evésre biztató külső ingerekkel és az étel egyes tulajdonságaival, illetve ezek önmagára tett hatásaival kapcsolatban. Mindazonáltal ez az összefüggés igen gyenge.

Miután az eddigi elemzések eredményeiből az látható, hogy az öt alskála kevésbé mutat összetartozást, úgy döntöttünk, hogy a kérdőív további elemzéseiben nem használjuk a MEQ összpontszámot. Helyette az egyes alskálákat és a két főkomponenst külön-külön vettük szemügyre.

#### **3.1.3.4. A MEQ alskálái és a validáló változók közti együttjárások**

Ami a MEQ alskáláinak a validáló konstruktumokkal való viszonyát illeti, mind a korrelációelemzés, mind a SEM-mel végzett többváltozós regresszióelemzés vegyes eredményeket hozott. Egyrészt szignifikáns negatív kapcsolatot feltételeztünk a MEQ faktorszakórok és a BMI között. A MEQ öt faktorából kettő a várt irányban meglehetősen gyenge korrelációt mutatott a túlsúlyos/elhízott testtömegindex-kategóriához való tartozással (lásd a 3.1-3. táblázatot). Elvárásaink szerint az egyes BMI csoportok által elért MEQ alskála pontszámokban is jelentős eltéréseknek kellene mutatkozniuk. A három BMI-csoport egyedül a Külső Ingerek alskálapontszám mentén mutatott szignifikáns különbséget ( $H(2) = 8,70, p < 0,05$ ), amely különbség a post-hoc elemzés eredményei szerint a normál és a túlsúlyos/elhízott BMI-vel rendelkező csoportok pontszámeltéréseiből adódik (átlagok: 3,22 és 2,94;  $B = 39,65, p < 0,05$ , hatásméret:  $r = 0,16$ ). Ez a különbség a Tudatos Figyelem főkomponensben is megmutatkozott ( $H(2) = 9,19, p = 0,010$ ; post hoc elemzés:  $B = 41,08, p < 0,05$ , hatásméret:  $r = 0,17$ ).

A MEQ alskálák és a validáló változók, nevezetesen a jelentudatoság vonás, az impulzivitás, az érzelmi-, a kontrollálatlan-, a korlátozó evés és a meditációs gyakorlat közötti kapcsolatot leíró korrelációs együtthatók a 3.1.-3. táblázatban láthatóak. Feltételezéseinkkel ellentétben a jelentudatoság vonás nem áll pozitív kapcsolatban a Tudatos Figyelem alskálával. Ugyanakkor a hipotézisünket megerősítve a Gátolatlanság fordított szignifikáns összefüggést mutatott TFEQ-R21 által mért kontrollálatlan evés változóval. Az Érzelmi Evés és az Érzelmi Válasz alskálák között a várakozásoknak megfelelően az előzőhöz hasonló mintázat mutatkozott nagyobb korrelációs együttható mellett. Az impulzivitás feltételezett negatív összefüggése a Külső Ingerek alskálával nem igazolódott be. A Külső Ingerek faktor konstruktum-érvényességét továbbá alátámaszhatta volna az érzelmi evéssel mutatott negatív irányú kapcsolata is, azonban ez az asszociáció szignifikánsan pozitív volt a két változó között. Ez azt jelenti, hogy azok az egyének, akik jelentudatos attitűddel vannak az evésre csábító ingerek felé,

hajlamosak arra is, hogy erős, vagy kellemetlen érzelmek hatására kezdjenek enni, ami ellentmond az *a priori* hipotézisünknek. Ezzel ellentétben az Érzelmi Válasz és a Gátolatlanság alszkálák negatív irányú kapcsolatot mutattak az impulzivitással a korrelációs elemzés eredménye szerint, ugyanakkor az impulzivitás skálán elért pontszám nem volt szignifikáns prediktora ezen alszkáláknak a kapcsolatot a többváltozós regressziós elemzésben vizsgálva. (3.1-4. táblázat). Az evészavarok tüneteitől mentes populáció bevonásával végzett vizsgálatok vegyes eredményeket találtak azt illetően, hogy milyen hatással vannak a jelentudatoság alapú evési intervenciók a kognitív korlátozás alakulására (Alberts és mtsai., 2012; Dalen és mtsai., 2010), így fel kívántuk tárnai a korlátozó evésnek a jelentudatos evéssel való viszonyát az általunk alkalmazott mintán is. Az eredményeink szerint a kognitív korlátozás egyedül a MEQ Gátolatlanság alfaktorával mutatott jelentős, de kis mértékű és pozitív korrelációt (lásd 3.1-3. táblázat), a többváltozós regressziós modellben pedig szerény, pozitív irányú előrejelző ereje volt az Érzelmi Válasz alszkálával szemben (3.1-4. táblázat). Végül, bár a korrelációelemzés a várakozásainkkal ellentétben nem hozott szignifikáns eredményt a rendszeres meditációs gyakorlás és a MEQ alszkálái viszonyában (3.1-3. táblázat), a többváltozós regresszióelemzés eredménye szerint a legalább heti rendszerességű meditálás szignifikáns negatív, ugyanakkor gyenge előrejelzője a Figyelem Elterelődése és a Gátolatlanság alszkáláknak, valamint az Önszabályozás főfaktornak. (3.1-4. táblázat). A SEM-mel végzett többváltozós regresszióelemzés további béta együtthatói összhangban vannak a korreláció mátrix eredményeivel (3.1-4. táblázat). A többváltozós regresszióelemzés eredményei a két főkomponens esetében ugyanazt a tendenciát mutatják, mint a kapcsolódó alszkálák és validáló faktorok bétaértékei (lásd 3.1-4. táblázat). Érdeemes kiemelni, hogy míg a jelentudatoság vonás az Önszabályozást igen, addig a Tudatos Figyelmet nem jelezte előre szignifikánsan, habár a Tudatos Figyelem alszkála az utóbbi főkomponens része.



**3.1-3. táblázat** *A Jelentudatos Evés Kérdőív alfaktorai, valamint a validáló konstruktumok és a főkomponensek közötti korrelációs együtthatók összefoglaló táblázata.*

	1.	2.	3.	4.	5.	Önszabályozás <sup>a</sup>	Tudatos Figyelem <sup>b</sup>
	A faktorok közötti korrelációs együtthatók					A PCA faktortöltései	
1. Gátolatlanság	-	-	-	-	-	0,80 <sup>c</sup>	0,17 <sup>c</sup>
2. Külső Ingerek	-0,02	-	-	-	-	-0,31 <sup>c</sup>	0,80 <sup>c</sup>
3. Tudatos Figyelem	0,02	<b>0,32</b>	-	-	-	-0,05 <sup>c</sup>	0,79 <sup>c</sup>
4. Érzelmi Válasz	<b>0,52</b>	<b>-0,36</b>	<b>-0,21</b>	-	-	0,85 <sup>c</sup>	-0,35 <sup>c</sup>
5. A Figyelem Elterelődése	<b>0,20</b>	<b>-0,25</b>	-0,05	<b>0,37</b>	-	0,61 <sup>c</sup>	-0,27 <sup>c</sup>

**A Jelentudatos Evés Kérdőív faktorai és a validáló változók közötti korrelációs együtthatók**

<b>Túlsúlyos/elhízott testalkat</b>	-0,05	<b>-0,18</b>	<b>-0,12</b>	-0,01	-0,06	-0,04	<b>-0,17</b>
<b>Meditáció gyakorlása</b>	-0,05	0,10	0,07	-0,02	-0,10	-0,06	0,08
<b>Jelentudatosság (MAAS-H)</b>	<b>0,24</b>	-0,10	0,02	<b>0,31</b>	<b>0,20</b>	<b>0,31</b>	-0,03
<b>Impulzivitás (BIS-11)</b>	<b>-0,27</b>	-0,02	-0,04	<b>-0,16</b>	-0,11	<b>-0,28</b>	-0,05
<b>Kontrollálatlan Evés (TFEQ-R21)</b>	<b>-0,61</b>	<b>0,13</b>	<b>0,18</b>	<b>-0,45</b>	<b>-0,21</b>	<b>-0,65</b>	<b>0,19</b>
<b>Kognitív Korlátozás (TFEQ-R21)</b>	<b>0,14</b>	0,08	0,10	0,00	-0,01	0,10	0,10
<b>Érzelmi Evés (TFEQ-R21)</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,22</b>	<b>0,18</b>	<b>-0,71</b>	<b>-0,20</b>	<b>-0,54</b>	<b>0,22</b>

**Megjegyzés.**  $N = 314 - 323$ . Pearson-féle korrelációs együtthatók. A korrelációs együtthatók becslésekor a MEQ esetében a faktorszókok kerültek felhasználásra. A táblázatban a faktorok eredeti elnevezése szerepel, amelyek az adott alskálán elért alacsony pontszámra utalnak, kivéve a Tudatos figyelem alskálát. *PCA* = főkomponens elemzés. *Túlsúlyos/elhízott testalkat* kódolása: 0 = alultáplált vagy normál testalkatú, 1 = túlsúlyos vagy elhízott testalkatú. *Meditációs gyakorlás kódolása*: 0 = nem medítál heti rendszerességgel, 1 = heti rendszerességgel medítál. *MAAS-H* = Mentális Figyelem és Tudatosság Kérdőív; *BIS-11* = Barratt Impulzivitás Skála; *TFEQ-R21* = Háromfaktoros Evési Kérdőív.

<sup>a</sup>Az Önszabályozás főkomponensét a Gátolatlanság, az Érzelmi Válasz és a Figyelem Elterelődése alskálák alkotják.

<sup>b</sup>A Tudatos Figyelem főkomponensét a Tudatos Figyelem és a Külső ingerek alskálák alkotják.

<sup>c</sup>A főkomponenselemzés során kapott faktortöltések.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

**3.1-4. táblázat** *A Jelentudatos Evés Kérdőív alfaktorai és főkomponensei determinánsainak meghatározására alkalmazott többváltozós regressziós elemzés eredményei.*

Prediktor változók	Kimeneti változók						
	Gátolatlanság	Külső Ingerek	Tudatos Figyelem	Érzelmi Válasz	A Figyelem Elterelődése	Önszabályozás <sup>a</sup>	Tudatos Figyelem <sup>b</sup>
Túlsúlyos/elhízott testalkat	-0,03	<b>-0,19</b>	<b>-0,15</b>	0,03	-0,05	-0,02	<b>-0,20</b>
Meditációs gyakorlás	<b>-0,08</b>	0,10	0,08	-0,06	<b>-0,14</b>	<b>-0,12</b>	0,11
Jelentudatosság (MAAS-H)	0,06	-0,09	0,11	<b>0,11</b>	0,10	<b>0,13</b>	0,01
Impulzivitás (BIS-11)	-0,03	-0,10	-0,04	0,03	-0,03	-0,01	-0,08
Kontrollálatlan Evés (TFEQ-R21)	<b>-0,54</b>	0,09	<b>0,16</b>	<b>-0,21</b>	<b>-0,20</b>	<b>-0,43</b>	0,06
Kognitív Korlátozás (TFEQ-R21)	0,01	-0,02	0,05	<b>0,08</b>	0,03	0,05	0,03
Érzelmi Evés (TFEQ-R21)	-0,10	<b>0,16</b>	0,07	<b>-0,65</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,40</b>	<b>0,20</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	40,8%	16,4%	10,1%	62,9%	17,3%	56,2%	18,9%

**Megjegyzés.**  $N = 300$ . Standardizált regressziós együtthatók, a nem és az életkor kontrollálása mellett. A kimeneti változókhoz tartozó faktorszakörök mint megfigyelt változók kerültek elemzésre. A táblázatban a faktorok eredeti elnevezése szerepel, amelyek az adott alskálán elért alacsony pontszámra utalnak, kivéve a Tudatos Figyelem alskálát. *Túlsúlyos/elhízott testalkat* kódolása: 0 = alultáplált vagy normál testalkatú, 1= túlsúlyos vagy elhízott testalkatú. *Meditációs gyakorlás kódolása*: 0 = nem medítál heti rendszerességgel, 1 = heti rendszerességgel medítál. *MAAS-H* = Mentális Figyelem és Tudatosság Kérdőív; *BIS-11* = Barratt Impulzivitás Skála; *TFEQ-R21* = Háromfaktoros Evési Kérdőív.

<sup>a</sup>Az Önszabályozás főkomponenst a Gátolatlanság, az Érzelmi Válasz és a Figyelem Elterelődése alskálák alkotják.

<sup>b</sup>A Tudatos Figyelem főkomponenst a Tudatos Figyelem és a Külső Ingerek alskálák alkotják.

<sup>c</sup>A főkomponenselemzés során kapott faktortöltések.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

### 3.1.4. Megbeszélés

Jelen kutatás a jelentudatos evés konstruktumvaliditásának vizsgálatát tűzte ki célul, mindezt annak hozzá hasonló konstruktumok egy nomológiai hálóban való elhelyezésével, valamint a MEQ magyar változatának pszichometriai tulajdonságainak tesztelésével. Bár az általunk egyetemisták hozzáférhetőségi mintáján gyűjtött adatokon végzett CFA elemzés eredményei nem mutattak elfogadható mértékű illeszkedést a MEQ

eredeti faktorszerkezetéhez, EFA alkalmazásával olyan ötfaktoros modellt kaptunk, amely majdnem teljesen megegyezett az eredetivel. Az egyetlen item, amely az eredeti struktúrától eltérő faktorra töltődött, valóban mutat tartalmi hasonlóságot az új, Tudatos Figyelem alskálájával, mivel az az étel megízlelése felé irányított figyelem hiányát írja le. Ezzel a változással ugyanakkor mindösszesen két tétel alkotja immár a Figyelem Elterelődése alskálát, ami korlátokat állít az eredmények értelmezhetőségének, ami ezt a faktort illeti.

A további elemzések eredményei feltárták, hogy az öt alskála két különböző, egymással gyengén korreláló főkomponenshez tartozik, amiket az Önszabályozás és Tudatos Figyelem elnevezésekkel illettük. Az első komponens a Gátolatlanság, Érzelmi Válasz és a Figyelem Elterelődése faktorokat foglalja magában, míg az utóbbi a Külső Ingerek és a Tudatos Figyelem alskálákat. Egy másik pszichometriai vizsgálatban Clementi és munkatársai (2017) más módszert alkalmaztak a MEQ olasz nyelvű változata megbízhatóságának és validitásának tesztelésére. E kutatók először a kérdőív megtartandó tételeinek a számát határozták meg az egyes itemekhez szakértők által rendelt tartalmi érvényességi indexek alapján, majd a kérdőívet EFA és CFA segítségével tesztelték. Függetlenül a pszichometriai elemzés eltérő módjától, a kutatásuk szintén kétfaktoros megoldást eredményezett, amelyben az itemek csoportosítása a mi vizsgálatunk által azonosított főkomponensek összetételéhez hasonlít (a Tudatos Figyelem és a Külső Ingerek itemei a Tudatos figyelem faktorhoz tartoztak, míg az általuk „Felismerésnek” (angolul: recognition) nevezett faktort jórészt a Gátolatlanság alskála tételei adták). Hasonlóképpen kétfaktoros struktúrát talált Hart és munkatársai (2018) a MEQ gyermekekre szabott változatának vizsgálatakor, ahol a két faktor gyakorlatilag függetlennek mutatkozott ( $r = 0,02$ ), ami szintén egybevág a mi eredményeinkkel. Ez utóbbi vizsgálatban a Tudatos Figyelem faktort négy, előzőleg is ide tartozó tétel alkotta, a Tudatosság Nélküli Evést pedig a Gátolatlanság (3 item), a Külső Ingerek (1 item), Érzelmi Válasz (3 item) és a Figyelem Elterelődése (1 item) vegyesen alkotta. A mi eredményeinkhez hasonlóan több más, a MEQ pszichometriai tulajdonságait vizsgáló tanulmányban is gyenge kohéziót találtak az öt alskála között (Abbaspoor és mtsai., 2018; Apolzan és mtsai., 2016). Mitöbb, az esetünkben gyenge negatív kapcsolat volt azonosítható a Tudatos Figyelem és az Önszabályozás főkomponensek között, ami alátámasztja a jelentudatos evés összetevői közötti konkordancia hiányát.

A Külső Ingerek alszála inverz kapcsolódását mind a Figyelem Elterelődése, mind az Érzelmi Válasz alszálaéhoz magyarázhatja, hogy a személyek, akikre jellemző az érzelmi evés vagy a külső ingerek által kiváltott, tudatosulás nélküli evési válasz, azok talán már tudatában vannak ezen magatartásukkal kapcsolatos nehézségeiknek, így ezek ellensúlyozásaként igyekeznek tudatosan is jobban kontrollálni és monitorozni az őket körülvevő ételkörnyezetet, hogy ezáltal elkerüljék a túlevést. Ez a magyarázat összhangban lehet azokkal a vizsgálatokkal, amelyek eredményei szerint pontosan azok a személyek lesznek hajlamosabbak a falási epizódokra, akik amúgy törekszenek az evés korlátozására. Ugyanis, amikor ez a korlátozó törekvésük akadályba ütközik, az evés elkerülésére tett erőfeszítéseiket nem tudják fenntartani (Ward és Mann, 2000). Ezek az eredmények, illetve az, hogy a Tudatos Figyelem komponensen magasabb pontszámot elérők alacsonyabb pontszámot érnek el az Önszabályozás alszálán annak is betudhatók lehetnek, hogy bár a jelentudatosság szerves részét képezné az elfogadás, ez a kérdőív nem tartalmaz elfogadásra utaló itemet. Lehetséges, hogy egy személy, aki képes éberon megfigyeli a fogyasztott ételt, és az az által keltett érzéseket és érzeteket, nem tud csupán elfogadó attitűddel fordulni az ételkörnyezettel kapcsolatos kényelmetlen vagy erős, hosszabban fennmaradó internális állapotok felé. Így lehet, hogy ezen személyek az ilyen diszkomfort érzetet úgy kísérlik meg menedzselni, hogy inkább evésbe kezdenek. Alternatív magyarázat lehet, hogy a Tudatos Figyelem faktor itemei az éber figyelem egy olyan típusát írják le, ami eltér attól, mint ami az evés elkezdésében és befejezésében játszik szerepet, és mint ami a Gátolatlanság alszálaában kapott helyet. Ezzel áll párhuzamban az a kapott eredmény is, miszerint a jelentudatosság vonás és a MEQ Tudatos figyelem alszála között nem volt szignifikáns összefüggés. Míg a MEQ esetében az étkezéssel összefüggő Tudatos Figyelem az étel belső állapotokra és érzetekre gyakorolt hatását járja körül igen specifikusan, addig a MAAS-szal mért jelentudatosság az éber figyelmet tágabban, úgy értelmezi, mint a jelen pillanatban a belső és a külső valóság és élmények egészére való figyelemirányítás képessége (Brown és Ryan 2003). Ezt az eredményünket, miszerint az evés során alkalmazott éber vagy tudatos figyelemnek több aspektusa is elkülöníthető, más tanulmányban is alátámasztást nyert. Egy vizsgálatban (Hulbert-Williams és mtsai., 2014) az evési magatartással kapcsolatos tudatos figyelem két típusát azonosították: eszerint az egyik aspektusa a testi és a szenzoros élményekre való koncentrálás, a másik pedig a tudatos cselekvés lenne.

Vegyes eredményeket kaptunk ugyanakkor a többi MEQ alskála és a validáló változók összefüggéseit illetően. Bár a Gátolatlanosság és az Érzelmi Válasz faktorok kontrollálatlan evéssel és az impulzivitással való negatív összefüggései által megfelelő konvergens validitást mutattak, a Külső Ingerek és a Tudatos Figyelem nem álltak szignifikáns kapcsolatban a validálásukra használt változókkal. A főkomponensek szintjén az Önszabályozás pozitív asszociációt mutatott a jelentudatosság vonással, és negatívát a kontrollálatlan evés és az érzelmi evés változókkal. Ez arra is utalhat, hogy az Önszabályozás komponensben foglalt alkotórészei a kérdőívnek akár protektív tényezői lehetnek az evés feletti kontrollvesztésnek. A Tudatos Figyelem főkomponens a vártnak megfelelően negatív, ám gyenge kapcsolatot mutatott a túlsúlyos vagy elhízott testalkattal. A különböző BMI csoportokat tekintve egyedül a Külső Ingerek alskála mentén különböztek a normál és a túlsúlyos/elhízott testalkatú csoportok pontszámai, az előbbi csoport magasabb jelentudatos attitűdöt mutatva az ételkörnyezetben. A feltételezésünkötől eltérően a meditáció gyakorlása nem mutatott kapcsolatot a jelentudatos evés mértékével, bár igaz, hogy az egyetlen feltett kérdés a gyakorlással kapcsolatban nem mérte fel sem a meditáció gyakorlásának intenzitását, sem a fajtáját.

Framson és munkatársai (2009) a MEQ alapjaként használt jelentudatos evés definícióban az evés vagy az evéssel kapcsolatos események és körülmények által keltett testi és érzelmi élményekre összpontosítottak. A jelentudatos megtapasztalás olyan további, lényeges összetevőinek tételekben való megragadása, mint amilyen az éhségérzet vagy az arra adott reakciók, valamint az *ítélkezésmentesség* és az evés élményének egészével kapcsolatos *elfogadás* tovább javíthatná e skála tartalmi érvényességét. Emiatt érdemes lenne megvizsgálni a jelentudatos evés egy újabb mérőeszközének, például a Mindful Eating Scale-nek a pszichometriai tulajdonságait is, amely a jelentudatosság konstruktum aspektusainak szélesebb spektrumát fedi le (Hulbert-Williams és mtsai., 2014).

#### **3.1.4.1. A vizsgálat limitációi**

A vizsgálatunk során alkalmazott keresztmetszeti kutatási elrendezés nem tette lehetővé, hogy a mért változók közötti kapcsolatok ok-okozati összefüggéseire vonatkozóan következtetéseket tudjunk levonni. Az eredmények általánosíthatósága szintén korlátozott a kényelmi mintavétel miatt. A vizsgálat további korlátai közé tartozik

az önbevalláson alapuló adatok alapján számított BMI-értékek használata, valamint a meditációs gyakorlat olyan mérőszámának használata, amely nem volt eléggé kifinomult ahhoz, hogy különbséget tegyen a meditálók különböző csoportjai között. További kutatásoknak kell megvizsgálniuk, hogy pontosan hogyan kapcsolódik egymáshoz a jelentudatos evés és az önszabályozás folyamata. Emellett a jelen tanulmány keretein kívül esik annak megállapítása is, hogy az általunk adaptált magyar és az eredeti MEQ faktorstruktúrák közötti kismértékű eltérés honnan ered: esetleg kulturális, nyelvi, vagy a fordításból eredő okokra vezethető vissza a különbség, vagy pedig az a jelentudatos evés konstruktum MEQ által megragadott konceptualizációjának a sajátosságaiból adódik. Mindezzel együtt úgy véljük, hogy a jelentudatos evés konceptualizálásának és operacionalizálási lehetőségeinek pontosításához újabb vizsgálatokra van még szükség, amelyek ugyanakkor haladhatnak egymással párhuzamosan is.

## 3.2. VIZSGÁLAT 2.

### Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Kérdőív (Motivation for Healthy Eating Scale, MHES) pszichometriai vizsgálata nemzetközi perspektívában<sup>11</sup>

#### 3.2.1. Célkitűzés

Amint arról az elméleti bevezetőben már szó esett, az öndeterminált egészséges táplálkozási módok hosszú távon fennmaradnak, és pozitív összefüggést mutatnak az egészség és az egészséges életmód objektív mutatóival (pl. testtömeg, vérlipidek, gyümölcs- és zöldségfogyasztás) és a mentális jólléttel (pl. étellel való elégedettség), szemben a nem öndeterminált módon végrehajtott, egyébként hasonló törekvésekkel (pl. Pelletier és mtsai., 2004; Pelletier és Dion, 2007). Így az egészséges táplálkozási szokások háttérében álló motivációs tényezőknek nagy jelentősége lehet az elhízás megelőzését célul kitűző programokban (Cohen, 2008; Morrison és Berthoud, 2008), ahogy a testtömegcsökkentést megcélzó intervenciókban is. Ezért jelen tanulmányunk az öndeterminációs elmélet (self-determination theory, SDT) által leírt, az egészséges táplálkozásra vonatkoztatható különböző önszabályozási stílusok az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála általi mérhetőségére és a mérőeszköz alkalmazhatóságára fókuszált. A vizsgálatunkat megelőzően a mérőeszköz ezen verzióját csupán egyetlen, japán mintán tesztelték. Szintén említésre került korábban, hogy az SDT elméletét Deci és Ryan (1985) az általános emberi motiváció általános leírására alkották meg. Ennek alapján feltételezhető, hogy az öndetermináció különböző szintjei kultúrától függetlenül azonosíthatóak az egyéneknél.

A jelen tanulmánynak tehát két fő célja volt. Az első az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála (MHES) rövid verziójával (Kato és mtsai., 2021) mért önszabályozási stílusok pszichometriai tulajdonságainak vizsgálata volt. Az MHES kultúrafüggetlen alkalmazhatóságának teszteléséhez magyar résztvevőktől származó adatok mellett norvég és japán személyektől gyűjtött adatokat is felhasználtunk. Így az MHES eredeti mérési modelljének tesztelése mellett megvizsgáltuk az eszköz mérési invarianciáját is a

---

<sup>11</sup> A vizsgálat a következő publikációban jelent meg: Román, N., Rigó, A., Kato, Y., Horváth, Z., & Urbán, R. (2020). Cross-cultural comparison of the motivations for healthy eating: Investigating the validity and invariance of the Motivation for Healthy Eating Scale. *Psychology and Health*, 36(3), 367-383. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1773462>

kultúrák mentén. Célunk volt továbbá az egészséges táplálkozási motiváció különböző típusainak (autonóm-, kontrollált- és amotiváció) egyéb evési magatartásokkal való összefüggéseinek tanulmányozása, és ezáltal a kérdőív konstruktumvaliditásának tesztelése is. A kutatás során tehát megvizsgáltuk az MHES faktorai és a BMI, a reggelizés kihagyása, az obezogén evési magatartások (korlátozó-, érzelmi- és külső evés), valamint a jóllét közötti összefüggéseket. Feltételezéseink szerint a BMI és a reggelizés kihagyása validáló változók fordított kapcsolata az egészséges táplálkozás autonóm és a kontrollált önszabályozási módjaival alátámasztaná a kérdőív mérési érvényességét, csakúgy, mint ugyanezen validáló konstruktumok és az amotiváció pozitív asszociációja. A szakirodalmi eredmények szerint a jóllét az amotivációval inverz, a kontrollált- és az autonóm motivációval egyirányú összefüggést kell mutasson a mi mintáinkon is. A diszkriminációs validitás vizsgálatára vontuk be az említett obezogén evési magatartásokat a vizsgált konstruktumok közé.

Amennyiben az MHES érvényes és megbízható mérőeszköznek bizonyul az egészséges táplálkozás mögött álló különböző önszabályozási folyamatok felmérésére, az lehetővé teszi a kutatók számára az egészséges táplálkozási motiváció, az egészségi állapot és az egészségmagatartás önszabályozási szintje közti kapcsolat további, kultúrákon is átívelő tanulmányozását, valamint segíthet az intervenciós pontok azonosításában azok körében, akik a maladaptív evési magatartások nemkívánatos következményeit tapasztalják.

### **3.2.2. Módszer**

#### **3.2.2.1. Vizsgálati személyek**

Összesen 938, magyar, japán és norvég egyetemi hallgató vett részt a keresztmetszeti elrendezésű, kérdőíves vizsgálatunkban. A vizsgálatban résztvevők 18 évesnél idősebb, aktív félévvel rendelkező felsőoktatásban tanulók voltak. A 3.2-1. táblázat mutatja be a kényelmi mintaválasztással toborzott minták jellemzőit nemzetiség szerint. Hiányzó adat kizárólag a japán válaszadók esetében fordult elő, ami az összadat 0,2%-át jelentette. A minták a nemek megoszlása, az átlagéletkor, az átlag BMI érték és a 25-nél magasabb testtömegindexszel rendelkezők megoszlása szerint is szignifikánsan különböztek egymástól (lásd a 3.2-1. táblázatot).



**3.2-1. táblázat** *A minta jellemzői.*

	<b>Magyar minta</b> <i>n</i> = 381	<b>Japán minta</b> <i>n</i> = 264	<b>Norvég minta</b> <i>n</i> = 293	<b>A csoportok összehasonlítása</b> $\chi^2$ (df) / <i>F</i> (df)	<i>p</i>
<b>Nem, n (női résztvevők %)</b>	312 (82%)	150 (57%)	231 (79%)	$\chi^2(2) = 56,2$	<0,0001
<b>Életkor - átlag (szórás)</b>	23,3 (4,1)	19,8 (2,6)	24,4 (4,7)	<i>F</i> (2) = 100,6 (2)	<0,0001
<b>BMI - átlag (szórás)</b>	22,5 (4,2)	21,0 (2,4)	23,9 (4,6)	<i>F</i> (2) = 37,0 (2)	<0,0001
<b>BMI <math>\geq</math> 25 - <i>n</i> (%)</b>	73 (19%)	14 (5%)	91 (31%)	$\chi^2(2) = 57,9$	<0,0001
<b>Reggelit kihagyók, <i>n</i> (%)</b>	103 (27%)	28 (11%)	57 (20%)	$\chi^2(2) = 26,2$	<0,0001
<b>Jóllét (WBI-5) - átlag (szórás)</b>	50,9 (19,4)	53,4 (20,6)	48,5 (19,5)	<i>F</i> (2) = 4,19 (2)	<0,05

*Megjegyzés.* *n* = a csoport elemszáma; *BMI* = testtömegindex, *WBI-5* = WHO Jól-lét Kérdőív;  $\chi^2$  = Khi négyzet statisztika; df = szabadságfok.

### 3.2.2.2. Eljárás

A hallgatókat az egyetemeiken (jórészt az Eötvös Loránd Tudományegyetemen és a Kobe Egyetemen) és elektronikus úton toboroztuk. A tájékozott beleegyezés aláírása után a résztvevők a kérdőívcsomagot elektronikusan (magyar és norvég minta), vagy papír alapon (japán minta) töltötték ki. Az adatgyűjtés előtt két, magyar és norvég pszichológus kutatókból álló, angolul folyékonyan beszélő bizottság fordította le az MHES rövidített változatát angol nyelvről magyarra és norvégra a Nemzetközi Tesztbizottság (Gregoire, 2018) és Borsa és munkatársai (2012) útmutatásait követve, az MHES rövidített változata kidolgozójának engedélyével, aki maga is a kutatócsoportunk tagja volt. A kérdőívet a kutatók egymástól függetlenül fordították le magyar és norvég nyelvre, majd megállapodtak a kérdőív első változatában szereplő tételekről. Ezután a bizottság egy harmadik tagja visszafordította az egyes itemeket angolra. A kérdőív eredeti és új angol nyelvű változatának összehasonlítása után a kérdőívek végleges változatáról a kutatócsoport tagjai döntöttek. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága (etikai engedély száma: 2016/283) és a japán Kobe Egyetem kutatásetikáért felelős részlege hagyta jóvá.

### 3.2.2.3. Mérészközök

A kutatásban résztvevők a kérdőívcsomag elején többek között a következő *demográfiai és antropometriai adataikról* adtak számot: nem, életkor, nemzetiség, testtömeg (kg) és testmagasság (cm).

A *testtömegindex* alapján kialakítható testalkati csoportok (alultáplált, egészséges testtömegű és túlsúlyos vagy elhízott) az önbeszámolón alapuló testtömeg és testmagasság segítségével lettek létrehozva, a 3.1.2.3. pontban leírtak szerint.

Ezt követően a *reggelizés kihagyását* az alábbi kérdéssel mértük fel: „*A hét minden napján reggelizel?*” négy válaszlehetőséggel: 1 – *szinte minden nap reggelizem*; 2 – *általában hetente 2 vagy 3 napon nem szoktam reggelizni*; 3 – *általában hetente 4 vagy 5 napon nem szoktam reggelizni*; 4 – *szinte sosem eszem reggelit*. A statisztikai elemzés céljából két csoportot alakítottunk ki a válaszlehetőségek alapján: a rendszerint reggelizők (1. és 2. állítás) és a reggelit rendszerint kihagyók (3. és 4. állítás) csoportjait.

A jelen kutatásban az *Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála* (Motivation for Healthy Eating Scale, MHES) 31 tétel, eredeti formájának a rövidített verzióját alkalmaztuk, amely korábban japán mintán került validálásra (Kato és mtsai., 2013, 2021). Ez a 18 tételből álló önbevallásos kérdőív hat faktort tartalmaz – Intrinzik Motiváció, Külső-, Introjektált-, Identifikált- és Integrált Szabályozás, valamint Amotiváció alszkalákat (példáit emek az 1.4-1. táblázatban szerepelnek, a teljes kérdőív az 1/B mellékletben tekinthető meg) –, amelyek a motiváció forrásának három fő típusába is csoportosíthatók: intrinzik motiváció, extrinzik motiváció (Integrált-, Identifikált-, Introjektált- és Külső Szabályozás) és amotiváció. A kérdőívet kitöltők egy hatfokozatú skálán (1 – egyáltalán nem jellemző rám, 6 – teljes mértékben jellemző rám) értékelték az egyes állításokkal való egyetértésüket. Az alszkalák Cronbach- $\alpha$  értékei a három különböző mintában a 0,71 és 0,89 közötti tartományban helyezkedett el.

A *külső-, érzelmi- és korlátozó evési stílusok* mérésére a Holland Evési Magatartás Kérdőív (*Dutch Eating Behaviour Questionnaire, DEBQ*; van Strien és mtsai., 1986) rövidített változatát használtuk (van Strien és Oosterveld, 2008). A DEBQ 20 tételből álló verziója e tanulmány részeként került adaptálásra magyar, japán és norvég nyelvekre. Az MHES-hez hasonlóan a kutatócsoportok legalább 2-2 tagja vett részt az adaptáció folyamatában, aminek ismét része volt a visszafordítás. A válaszadók az étkezési magatartásukban megjelenő, olyan jellemzők gyakoriságát értékelték egy négyfokozatú skálán (1 – egyáltalán nem, és 4 – mindig), mint a Külső Evés, az Érzelmi Evés és a

Korlátozó Evés. Az ezen alskálákon elért magasabb pontszám az adott évési magatartás gyakoribb alkalmazására utal. A kérdőív három alskálájának belső konzisztenciája mindhárom vizsgálati csoportban elfogadhatónak bizonyult (a Cronbach- $\alpha$  értékek 0,66 és 0,99 között voltak). A kérdőív pszichometriai mutatói az eredeti tanulmányban is megfelelőek voltak (van Strien és Oosterveld, 2008).

Végül a *jóllétet* a WHO Jól-lét Kérdőív 5 ítemes változatával mértük (WHO-5 Well-Being Index, WBI-5; Awata és mtsai., 2007; Bech és mtsai., 1996; Inagaki és mtsai., 2013; Kaiser és Kyrrestad, 2019; Susánszky és mtsai., 2006) mértük. Ez az egydimenziós kérdőív öt állítást tartalmaz, amelyek a jóllét általános állapotát írják körül (például az aktivitás, frissesség és vidámság szubjektív érzésére kérdez rá). A kérdőívet kitöltők az elmúlt két hétre vonatkozóan jelölhetik meg egy hatpontos skálán, hogy milyen gyakran érezték magukat a mondatokban foglaltak szerint (0 – soha, 5 – mindig). A magyar, norvég és japán mintákban a Cronbach- $\alpha$  értékek jó belső konzisztenciát jeleztek a WBI-5 esetében (a fenti sorrendben  $\alpha = 0,85, 0,84,$  illetve  $0,88$ ).

#### 3.2.2.4. Elemzés

A statisztikai elemzést az MPlus 7.4 és az SPSS 20.0 statisztikai szoftverek alkalmazásával végeztük el. A vizsgálatban szereplő minden skála esetében tanulmányoztuk azok alapstatisztikáit és a belső konzisztenciát leíró Cronbach- $\alpha$  mutatókat. Megerősítő faktorelemzést (CFA) alkalmaztunk maximum valószínűségű becslési eljárással (robustus változat, MLR) az *a priori* faktorstruktúra ellenőrzésére, megegyezően a 3.1.2.4. alfejezetben ismertetett adatelemzési eljárással.

Azt, hogy a kérdőív hipotetikus modellje ugyanazt és ugyanúgy méri-e a különböző nyelvi és kulturális mintákon, fokozatosan szigorodó lépéseket alkalmazó mérési invariancielemzéssel vizsgáltuk. Vagyis, ez a módszer annak tisztázását teszi lehetővé, hogy a különböző csoportok azonos módon értelmezik-e a kérdőívben szereplő tételeket és azonos módon használják-e a skálát. A mérési invariancia három szintjét tanulmányoztuk (konfigurális invariancia: a kérdőív faktorstruktúrája megegyezik a vizsgált csoportokban, metrikus invariancia: a faktortöltések nem térnek el szignifikánsan a vizsgált csoportokban, és skaláris invariancia: a faktortöltések és a tengelymetszetek megegyeznek a csoportokban) figyelembe véve a CFI, az RMSEA és az SRMR értékek változásainak mértékét. A mutatóknak az előbb említett sorrendben a 0,01, 0,015, illetve

0,030-as értékkülönbséget nem meghaladó illeszkedései jelentéktelen eltérést jelentenek konfigurális-, metrikus- és skálaszinten a csoportok között (F. F. Chen, 2007).

Az MHES alszkálái közötti kölcsönös kapcsolatokat Pearson-féle korrelációelemzéssel ellenőriztük. A statisztikai elemzés továbbá magában foglalta a kovariánsselemzésekkel kiegészített CFA-t is, feltérképezve az egészséges táplálkozási motiváció különböző szintjeinek szignifikáns meghatározóit. Ez a módszer tette lehetővé, hogy a mérőeszköz konvergens és diszkrimináns validitására vonatkozó következtetéseket vonjunk le a validáló változók segítségével.

### **3.2.3. Eredmények**

#### **3.2.3.1. Megerősítő faktorelemzés és mérési invariancia**

A megerősítő faktorelemzést a három mintán külön-külön végeztük el. A feltételezésünknek megfelelően az eredeti faktorstruktúra jelenlétét megerősítő illeszkedési mutatókat kaptunk a magyar, a japán és a norvég adatokon egyaránt. A modifikációs indexek tanulmányozása után megengedtük az Integrált Szabályozás két, jelentéstartalmában jelentős átfedést mutató tétele között a hibakovarianciát a magyar minta esetében, ami jelentősen javította az illeszkedést (a tételek: „Az egészséges táplálkozás alapvető fontosságú az életemben.” és „Az egészséges táplálkozás szerves része az életemnek.”). Az elemzések számszerű eredményei a 3.2-2. táblázatban láthatóak. A megerősítő faktorelemzés eredményeként kapott, a kérdőív itemeihez tartozó faktortöltéseket a 2. számú melléklet 4. kiegészítő táblázata mutatja be részletesen, illetve az egyes alszkálák leíró statisztikáit ugyanezen melléklet 1. kiegészítő táblázata részletezi.

Többcsoportos (angolul: multigroup) CFA-t végeztünk a kérdőív mintákban megfigyelhető faktorstruktúrájának (konfigurális invariancia), az itemei faktortöltéseinek (metrikus invariancia) és a tengelymetszetek (skaláris invariancia) egyenlőségének becslésére. Az alapmodellek illeszkedése elfogadható volt a konfigurális és a metrikus invariancia modellek esetében (3.2-2. táblázat). Amikor a faktortöltések egyenlőségét teszteltük, az összehasonlítás nem mutatott szignifikáns különbséget a konfigurális és a metrikus modellek illeszkedési mutatói között. Ebből arra következtethettünk, hogy a metrikus invariancia feltételei fennálltak az összevetett csoportokban. Ugyanakkor a tengelymetszetek invarianciájának tesztelési eredményei szignifikáns romlást jeleztek az illeszkedési mutatókban, ami a metrikus invariancia modellel való összevetést illeti (3.2.-

2. táblázat). Így a csoportok látens átlagainak direkt összehasonlítása nem értelmezhető. Megállapíthatjuk tehát, hogy részleges mérési invariancia érvényesül az egészséges táplálkozási motivációt illetően a magyar, japán és norvég egyetemi hallgatók mintáiban az MHES kérdőív alkalmazásával.

**3.2-2. táblázat** Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála megerősítő faktorelemzéséhez tartozó mutatók csoportok szerint, és a mérési invariancia tesztelés eredményei.

A megerősítő faktorelemzés modelljeinek illeszkedési mutatói						
Modell	$\chi^2$	df	TLI	CFI	RMSEA (90% CI)	SRMR
Magyar minta 1.	353,6	120	0,908	0,927	0,071 (0,063 – 0,080)	0,053
Magyar minta 2. <sup>a</sup>	296,2	119	0,929	0,945	0,063 (0,053 – 0,071)	0,048
Japán minta	243,9	120	0,923	0,939	0,063 (0,051 – 0,074)	0,058
Norvég minta	249,9	120	0,917	0,935	0,061 (0,050 – 0,071)	0,054
A mérési invariancia tesztelés eredményei <sup>a</sup>						
Konfigurális invariancia				0,941	0,062 (0,056 – 0,068)	0,053
Metrikus invariancia				0,937	0,062 (0,056 – 0,067)	0,063
Skaláris invariancia				0,890	0,079 (0,074 – 0,085)	0,076
Konfigurális vs. metrikus invariancia	$\Delta\chi^2= 50,8$	$\Delta df= 24$		$\Delta CFI = 0,004$	$\Delta RMSEA < 0,001$	$\Delta SRMR = -0,010$
Metrikus vs. Skaláris invariancia	$\Delta\chi^2= 367,0$	$\Delta df= 24$		$\Delta CFI = 0,047$	$\Delta RMSEA = -0,017$	$\Delta SRMR = -0,013$

**Megjegyzés.**  $n$  (magyar minta) = 381,  $n$  (japán minta) = 264,  $n$  (norvég minta) = 293.  $df$  = szabadságfok;  $TLI$  = Tucker-Lewis illeszkedési mutató;  $CFI$  = komparatív illeszkedési mutató;  $RMSEA$  = megközelítési négyzetes középérték hiba illeszkedési mutató;  $CI$  = konfidenciaintervallum;  $SRMR$  = standardized root mean square residual illeszkedési mutató;  $\Delta$  = értékkülönbség.

<sup>a</sup>A modell megengedte a következő, az Integrált Szabályozás alszkálán szereplő itempár tagjai közötti hibakovarianciát a magyar minta esetében: „Az egészséges táplálkozás alapvető fontosságú az életemben.” és „Az egészséges táplálkozás szerves része az életemnek.”.

### 3.2.3.2. Az alszkálák korrelációs elemzése

Az MHES alszkálái közötti összefüggések erősségét és irányát mindhárom nemzetiség esetében megvizsgáltuk (lásd a 3.2-3. táblázatban található korrelációs mátrixot). A korrelációs táblázatokban látható együtthatók mintázata hasonló volt a

három mintában. Az Amotiváció szignifikáns, fordított irányú kapcsolatot mutatott az Intrinzik Motiváció, az Integrált- és az Identifikált Szabályozás alskálákkal minden csoportban. A magyar hallgatók mintáján az Amotiváció továbbá szignifikáns negatív összefüggést mutatott az Introjektált Szabályozással is. A Külső Szabályozás és az Intrinzik Motiváció faktorok nem mutattak együttjárást egymással az európai mintákban; ez az összefüggés azonban közepes erősségű és pozitív irányú volt a japán mintában. Az Intrinzik Motiváció és az Introjektált Szabályozás, valamint az Integrált- és Külső Szabályozás alskálák nem mutattak lineáris kapcsolatot a norvég hallgatók csoportjában. Ugyanakkor a Külső Szabályozás egyedül a norvég minta esetében mutatott egyirányú asszociációt az Amotiváció alskálával.

**3.2-3. táblázat** *Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak korrelációs mátrixa a három mintában.*

	Magyar minta <i>n</i> = 381					Japán minta <i>n</i> = 264					Norvég minta <i>n</i> = 293				
	1.	2.	3.	4.	5.	1.	2.	3.	4.	5.	1.	2.	3.	4.	5.
<b>Alskálák</b>															
<b>1. Intrinzik Motiváció</b>															
<b>2. Integrált Szabályozás</b>	<b>0,69</b>					<b>0,66</b>					<b>0,61</b>				
<b>3. Identifikált Szabályozás</b>	<b>0,66</b>	<b>0,72</b>				<b>0,50</b>	<b>0,67</b>				<b>0,35</b>	<b>0,44</b>			
<b>4. Introjektált Szabályozás</b>	<b>0,35</b>	<b>0,42</b>	<b>0,36</b>			<b>0,48</b>	<b>0,34</b>	<b>0,20</b>			<b>0,07</b>	<b>0,14</b>	<b>0,27</b>		
<b>5. Külső Szabályozás</b>	<b>0,09</b>	<b>0,16</b>	<b>0,12</b>	<b>0,27</b>		<b>0,34</b>	<b>0,35</b>	<b>0,33</b>	<b>0,38</b>		<b>0,01</b>	<b>0,03</b>	<b>0,18</b>	<b>0,29</b>	
<b>6. Amotiváció</b>	<b>-0,47</b>	<b>-0,56</b>	<b>-0,56</b>	<b>-0,16</b>	<b>0,09</b>	<b>-0,22</b>	<b>-0,39</b>	<b>-0,43</b>	<b>0,08</b>	<b>0,06</b>	<b>-0,41</b>	<b>-0,53</b>	<b>-0,37</b>	<b>0,07</b>	<b>0,13</b>

**Megjegyzés.** Pearson-féle korrelációs együtthatók. Az alskálák megfigyelt változóként kerültek bevonásra az elemzésbe.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

### 3.2.3.3. A kérdőív alskáláinak kapcsolata a validáló változókkal

A kérdőív konstruktumvaliditását tovább teszteltük az egészséges táplálkozást meghatározó önszabályozási stílusok szignifikáns determinánsainak azonosításával. Ehhez CFA kovariánsokkal elemzést alkalmaztunk. A korábbi tanulmányok eredményei alapján azt vártuk, hogy az Intrinzik Motiváció, az Integrált Szabályozás és az Identifikált

Szabályozás (együtt: autonóm motiváció), valamint az Introjektált Szabályozás és a Külső Szabályozás (együtt: kontrollált motiváció) pozitív kapcsolatot mutat majd a jólléttel, és negatív lesz az összefüggése túlsúlyos vagy elhízott testalkattal, valamint a reggelizés kihagyásával. Az Amotiváció esetében mindezek ellenkezőjét feltételeztük, és azt vártuk, hogy az MHES faktorai nem mutatnak szignifikáns összefüggést az obezogen evési magatartásokkal. Az elemzés eredményei az 3.2-4. táblázatban találhatóak. Az elemzés kiegészítéseként a vizsgált változók közötti Pearson-féle korrelációs mátrixot a 2. számú melléklet 2. és 3. kiegészítő táblázata mutatja be.

A női résztvevők valamivel magasabb pontszámot értek el az egészséges táplálkozásra irányuló autonóm motiváció terén, mint a férfi résztvevők, mindhárom mintában. A túlsúlyos vagy elhízott testalkatú résztvevők a magyar és a norvég mintában alacsonyabb szintű autonóm motivációt mutattak, mint a normál súlyú és az alultáplált személyek. A japán hallgatók körében az önszabályozás kontrollált típusai voltak azok, amelyek szignifikáns negatív kapcsolatot mutattak a túlsúlyos vagy elhízott testalkattal. Összességében azonban az eredményeink szerint a túlsúlyos vagy elhízott testalkat és a különböző motivációtípusok gyenge összefüggést mutatnak.

A béta együtthatók a várakozásoknak megfelelően gyenge és fordított kapcsolatot írtak le az önszabályozás autonóm formái és a reggelizés kihagyása között az európai diákoknál, míg a japán résztvevőknél a reggelizési szokások nem voltak kapcsolatban az egészséges táplálkozási motivációval. Továbbá, a magasabb szintű jóllét pozitív asszociációt mutatott az önszabályozás autonóm formáival, és fordított kapcsolatot az Amotivációval.

A diszkrimináns validitás feltételezését megerősítve általánosságban elmondható, hogy a Külső Evés nem függött össze az egészséges táplálkozási motiváció különböző formáival. Az Érzelmi Evés a japán és norvég hallgatók esetében mutatott pozitív asszociációt az Amotivációval, és a kontrollált motivációval pedig csak a norvég résztvevők esetében. Ezen változók közötti összefüggések mind gyenge hatásméretűek voltak. A korlátozó evési magatartás valamivel erőteljesebb pozitív kapcsolatot mutatott mind az autonóm, mind a kontrollált önszabályozási formákkal, és negatív összefüggést az Amotivációval az európai mintákban. Érdekes módon a japán egyetemi hallgatók körében az Amotiváció pozitívan kapcsolódott a korlátozó evési stílussal. Ez arra utalhat, hogy a kognitív korlátozást a mintánkban szereplő magyar és a norvég egyetemisták az

egészséges táplálkozásra való törekvés eszközeként használhatják, míg a japán hallgatók a korlátozó evésre nem tekintenek kívánatos evési jellemzőként.

**3.2-4. táblázat** Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála és a validáló változók közötti összefüggések: a megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal analízis eredményei.

	Amotiváció			Kontrollált motiváció <sup>a</sup>			Autonóm motiváció <sup>b</sup>		
	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No
<b>Életkor</b>	-0,00	-0,11	0,01	<b>-0,12</b>	0,09	-0,12	0,00	0,10	0,09
<b>Nem</b>	-0,11	<b>0,29</b>	-0,16	-0,08	-0,11	-0,08	<b>0,13</b>	<b>0,16</b>	<b>0,15</b>
<b>Túlsúly/elhízás</b>	<b>0,14</b>	0,01	0,10	-0,09	<b>-0,19</b>	0,03	<b>-0,14</b>	-0,12	<b>-0,14</b>
<b>Alutápláltság</b>	0,01	-0,05	0,01	0,09	0,11	-0,04	0,00	0,08	-0,02
<b>Reggeli kihagyása</b>	<b>0,22</b>	0,08	0,08	-0,08	-0,01	-0,12	<b>-0,24</b>	-0,09	<b>-0,17</b>
<b>Jóllét (WBI-5)</b>	<b>-0,17</b>	-0,11	<b>-0,16</b>	0,10	<b>0,30</b>	0,03	<b>0,26</b>	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>
<b>Külső Evés (DEBQ-C)</b>	0,11	-0,08	-0,08	-0,05	-0,00	-0,05	<b>-0,11</b>	0,11	-0,04
<b>Érzelmi Evés (DEBQ-C)</b>	0,04	<b>0,27</b>	<b>0,19</b>	0,14	0,16	<b>0,25</b>	-0,01	0,01	-0,02
<b>Korlátozó Evés (DEBQ-C)</b>	<b>-0,29</b>	<b>0,22</b>	<b>-0,16</b>	<b>0,38</b>	0,18	<b>0,42</b>	<b>0,35</b>	0,08	<b>0,27</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0,26</b>	<b>0,18</b>	<b>0,12</b>	<b>0,21</b>	<b>0,21</b>	<b>0,29</b>	<b>0,38</b>	<b>0,22</b>	<b>0,28</b>

**Megjegyzés.** Standardizált regressziós együtthatók. *Ma* = Magyar minta ( $n = 381$ ); *Ja* = japán minta ( $n = 264$ ), *No* = norvég minta ( $n = 293$ ).

*Nem* kódolása: 0 = férfi, 1 = nő. *Túlsúly/elhízás* kódolása: 0 = nem igaz, 1 = igaz. *Alutápláltság* kódolása: 0 = nem igaz, 1 = igaz. *Reggeli kihagyásának* kódolása: 0 = rendszerint reggeliző, 1: a reggelit rendszerint kihagyó.

*DEBQ-C* = Holland Evési Magatartás Kérdőív; *WBI-5* = WHO Jól-lét Index 5.

<sup>a</sup>A kontrollált motiváció az egészséges táplálkozásra az MHES Introjektált- és Külső Szabályozás faktorait foglalja magában.

<sup>b</sup>Az autonóm motiváció az egészséges táplálkozásra az MHES Integrált- és Identifikált Szabályozás, valamint az Intrinzik Motiváció faktorait foglalja magában.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

### 3.2.4. Megbeszélés

Az imént bemutatott vizsgálat három eltérő kulturális kontextusban kívánta megvizsgálni az egészséges táplálkozási magatartást meghatározó különböző típusú motivációs tényezők mérhetőségét, az öndeterminációs elméletet alkalmazva. A végzett elemzések eredményei megerősítették az MHES eredeti hatfaktoros szerkezetét, valamint



egyaránt alátámasztották a konstruktumvaliditást a magyar, japán és norvég egyetemi hallgatók mintáján. Az MHES részleges mérési invarianciát mutatott a három minta összevetésében. A magyar, japán és norvég résztvevők hasonlóan ragadták meg a faktorok jelentéstartalmát, és a tétel-faktor kapcsolatok erőssége is egyenértékű volt a mintákban. Tehát, az MHES hasonlóan jól ragadja meg és méri az egészséges táplálkozási motivációtípusokat az általunk használt, különböző kulturális háttérű mintákban. Az MHES elődjeivel, nevezetesen a REBS-szel és az MHES 31 itemes változatával dolgozó kutatók feltételezték, hogy az önszabályozási folyamatok kontinuum-jellegét az tükrözi, ha a szomszédos faktorok erősebb pozitív, míg a kontinuum ellentétes végein elhelyezkedő alsóskálák negatív korrelációkat mutatnak egymással (Kato és mtsai., 2013; Pelletier és mtsai., 2004). Ezek alapján az öndeterminációs kontinuum jelenlétét a mi eredményeink is alátámasztották. A faktorok közötti összefüggések erőssége a mintákban – néhány faktorpár kivételével – igen hasonló volt. A faktorok közötti összefüggések mintázata szintén hasonlóságot mutatott az MHES eredeti és rövid változatát vizsgáló korábbi kutatások eredményeiben látható mintázatokkal (Kato és mtsai., 2013, 2021). Összességében tehát levonhatjuk a következtetést, miszerint az MHES megbízható és hasznos eszköze az egészséges táplálkozási motivációk felmérésének, amely faktorstruktúrája megegyezett a vizsgálatba bevont három különböző kultúrából származó egyetemi hallgatók mintáján.

A vizsgálat célja volt továbbá, hogy a faktorszerkezet tesztelésén túl megvizsgáljuk az MHES konstruktumvaliditását több validáló változó bevonásával is. A kovariánsokkal végzett megerősítő faktorelemzés eredményeinek elemzése számos további hasonlóságra, és néhány, feltehetően kulturális különbségre mutatott rá a minták között. Megállapíthatjuk, hogy a BMI meglehetősen szerény kapcsolatot mutat az egészséges táplálkozási motiváció szabályozási folyamataival, amely eredmény összhangban van a korábban találtakkal (Pelletier és mtsai., 2004). Ez azzal is magyarázható, hogy a testtömeget komplex, genetikai, környezeti és viselkedési tényezőkből álló kölcsönhatások határozzák meg (Hruby és Hu, 2015). Ennek ellenére fontosnak véljük, hogy az általunk tapasztalt összefüggéseket a jövőben újra vizsgáljuk olyan mintán, amely már nagyobb arányban foglal magában túlsúllyal vagy elhízással élő résztvevőket is. Míg a reggeli kihagyása és az önszabályozás autonóm formái közötti fordított kapcsolat az európai mintákban összhangban van a hipotézisünkkel, a japán mintában e konstruktumok közötti összefüggés hiánya némileg szembetűnő annak

fényében, hogy 2013-ban publikált kutatásukban Kato és munkatársai szignifikáns, bár szerény pozitív korrelációt azonosítottak az intrinzik motiváció, az integrált szabályozás és a reggeli fogyasztás gyakorisága között japán egyetemi hallgatók körében. Figyelembe kell venni ugyanakkor, hogy számos nagyszabású tanulmány a napi vagy majdnem napi szintű reggeli fogyasztás nagyon magas arányáról számol be (96-98%) a japán emberek körében, ami arra utal, hogy a reggelizés mélyen gyökerező szokás lehet a japán kultúrában. Figyelembe véve továbbá az alacsony varianciájú kimeneti változók determinánsainak meghatározásában rejlő limitációkat, az elérhető becslések csak korlátozottan interpretálhatóak arra vonatkozóan, hogy az egyes motivációs tényezők milyen mértékben járulhatnak hozzá a japán résztvevők reggelizési szokásaihoz (Sun és mtsai., 2009; Yokoyama és mtsai., 2016). A feltételezést megerősítve a jóllét pozitív összefüggést mutatott az önszabályozási folyamatok autonóm formáival kultúrákon átívelően, nem úgy, mint a kontrollált szabályozásmódokkal. Az előbbi eredmény megegyezik azzal a széleskörben leírt jelenséggel, miszerint az egészséges ételek (pl. gyümölcsök és zöldségek) gyakori fogyasztása a pozitív érzelmek gyakoribb megtapasztalásával, és úgy általában a jóllét magasabb szintjével mutat egyirányú együttjárást (Blanchflower és mtsai., 2013; White és mtsai., 2013). Guertin, Barbeau és munkatársai (2020) tanulmánya azonban rámutatott arra, hogy az egészséges táplálkozás szabályozásának nem öndeterminált motivációja (vagyis az Amotiváció, a Külső- és az Introjektált Szabályozás) nem korrelált az egészséges táplálkozással, viszont pozitív volt a kapcsolata az inkább egészségtelennek mondható táplálkozással. Vagyis, ha az egészséges táplálkozás mögött meghúzódó kontrollált típusú motivációt nem fordítják át cselekvésbe, az természetesen komoly akadálya lehet annak, hogy a meglévő motiváció keltette szándék kifejthesse a jóllétre gyakorolt pozitív hatását. Mindazonáltal az említett eredmények keresztmetszeti vizsgálatokon alapulnak. Figyelembe kell venni annak lehetőségét is, hogy a pszichológiai jóllét alapozza meg a jobb önszabályozó képességet, ami szükséges az egészséges étrend követéséhez.

Az obezogén evési magatartások közül a korlátozó evés volt az, amely markánsabb összefüggést mutatott az MHES faktoraival az európai résztvevők esetében. Ez a nem várt eredmény ugyanakkor észszerű, hiszen a táplálkozás akaratlagos kontrollálása mögött különféle motivációs tényezők húzódnak meg (Putterman és Linden, 2004). Az ételfogyasztás korlátozására és a fogyókúrázásra sokan – különösen a nők körében – az egészségesebb táplálkozási szokásokra és a karcsúbb testalkat elérésére

való törekvés szerves részeként tekintenek (Wardle és mtsai., 2004). Nem zárhatjuk ki ugyanakkor azt sem, hogy a szélsőségesen korlátozó evés olyan evészavarok velejárója vagy éppen tünete, mint az anorexia nervosa, a bulimia nervosa, vagy az újonnan leírt, diagnosztikus kritériumokkal egyelőre nem rendelkező orthorexia nervosa. Japánban az extrém vékonyságú fiatal nők egyre növekvő arányát szintén problematikus trendnek tartják (Mori és mtsai., 2016; Takimoto és mtsai., 2004), amiből arra következtethetünk, hogy a korlátozó evési magatartást ott talán másként ítélik meg, mint az európai hallgatók. Szükség van még tehát az ilyen kulturális különbségek tisztázására, csakúgy, mint a valóban egészséges táplálkozási magatartások nagybecsülése és adaptív alkalmazása, a túlzottan korlátozó evési módok, és az evészavarok tünetei közti különbségek és összefüggések felderítésére. Az eredményeink arra is rámutattak, hogy a női válaszadók magasabb autonóm regulációról számoltak be az egészséges táplálkozást illetően, mint a férfiak, nemzetiségtől függetlenül. Ehhez hasonlóan Wardle és munkatársai (2004) úgy találták, hogy a női vizsgálati személyek rendre nagyobb fontosságot tulajdonítottak az egészséges táplálkozásnak kultúrától függetlenül, ami magyarázó tényezője volt a nők egészségesebb ételválasztási tendenciáinak. Ez összhangban van az egészségügyi információk keresése és alkalmazása terén már jól dokumentált nemi különbségekkel (Ek, 2015; Rice, 2006). Szem előtt kell tartanunk ugyanakkor a tényt, hogy az európai mintáinkban csak kis arányban szerepeltek férfiak, és hogy az általunk alkalmazott kényelmi mintavételi módszer nem teszi lehetővé a messzemenő következtetések levonását a nemi különbségeket illetően sem.

#### **3.2.4.1. A vizsgálat limitációi**

A jelen kutatás erősségei mellett figyelembe kell venni annak korlátjait a következtetéseink levonásakor. Először is, az alkalmazott kényelmi mintavételi módszer miatt az eredmények nem általánosíthatók szélesebb populációk körére. Másodszor, ebben az esetben is igaz, hogy a keresztmetszeti kutatási elrendezés nem teszi lehetővé, hogy ok-okozati kapcsolati irányokat állapítsunk meg a vizsgált konstruktumok között. Az előző vizsgálatunkhoz szintén hasonló módon a BMI-értékek a kutatásban részt vevők által megadott testmagasság és testtömeg adatok alapján kerültek kiszámításra, így az azok érvényességét befolyásoló torzítások nem zárhatók ki. Elismerjük továbbá az evési magatartásokban és a testképpel kapcsolatos aggodalmakban fennálló jelentős nemi különbségeket, amelyeket a jelen tanulmányban csak korlátozott mértékben tudtunk

figyelembe venni. És végül rendkívül fontos azt is szem előtt tartanunk, hogy bár jelentős kultúrközi különbségek léteznek az ételfogyasztási hagyományokban, a tipikus étkezési szokásokban, valamint abban, hogy az egyes országokban éppen milyen az aktuális testideál (Rozin és mtsai., 1999; Swami és mtsai., 2006), jelen esetben nem volt meghatározható, hogy a minták közötti, azonosított eltérések milyen mértékben voltak betudhatók valódi kulturális különbségeknek, vagy azok éppen valamilyen más tényezőnek voltak köszönhetőek, mint amilyen például a minták közötti életkorbeli, testtömegindex-szerinti, vagy nemi aránybeli eltérések. Ezzel együtt szem előtt kell tartanunk, hogy az eredményeket potenciálisan befolyásolhatták a japán, a magyar és a norvég táplálkozási hagyományok közötti lényeges különbségek. Míg mind a norvég, mind a japán étrend jelentős részét a tenger gyümölcsei teszik ki az országok szerencsés földrajzi elhelyezkedéséből adódóan, addig a magyar étrend főként hús alapú. Ugyanakkor míg a felnőtt magyar és a norvég lakosság a zsír, a zöldségek és a gyümölcsök fogyasztásának arányában hasonlóságot mutatnak, addig a japán étrend is jelentős „nyugatisodásnak” indult a hús-, kenyér- és zsírfogyasztás tekintetében (Engeset és mtsai., 2005; Eurostat, 2018; Murakami és mtsai., 2018; Sarkadi Nagy és mtsai., 2017). Mindezek mellett az egyes országokon belül is jelentős eltérések figyelhetők meg az egészséges táplálkozási szokások terén, aminek legalább részben oka lehet a szocioökonómiai státusz étkezési jellemzőkre gyakorolt jelentős hatása (Bakucs és mtsai., 2014; Engeset és mtsai., 2005). Így a fogyasztott alapélelmiszerekben, és a táplálkozás jelentésében és jelentőségében fennálló lényegi különbségek alapjaiban határozhatják meg az egészséges táplálkozásról vallott nézeteket kultúrák között éppúgy, mint kultúrákon belül. Ez pedig értelemszerűen hatással lehet az egészséges táplálkozási motivációk és azok determinánsai kapcsolatára. A japán válaszadóink esetében szintén megfigyeltük, hogy általánosságban magasabb pontszámot értek el nem csak az MHES, de az DEBQ és a WBI-5 skálákon egyaránt. Erre magyarázatot adhat a japán hallgatók nagyobb mértékű egyetértési hajlandósága, amit már korábbi kultúrközi kutatásokban leírtak (Tasaki és Shin, 2017), de nem zárható ki a japán válaszadók az egészséges táplálkozás irányába mutatott lelkiismeretes attitűdje sem a magyarázó tényezők sorából. Így ebből a vizsgálatból nem tudunk egyértelmű konklúziót levonni arra vonatkozóan, hogy a pontszámbeli eltérések valódi különbséget tükröznek-e.

### 3.3. VIZSGÁLAT 3.

#### Az intuitív étkezés mérése: Az Intuitív Étkezés Skála 2. (Intuitive Eating Scale 2, IES-2) adaptálása és validációja<sup>12, 13</sup>

##### 3.3.1. Célkitűzés

Az adaptív evési magatartások jobb megértésére és sikeres előmozdítására irányuló, egyre bővülő empirikus törekvések fényében a jelen tanulmány céljaul tűzte ki, hogy hozzájáruljon az egészséges evési magatartásmódokkal, azok egymáshoz és más evési stílusokhoz való viszonyával, valamint az ezek mögött meghúzódó motivációkkal kapcsolatos, bizonyítékokon alapuló ismeretek bővüléséhez. Mindezt egyrészt az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2; Tylka és Kroon Van Diest, 2013) pszichometriai tulajdonságainak vizsgálatával, valamint az intuitív étkezés konstruktumvaliditásának tesztelésével kívántuk elérni azáltal, hogy szemügyre vettük az IES-2 faktorainak kapcsolatát több validáló változóval is, mint amilyen a BMI, a jelenlegi és az elmúlt évi diétázás, az obezogén evési magatartások (korlátozó-, érzelmi- és kontrollálatlan evés), az egészséges táplálkozási motivációk, a jelentudatos evés és a vékonyság ideáljának internalizálása. Másrészt, a kutatás a különböző egészséges evési magatartásmódok közötti kapcsolatrendszerbe is mélyebb betekintést kívánt nyerni.

Az 1.4.3. alfejezetben bemutatott kutatási eredmények alapján azt vártuk, hogy a BMI és az IES-2 alskálák között szignifikáns, fordított összefüggés azonosítható majd, és a férfi válaszadók szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el az intuitív étkezés terén. Továbbá feltételezéseink szerint negatív asszociáció volt várható az intuitív étkezés, valamint a jelenlegi és az elmúlt évi testtömegkontroll célú diétázás, a kognitív korlátozás, a kontrollálatlan evés, az érzelmi evés, a vékonyság ideáljának internalizálása, és az egészséges táplálkozás kontrollált szabályozása és amotivációja között. Ugyanakkor azt is feltételeztük, hogy az egészséges táplálkozás autonóm szabályozási módja, valamint a jelentudatos evés az intuitív étkezés alskáláival pozitív irányú, gyenge szignifikáns kapcsolatot mutat. A konstruktumvaliditást továbbá megerősítené az IES-2

---

<sup>12</sup> A vizsgálat egy tágabb témát felölelő, a 2018. évi „Doktori Projektek” konzorciális kutatás-támogatási pályázat részeként jöhetett létre több kutatótárs részvételével.

<sup>13</sup> A vizsgálat a következő publikációban jelent meg: Román, N., Rigó, A., Gajdos, P., Tóth-Király, I., & Urbán, R. (2021). Intuitive eating in light of other eating styles and motives: experiences with construct validity and the Hungarian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2. *Body Image*, 39, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.05.012>

eredeti faktorszerkezetének alátámasztása is a jelen kutatásban szereplő minta alkalmazásával.

### **3.3.2. Módszer**

Az online kutatásban keresztmetszeti elrendezésű kérdőíves kvantitatív módszertant alkalmaztunk.

#### **3.3.2.1. Vizsgálati személyek**

A vizsgálatban kényelmi mintaválasztással elért 732 magyar egyetemi hallgató vett részt (80,2% nő; átlag életkor = 22,7, szórás = 4,81 év). A beválasztási kritériumok közé tartozott a legalább 18 éves életkor, illetve az aktív hallgatói jogviszony valamely magyar egyetemen. A minta 13%-a (95 fő) az alultáplált, 69%-a (505 fő) a normál testtömegű, míg 18%-a (132 fő) a túlsúlyos vagy elhízott BMI kategóriához tartozott. 172 résztvevő (23,5%) nyilatkozott úgy, hogy jelenleg fogyókúrázik, és 255 személy (34,8%) bevallása szerint az elmúlt évben fogyókúrázott.

#### **3.3.2.2. Eljárás**

A résztvevőket személyesen az általuk látogatott egyetemeken, illetve online, elektronikus hirdetések útján toboroztuk.

A felhasznált kérdőívek egy részét (Intuitív Étkezés Skála, Jelentudatos Evés Skála, és Megjelenéssel kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív 4.) e tanulmány keretében adaptáltuk magyar nyelvre. Az adaptáció folyamata során ismét a Nemzetközi Tesztbizottság (Gregoire, 2018) és Borsa és munkatársai (2012) útmutatását követtük. Az eredeti, angol nyelvű mérőeszközöket először a kutatást végzők közül legalább ketten, egymástól függetlenül fordították le magyarra. A kérdőívek első magyar nyelvű változatainak összevetése után azok angolra történő visszafordítása angol nyelven dolgozó hivatásos fordítók és tolmácsok segítségével történt. Az Intuitív Étkezés Kérdőív eredeti szerzője, Dr. Tracy L. Tylka rendkívül hasznos megjegyzéseivel szintén hozzájárult az adaptációs folyamathoz. Végül a célpopuláció néhány tagját kérdeztük a kérdőívek magyar változatának érthetőségéről, akik módosítási javaslatait is a felhasználtuk a mérőeszközök véglegesítésekor.

A kérdőívcsomagot kitöltők tájékozott beleegyezését kértük a kutatásban való részvételhez. Emellett biztosítottuk őket a gyűjtött adatok névtelen és bizalmas kezeléséről, az önkéntes részvételről, valamint a kutatásban való részvétel visszavonhatóságáról. Az kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (etikai engedély száma: 2018/313).

### 3.3.2.3. Mérőeszközök

Az *intuitív étkezés* mérésére az IES-2-t használtuk (Tylka és Kroon Van Diest, 2013). A skála 23 tételével az intuitív étkezés négy faktorát fedi le: az Evés Feltétel Nélküli Megengedését (Unconditional Permission to Eat, UPE), az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Választ (Eating for Physical rather than Emotional Reasons, EPR), az Éhség és a Telítettség Érzeteire való Hagyatkozást (Reliance on Hunger and Satiety Cues, RHSC), a Test és Ételválasztás Közötti Kongruenciát (Body-Food Choice Congruence, BFCC; az alsókálák tételeit lásd a 3.3-2. táblázatban, illetve a teljes kérdőívet az 1/C mellékletben). A válaszadók a kérdőív minden állítását egy ötponos Likert-skálán értékelhetik (1 – egyáltalán nem értek egyet, 5 – teljes mértékben egyetértek). A skálán elért magasabb pontszám az intuitív étkezés alkalmazásának nagyobb mértékét jelenti. Az alfaktorok belső megbízhatósága a korábbi kutatásokban elfogadhatónak bizonyult (Cronbach- $\alpha$  = 0,81-0,93; Tylka és Kroon Van Diest, 2013).

Mivel a jelen doktori értekezésben szereplő első vizsgálat eredményei szerint a MEQ, mint a *jelentudatos evés* mérőeszköze több kérdést is felvetett a validitást illetően, ezt a konstruktumot a jelen tanulmányban másik mérőeszkőzzel kívántuk vizsgálni. Ezért a vizsgálatunk részeként elkészítettük a 28 tételű Jelentudatos Evés Skála (Mindful Eating Scale, MES; Hulbert-Williams és mtsai., 2014) magyar változatát is. Az adaptációs folyamat során a főétkezések időzítésével kapcsolatos kulturális sajátosságok miatt egy plusz állítást adtunk a kérdőív itemeihez („*Minden nap ugyanazt vacsorázom.*”), így a skála végleges változata összesen 29 állításból áll, amelyek az alábbi hat faktorba csoportosíthatók: Elfogadás (pl. „*Kritizálom magamat azért, ahogyan étkezek.*” – fordított tétel), Tudatos Figyelem (pl. „*Evés közben végig tudatosan figyelek az ételre.*”), Nem Reagálás (pl. „*Egy ideig el tudom viselni, hogy éhes vagyok.*”), Megszokás (pl. „*A hét ugyanazon napjain ugyanazt szoktam enni.*” – fordított tétel), Tudatos Cselekvés (pl. „*Automatikusan eszem, anélkül, hogy odafigyelnék arra, amit*

*éppen fogyasztok.*” – fordított tétel) és Strukturálatlan Étkezés (pl. „*A főétkezések között is szoktam enni.*” – fordított tétel). A felmérésben résztvevők egy négyponos skálán (1 – soha, 4 – általában) jelezhetik, hogy az egyes állítások milyen gyakran írják le a viselkedésüket. Így az elért magasabb pontszám a jelentudatos evés gyakoribb alkalmazását jelöli. A faktorok Cronbach- $\alpha$  értékei a jelen kutatásban a gyenge és a jó között mozognak ( $\alpha = 0,50 - 0,81$ ), hasonlóan az kérdőív eredeti validációs tanulmányában találtakhoz ( $\alpha = 0,60 - 0,89$ ).

Az *egészséges táplálkozás három önszabályozási formáját* (autonóm önszabályozás, kontrollált önszabályozás, valamint amotiváció) a 18 tételt tartalmazó Egészséges Táplálkozási Motiváció Skálával mértük, ami a 3.2.2.3 alfejezetben került ismertetésre korábban (Kato és mtsai., 2013, 2021; Román és mtsai., 2020). Az alskálák belső konzisztenciája megfelelő volt a jelen mintában (Cronbach- $\alpha = 0,70 - 0,91$ ).

Ezen kutatás részeként a résztvevők kitöltötték a TFEQ-R21 kérdőív magyar változatát is, hogy felmérjük *az érzelmi-, a kognitív korlátozó-, és a kontrollálatlan evés* jellemző mértékét. A mérőeszköz tulajdonságai a 3.1.2.3. alfejezetben kerültek részletezésre. Ebben a vizsgálatban a kérdőív alskáláinak belső megbízhatósága a 0,81 és 0,92-es Cronbach- $\alpha$  értékek között alakult.

A Megjelenéssel kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív 4. (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4, SATAQ-4) segítségével számszerűsíthették a *vékony és az izmos testideálok internalizáltságának* mértékét a vizsgálatban résztvevők (L. M. Schaefer és mtsai., 2015). A kérdőív 22 állítás mentén méri, hogy az egyének mennyire internalizálták a Vékonyt/Alacsony testzsír ideálját, valamint az Izmos/atletikus testideált, illetve mennyire jellemző az esetükben, hogy a Családjuk, Kortársaik, és a Média nyomást gyakorol arra, hogy karcsúbbak legyenek, vagy javítsanak a külső megjelenésükön. A jelen kutatásban kapott belső megbízhatósági (Cronbach- $\alpha$ ) mutatók az alskálák fenti sorrendjében:  $\alpha = 0,89$ ,  $\alpha = 0,89$ ,  $\alpha = 0,85$ ,  $\alpha = 0,85$  és  $\alpha = 0,93$ . A válaszokat a kitöltők ötfokú Likert skálán jelölhetik meg (1 – egyáltalán nem értek egyet, 5 – teljes mértékben egyetértek). Az alskálákon elért magasabb értékek a vékony- illetve izmos testalkat idealizálásának nagyobb mértékű internalizáltságát, illetve a külső megjelenésen való változtatásra vonatkozó erősebb nyomást jelentik.

A kutatásban résztvevők testalkatának felmérését a BMI mutatóval a 3.1.2.3. alfejezetben leírtakkal megegyezően végeztük jelen kutatásban is.



Azt, hogy a résztvevők jelenleg diétáznak-e, vagy az elmúlt egy évben követtek-e valamilyen diétát, az alábbi két kérdéssel mértük fel: „Követsz jelenleg valamilyen diétát (fogyás vagy súlymegtartás céljából)?” és „Követtél az elmúlt évben valamilyen diétát (fogyás vagy súlymegtartás céljából)?”. A kérdésekre a kitöltők az 'Igen' vagy a 'Nem' válaszopciók megjelölésével válaszolhattak.

#### 3.3.2.4. Adatlemzés

Az adatok az MPlus 7.4 és az SPSS 25.0 statisztikai szoftverek segítségével kerültek elemzésre. Az IES-2 eredeti faktorstruktúrájának, így az *a priori* modell érvényességének vizsgálatára megerősítő faktorelemzést végeztünk az előző vizsgálatokban foglaltakkal megegyezően (lásd 3.1.2.4. alfejezet). Ez esetben ugyanakkor két külön CFA-t is lefuttattunk kovariáns elemzésekkel, hogy feltérképezzük az IES-2 egyes alskáláinak szignifikáns determinánsait, ami pedig lehetővé tette a skála konvergens és diszkrimináns érvényességének értékelését is a használt validáló változók segítségével.

Az IES-2 alskálák közötti asszociációk értékelésére Pearson-féle korrelációs együtthatókat, a használt mérőeszközök alskáláinak belső konzisztenciájának vizsgálatára pedig Cronbach- $\alpha$  együtthatókat alkalmaztunk. Ezek mellett egyszempontos varianciaanalízist (ANOVA) használtunk az IES-2 alskáláin elért pontszámok BMI-csoportok (alultáplált, normál, és túlsúlyos vagy elhízott BMI-kategóriák) szerinti feltételezett eltéréseinek vizsgálatára, és kétmintás t-próbákat az alskálák átlagpontszámainak nemek szerinti összehasonlítására. Az egyszempontos varianciaanalízis részeként a Hochberg-féle *post hoc* elemzéseket vettük figyelembe a BMI csoportok közötti páros összehasonlításokhoz, ahol az szükséges volt, és Cohen-d, valamint éta-négyzet hatásméret mutatók kerültek kiszámításra. A Cohen-d esetében a 0,2 körüli értékek kicsi, a 0,5 körüli értékek közepes, és a 0,8 vagy a feletti értékek nagy hatásméretnek számítanak. Az éta-négyzet esetében az értékek interpretációja: 0,01 – kis hatásméret, 0,06 – közepes hatásméret és >0,14 – nagy hatásméret (J. Cohen, 2013).

### 3.3.3. Eredmények

#### 3.3.3.1. A megerősítő faktorelemzés eredményei

A CFA alkalmazásával négy lehetséges mérési modellt vizsgáltunk. Ezek közül kettő a kérdőív alszkáláit elsőrendű faktorokként kezelte (1. és 3. modell), kettő pedig a négyfaktoros megoldást egy általános, másodrendű intuitív étkezési faktorról együtt tesztelte (2. és 4. modell; lásd a 3.3.-1. táblázatot). A modellek közül a harmadik és a negyedik megengedte a hibakovarianciát három darab itempár között, amelyet az itempárok tagjai szóhasználatában látható nagyfokú hasonlóság indokolt (az UPE alszkálán a *„Ha megkívánok egy bizonyos ételt, akkor megengedem magamnak, hogy egyek belőle.”* és *„Megengedem magamnak, hogy abból az ételből egyek, amire éppen vágyom.”*; az EPR alszkálán az *„Unalmamban NEM kezdek el enni csak azért, hogy éppen legyen mit csinálnom”* és az *„Amikor magányos vagyok, akkor NEM eszem csak azért, hogy jobban érezzem magam.”*; és az RHSC alszkálán az *„A teltségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor hagyjam abba az evést.”*, és a *„M megbízom a testem jelzéseiben arra vonatkozóan, hogy mikor kell abbahagynom az evést.”* tételek között). Az illeszkedési mutatók alapján úgy találtuk, hogy azon négy elsőrendű faktoros megoldás volt a legjobb reprezentációja az általunk gyűjtött adatoknak, amely lehetővé tette a tételek közötti hibakovarianciát (3. modell, lásd a 3.3.-1. táblázatot). A 3.3.-2. táblázat bemutatja az IES-2 alszkáláit a hozzájuk tartozó tételekkel és a CFA elemzésből eredő faktortöltésekkel.

**3.3-1. táblázat** Az Intuitív Étkezés Skála 2. négy vizsgált modelljének illeszkedési mutatói.

Modellek	$\chi^2$ (df)	CFI	TLI	RMSEA (90% CI)	SRMR
1. modell 4 elsőrendű faktor	1135,2* (224)	0,873	0,857	0,075 (0,071-0,080)	0,067
2. modell 4 elsőrendű faktor egy általános IES-2 másodrendű faktoral	1239,0* (226)	0,859	0,842	0,079 (0,075-0,083)	0,095
<b>1. modell 4 elsőrendű faktor itemek közötti hibakovarianciák megengedésével<sup>a</sup></b>	<b>644,5* (221)</b>	<b>0,941</b>	<b>0,933</b>	<b>0,052 (0,047-0,056)</b>	<b>0,061</b>
4. modell 4 elsőrendű faktor egy általános IES-2 másodrendű faktoral, itemek közötti hibakovarianciák megengedésével <sup>a</sup>	788,4* (223)	0,921	0,911	0,059 (0,055-0,064)	0,093

**Megjegyzés.**  $N = 718$ .  $df$  = szabadságfok;  $TLI$  = Tucker-Lewis illeszkedési mutató;  $CFI$  = komparatív illeszkedési mutató;  $RMSEA$  = megközelítési négyzetes középérték hiba illeszkedési mutató;  $CI$  = konfidenciaintervallum;  $SRMR$  = standardized root mean square residual illeszkedési mutató; IES-2 = Intuitív Étkezés Skála 2.

<sup>a</sup> A modell megengedte a következő itempárok közti hibakovarianciát: „Ha megkívánok egy bizonyos ételt, akkor megengedem magamnak, hogy egyek belőle.” és „Megengedem magamnak, hogy abból az ételből egyek, amire éppen vágyom.” között az Evés Feltétel Nélküli Megengedése faktoron; „Unalmamban NEM kezdek el enni csak azért, hogy éppen legyen mit csinálnom” és „Amikor magányos vagyok, akkor NEM eszem csak azért, hogy jobban érezzem magam.” között az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz faktoron; és végül a „A teltségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor hagyjam abba az evést.”, és a „Megbízom a testem jelzéseiben arra vonatkozóan, hogy mikor kell abbahagynom az evést.” itemek között az Éhség és a Telítettség Érzeteire Való Hagyatkozás faktoron.

\*  $p < 0,001$ .

A félkövérrel kiemelt modell mutatta a legjobb illeszkedést az adatokra.

**3.3-2. táblázat** Az *Inuitív Étkezés Skála 2.* négy elsőrendű faktoros modellt eredményező megerősítő faktorelemzésének leíró statisztikái, Cronbach- $\alpha$  mutatói, és faktortöltései.

	Az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE)	Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR)	Az Éhség és a Telítettség Érzeteire való Hagyatkozás (RHSC)	Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC)
1. Igyekszem kerülni azokat az élelmiszereket, amelyeknek magas a zsír-, a szénhidrát- vagy a kalóriatartalma. <sup>F</sup>	0,738			
2. Megtiltottam magamnak bizonyos élelmiszerek fogyasztását. <sup>F</sup>	0,738			
3. Haragszok magamra, amikor egészségtelen ételt eszem. <sup>F</sup>	0,586			
4. Ha megkívánok egy bizonyos ételt, akkor megengedem magamnak, hogy egyek belőle.	0,647			
5. Megengedem magamnak, hogy abból az ételből egyek, amire éppen vágyom.	0,690			
6. NEM követek étkezési szabályokat vagy fogyókúrás előírásokat, amik megmondanák, hogy mit, mikor és/vagy mennyit egyek.	0,664			
7. Amikor elöntenek az érzelmek (pl. ideges, lehangolt vagy szomorú vagyok), azon kapom magam, hogy eszek, még akkor is, ha nem is vagyok éhes. <sup>F</sup>		0,890		
8. Amikor magányosnak érzem magam, van, hogy azon kapom magam, hogy eszek, még akkor is, ha nem is vagyok éhes. <sup>F</sup>		0,851		
9. Evéssel próbálom csillapítani a negatív érzéseimet. <sup>F</sup>		0,889		

10. Amikor stresszelek valami miatt, azon kapom magam, hogy eszek, akkor is, ha nem is vagyok éhes. <sup>F</sup>	0,834
11. Meg tudok birkózni a negatív érzéseimmel (pl. idegesség, szomorúság) anélkül, hogy az evésbe menekülnék.	0,559
12. Unalmamban NEM kezdek el enni csak azért, hogy éppen legyen mit csinálnom.	0,429
13. Amikor magányos vagyok, akkor nem eszem csak azért, hogy jobban érezzem magam.	0,607
14. Az evésen kívül más módokat is találok a stresszel vagy a szorongással való megküzdésre.	0,551
15. Bízom benne, hogy a testen jelzi számomra, hogy mikor kell ennem.	0,792
16. Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mit egyek.	0,664
17. Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mennyit kell ennem.	0,843
18. Az éhségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor egyek.	0,637
19. A teltségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor hagyjam abba az evést.	0,546
20. Megbízom a testem jelzéseiben arra vonatkozóan, hogy mikor kell abbahagynom az evést.	0,700
21. Többnyire egészséges élelmiszereket kívánok fogyasztani.	0,764
22. Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek elősegítik a szervezetem jó működését.	0,945
23. Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek energiát és megfelelő	0,774

állóképességet biztosítanak a szervezetemnek.

<b>Átlag (szórás)</b>	3,59 (0,94)	3,85 (0,91)	3,80 (0,84)	3,66 (0,87)
<b>Cronbach-<math>\alpha</math></b>	0,84	0,89	0,86	0,86

---

**Megjegyzés.**  $N = 718$ . Standardizált faktortöltések. Az 1-3. és a 7-10. tételek kódolása az elemzés előtt megfordításra került. Minden feltüntetett faktortöltés legalább  $p < 0,01$  szinten szignifikáns.

<sup>F</sup>Fordított tétel.

### 3.3.3.2. Korrelációk az IES-2 alskálái és a validáló konstruktumok között

A faktorstruktúra ellenőrzését követően az IES-2 alskálák interkorrelációit vettük szemügyre, nemenkénti bontásban (lásd az 5. Kiegészítő táblázatot a Mellékletekben). Összességében az IES-2 faktorainak többsége szignifikáns pozitív korrelációkat mutatott, amelyek gyenge vagy közepes erősségűek voltak ( $r = 0,19 - 0,52, p < 0,05$ ). Kivételt képezett az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE) és a Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC) alskálák közötti kapcsolat, amelyek mindkét nem esetében negatívan korreláltak egymással (férfiak:  $r = -0,33, p < 0,05$ , nők:  $-0,41, p < 0,05$ ), valamint az Éhség és a Telítettség Érzeteire való Hagyatkozás (RHSC) és a BFCC alskálák asszociációja, amely a férfi résztvevők esetében nem volt szignifikáns ( $r = 0,12, p \geq 0,05$ ).

Az IES-2 skála faktorainak konstruktum-érvényességét tovább vizsgáltuk az egyes alskálák szignifikáns prediktor változóinak megállapításával. Két CFA kovariánsokkal elemzést végeztünk aszerint, hogy a magyarázó változók a különféle evési stílusokhoz, vagy a mögöttes motivációs tényezőkhöz voltak sorolhatók. A kapott regressziós együtthatók a 3.3-3. és a 3.3-4. táblázatban láthatók.

Korábbi kutatások eredményeire támaszkodva azt vártuk, hogy a BMI és az IES-2 alskálák között fordított lesz a kapott összefüggés, illetve, hogy a férfi résztvevők szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el az intuitív étkezés terén. Amikor a különböző evési stílusokat leíró validáló változókat vontuk be az elemzésbe, a BMI nem mutatott szignifikáns kapcsolatot az IES-2 egyik alskálájával sem. Ezzel szemben, amikor csak a motivációs tényezők szerepeltek a prediktorok között (az életkor és a nem kontrollálása mellett), akkor a BMI mind a négy faktorról szignifikáns negatív kapcsolatot mutatott (3.3-4. táblázat). A nem gyenge, fordított összefüggést mutatott az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR) faktorról (vagyis a nők értek el alacsonyabb pontszámot ezen az alskálán). Ugyanakkor ez az összefüggés nem volt szignifikáns a validáló változók első csoportjában, amely az Érzelmi Evés alskálát is tartalmazta (3.3-3. táblázat).

Míg a korábbi kutatási eredmények alapján az intuitív étkezés, valamint a fogyókúrás, a kognitív korlátozás, a kontrollálatlan evés, az érzelmi evés, a vékonyság ideáljának internalizálása, és az egészséges táplálkozás kontrollált szabályozása és amotivációja között negatív kapcsolat volt várható, az autonóm motivációval és a jelentudatos evéssel pozitív összefüggéseket vártunk. Az

eredményeink szerint míg a jelenlegi diétázás negatívan kapcsolódott az UPE, és pozitívan a BFCC faktorokhoz, a Kontrollálatlan Evés többnyire nem mutatott összefüggést az IES-2 faktorokkal. Emellett a Kognitív Korlátozás és az Érzelmi Evés szignifikáns összefüggést mutatott bizonyos alsókálakkal, többnyire a várt irányokban. A korlátozó evési stílus közepes erősséggel és fordítottan kapcsolódott az UPE faktorhoz, és pozitívan az egészséges étkezési gyakorlatot leíró BFCC tételekhez. Ugyanezen validáló változó és az RHSC alsókála között szintén gyenge, negatív összefüggést találtunk. Az Érzelmi Evés a legmarkánsabb összefüggést az EPR alsókálával mutatta, negatív irányban.

A jelentudatos evés különböző aspektusait mérő faktorok többsége nem állt kapcsolatban az intuitív étkezéssel. Kivételt képeztek a MES Elfogadás és Tudatos Figyelem alsókálái, amelyek gyenge pozitív kapcsolatot mutattak az IES-2 faktorokkal.

Az egészséges táplálkozási motiváció alapjául szolgáló autonóm és kontrollált típusú szabályozási folyamatok egyaránt szignifikáns negatív előrejelzői voltak az Evés Feltétel Nélküli Megengedésének (UPE). Emellett, míg az egészséges táplálkozás autonóm motivációja pozitív kapcsolatban állt az éhség és telítettség jeleire való támaszkodással (RHSC) és a Test és az Ételválasztás Közötti Kongruenciával (BFCC), addig a kontrollált motiváció gyenge és negatív kapcsolatot mutatott az RHSC alsókálával. Az Amotiváció a legmarkánsabb, de még mindig gyenge pozitív összefüggést az evés megengedését leíró, UPE alsókálával mutatta az IES-2 alsókálák közül (lásd 3.3-4. táblázat).

Azon résztvevők, akik a vékony testideál magasabb szintű internalizációjáról számoltak be, általában alacsonyabb pontszámot értek el az IES-2 összes alsókáláján, a várakozásoknak megfelelően. Ezek az összefüggések statisztikailag szignifikánsak voltak (3.3-4. táblázat).

A nemek összevetésében a férfiak közepes hatásmérettel magasabb pontszámot értek el az érzelmi evés elkerülésére vonatkozó EPR alsókálán ( $t = 6,26$ ,  $p < 0,001$ , Cohen- $d = 0,56$ ) a nőkhöz képest. A skála többi faktorát illetően nem rajzolódott ki statisztikailag szignifikáns eltérés a nemek között. ANOVÁ-t alkalmazva a BMI csoportok közötti összehasonlításhoz szignifikáns különbség mutatkozott az UPE, EPR és RHSC faktorok esetében (a részletes eredmények a 3.3-5. táblázatban láthatók). A *post hoc* páronkénti összehasonlítások azt mutatták, hogy mindhárom BMI csoport az evés megengedésére vonatkozó UPE faktor pontszámai szignifikánsan különböznek



egymástól: míg az alultáplált csoportba tartozók érték el az alskálán a legmagasabb, addig a túlsúlyos vagy elhízott BMI csoportba tartozók a legalacsonyabb pontszámot. A túlsúlyos/elhízott csoport szintén szignifikánsan alacsonyabb pontszámot ért el az EPR és az RHSC faktorok tekintetében, mint az alultáplált, vagy a normál testtömegű BMI kategória tagjai, ugyanakkor az utóbbi két csoport pontszámai nem különböztek szignifikánsan.

**3.3-3. táblázat** Az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2) és az evési stílusokat magában foglaló validáló változók csoportja közti összefüggések: a megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal analízis eredményei.

<b>Kimeneti változók: Intuitív Étkezés Skála 2 faktorai</b>				
<b>Prediktor változók</b>	<b>Az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE)</b>	<b>Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR)</b>	<b>Éhség és a Telítettség Érzeteire Való Hagyatkozás (RHSC)</b>	<b>Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC)</b>
<b>Életkor</b>	-0,02	0,01	-0,05	0,00
<b>Nem</b>	<b>0,08</b>	-0,03	<b>0,08</b>	-0,04
<b>BMI</b>	0,04	-0,03	-0,02	-0,11
<b>Jelenlegi diétázás</b>	<b>-0,21</b>	0,01	-0,02	<b>0,20</b>
<b>Diétázás az elmúlt évben</b>	<b>-0,11</b>	-0,03	-0,04	0,05
<b>Kontrollálatlan Evés (TFEQ-R21)</b>	<b>0,09</b>	0,00	-0,09	-0,08
<b>Kognitív Korlátozás (TFEQ-R21)</b>	<b>-0,62</b>	0,05	<b>-0,16</b>	<b>0,40</b>
<b>Érzelmi Evés (TFEQ-R21)</b>	-0,05	<b>-0,86</b>	<b>-0,20</b>	<b>-0,09</b>
<b>Elfogadás (MES)</b>	<b>0,17</b>	<b>0,08</b>	<b>0,23</b>	<b>0,27</b>
<b>Tudatos Figyelem (MES)</b>	<b>0,07</b>	0,01	<b>0,23</b>	<b>0,18</b>
<b>Nem-Reaktivitás (MES)</b>	<b>0,09</b>	0,02	0,05	-0,08
<b>Megszokás (MES)</b>	0,05	0,00	0,02	-0,06
<b>Tudatos Cselekvés (MES)</b>	<b>-0,10</b>	0,05	-0,02	0,00
<b>Strukturálatlan Étkezés (MES)</b>	-0,01	0,02	0,02	-0,02
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0,82</b>	<b>0,84</b>	<b>0,38</b>	<b>0,30</b>

**Megjegyzés.**  $N = 705$ . Standardizált regressziós együtthatók. Az IES-2. faktorai látens változókként szerepelnek az elemzésben. *Nem kódolása:* 0 = férfi, 1 = nő. *A jelenlegi, illetve az előző évi diétázás kódolása:* 0 = nem diétázik/diétázott, 1 = diétázik/diétázott.

*BMI* = testtömegindex; *TFEQ-R21* = Háromfaktoros Evési Kérdőív; *MES* = Jelentudatos Evés Skála. A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

**3.3-4. táblázat** Az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2) és a motivációs tényezőket magában foglaló validáló változók csoportja közti összefüggések: a megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal analízis eredményei.

Prediktor változók	Kimeneti változók: Intuitív Étkezés Skála 2 faktorai			
	Az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE)	Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR)	Éhség és a Telítettség Érzeteire Való Hagyatkozás (RHSC)	Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC)
Életkor	<b>-0,11</b>	0,06	-0,04	<b>0,09</b>
Nem	0,01	<b>-0,23</b>	-0,03	-0,05
BMI	<b>-0,11</b>	<b>-0,26</b>	<b>-0,19</b>	<b>-0,07</b>
Amotiváció az egészséges táplálkozásra (MHES)	<b>0,15</b>	<b>-0,09</b>	-0,04	-0,05
Kontrollált motiváció az egészséges táplálkozásra <sup>a</sup> (MHES)	<b>-0,11</b>	-0,07	<b>-0,10</b>	0,03
Autonóm motiváció az egészséges táplálkozásra <sup>b</sup> (MHES)	<b>-0,27</b>	0,07	<b>0,24</b>	<b>0,63</b>
A karcsúság ideáljának internalizálása (SATAQ-4)	<b>-0,33</b>	<b>-0,18</b>	<b>-0,30</b>	<b>-0,20</b>
Izmos/atletikus testalkat ideáljának internalizálása (SATAQ-4)	-0,02	0,02	-0,07	0,07
	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0,48</b>	<b>0,17</b>	<b>0,18</b>
		<b>0,49</b>		

**Megjegyzés.**  $N = 686$ . Standardizált regressziós együtthatók. Az IES-2. faktorai látens változókként szerepelnek az elemzésben. Nem kódolása: 0 = férfi, 1 = nő. MHES = Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála; SATAQ-4 = Megjelenéssel kapcsolatos Szociokulturális Attitűdök Kérdőív 4.

<sup>a</sup>A kontrollált motiváció az egészséges táplálkozásra az MHES Introjektált- és Külső Szabályozás faktorait foglalja magában.

<sup>b</sup>Az autonóm motiváció az egészséges táplálkozásra az MHES Integrált- és Identifikált Szabályozás, valamint az Intrinzik Motiváció faktorait foglalja magában.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

**3.3-5. táblázat** Az Intuitív Étkezés Skála 2. alskálán elért pontszámok testtömegindex csoportok szerinti összevetése varianciaanalízissel és post hoc elemzéssel.

	Alultáplált BMI <18,5 n = 95		Normál testalkat BMI = 18,5-24,9 n = 496		Túlsúly / elhízás BMI > 25 n = 126		F (2,714)	p	$\eta^2$
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás			
<b>Az Evés Feltétel Nélküli Megengedése</b>	4,04 <sup>a</sup>	0,89	3,62 <sup>b</sup>	0,91	3,18 <sup>c</sup>	0,95	24,7	<0,001	0,06
<b>Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz</b>	4,07 <sup>a</sup>	0,74	3,87 <sup>a</sup>	0,88	3,58 <sup>b</sup>	1,10	8,81	<0,001	0,02
<b>Éhség és a Telítettség Érzeteire Való Hagyatkozás</b>	3,94 <sup>a</sup>	0,82	3,86 <sup>a</sup>	0,83	3,54 <sup>b</sup>	0,79	14,4	<0,001	0,04
<b>Test és Étélválasztás Közötti Kongruencia</b>	3,58 <sup>a</sup>	0,93	3,71 <sup>a</sup>	0,86	3,53 <sup>a</sup>	0,83	2,90	0,056	0,01

*Megjegyzés.* n = elemszám; BMI = testtömegindex. Azok az azonos sorban szereplő átlagok melyek felső indexében szereplő betűk eltérnek, szignifikánsan különböznek egymástól p < 0,05-ös szignifikanciaszinten.

### 3.3.4. Megbeszélés

A jelen vizsgálat egyik célja a legszélesebb körben vizsgált adaptív evési magatartás, az intuitív étkezés mérésére létrehozott IES-2 mérőeszköz (Tylka és Kroon Van Diest, 2013) magyar nyelvű adaptációja, és ennek pszichometriai vizsgálata volt. Emellett a kutatással rá kívántunk világítani a különböző adaptív evési stílusok (ti. jelentudatos evés, intuitív étkezés és az egészséges táplálkozás autonóm motivációja) kapcsolati viszonyaira, illetve az intuitív étkezés bizonyos maladaptív evési magatartásokkal való összefüggéseire.

A konfirmatív faktorelemzés eredményeként kapott elfogadható illeszkedési mutatók alátámasztották az IES-2 eredeti négy faktorának jelenlétét a vizsgált, magyar egyetemi hallgatókból álló kényelmi minta adatain három, egyenként azonos alskálán helyet kapó tételpár közti hibakovariancia megengedését követően, amelyet az egyes

itemek hasonló megfogalmazása indokolt. Globális, másodrendű intuitív étkezés faktor azonban a jelen vizsgálatban nem volt azonosítható. A mérőeszköz minden alskálájának belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult. Ezek alapján az IES-2 ezen adaptációja jól alkalmazható eszköze lehet az intuitív étkezés mérésének a magyar egyetemi hallgatók körében.

Míg több korábbi tanulmányban is arról számoltak be, hogy a férfiak szignifikánsan magasabb intuitív étkezés pontszámot értek el, mint a nők, jelen mintában az egyetlen ilyen irányú markáns különbség az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR) faktoron volt megfigyelhető, hasonlóan E. Carbonneau és munkatársai (2016) eredményeihez. A korábban leírt jelenséget, miszerint a nőkre általánosságban nagyobb mértékben jellemző az érzelmi evés (de Lauzon és mtsai., 2004), a mi eredményeink is alátámasztják, ugyanis az EPR alskála az érzelmi evés változóval nagyon szoros negatív irányú összefüggést mutatott.

Ami a BMI-vel leírt testméret és az IES-2 összetevői közötti kapcsolatot illeti, a különböző BMI csoportok kis- és közepes mértékben, szignifikánsan különböztek az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE), az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR) és az Éhség és a Telítettség Érzeteire való Hagyatkozás (RHSC) alskálák tekintetében. Egyrészt az egyre vékonyabb testalkatú résztvevők mind megengedőbbnek bizonyultak az étkezésüket illetően. Másrészt az elemzés azt is feltárta, hogy a túlsúllyal és elhízással élő résztvevők kevésbé kerülnek el az érzelmekre válaszként adott evést, és kevésbé támaszkodnak a testük éhség és jóllakottság jelzéseire az étkezések idejének, mikéntjének és az étel mennyiségének meghatározásában is az alultáplált és a normál BMI csoportok tagjaihoz képest. Ezek az eredmények megerősítik az intuitív étkezés konstruktum-érvényességét, és egyben rámutatnak arra is, hogy a túlsúlyos és elhízott testalkattal élő fiatal felnőtt egyetemisták étkezési szokásai függetlenek lehetnek a szervezetük önszabályozó rendszerétől és annak jelzéseitől, ami akár pszichoszociális intervenciót is igényelhet. Az ok-okozati összefüggés iránya azonban ezen keresztmetszeti vizsgálat eredményei alapján nem állapítható meg.

Az IES-2 alskáláinak kapcsolata pozitív és szignifikáns volt a legtöbb esetben mind a férfiak, mind a nők körében. Ez alól kivételt az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE) és a Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC) skálák képeztek, amelyek negatívan kapcsolódtak egymáshoz. Ez az eredmény nem példa

nélküli, mivel Tylka és Kroon Van Diest (2013), valamint Duarte és munkatársai (2016) is hasonló fordított összefüggésekről számoltak be e két faktor között mindkét nem esetében. Ez a megállapítás arra utal, hogy azok, akik odafigyelnek arra, hogy olyan ételleket fogyasszanak, amelyek egészségesek és a szervezet jó működését is szolgálják, általában véve inkább hajlamosak kontrollálni a táplálékbevitelüket. Az evési magatartásban alkalmazott megszorításoknak a szervezet szükségleteire reszponzív ételválasztással való kapcsolata összhangban áll a BFCC alszála, a jelenlegi fogyókúrás és a kognitív korlátozó evési stílus közötti szignifikáns pozitív kapcsolattal. Ezzel párhuzamba állíthatók azok a korábbi kutatási tapasztalatok, melyek szerint a TFEQ-R21 Kognitív Korlátozás alszálaán magasabb pontszámot elérő egyének valóban nagyobb valószínűséggel táplálkoztak egészségesen, bár nem feltétlenül fogyasztottak kevesebb kalóriát, mint azok, akik nem korlátozták tudatosan a bevitt kalóriamennyiséget vagy a táplálékok típusát (de Lauzon és mtsai., 2004; Goldstein és mtsai., 2013). Így feltételezhető, hogy a táplálkozásra vagy a testtömegre való odafigyelésnek bizonyos motivációs háttérelemei jelen lehetnek a BFCC alszála tételei között is. Ami a többi IES-2 alszálaát illeti, a jelenlegi és az elmúlt évben folytatott diétázás szignifikáns negatív előrejelzője volt az UPE alszálaának, a korlátozó evés pedig negatívan kapcsolódott az UPE és RHSC faktorokhoz, ami a várakozásainknak megfelelő eredmény. Ez az mutatja, hogy a diétázási szabályokat követő emberek valóban kevésbé megengedőek azzal szemben, hogy milyen ételleket fogyasztanak, és kevésbé is támaszkodnak a testük éhség és jóllakottság jelzéseire, az intuitív étkezés koncepciójának megfelelően.

A kontrollálatlan obezogén evési magatartás többnyire nem függött össze az IE összetevőivel, kivéve az Evés Feltétel Nélküli Megengedésével (UPE) mutatott igen gyenge kapcsolatát. Ez azt jelzi a számunkra, hogy az evés irányába mutatott megengedő attitűd nem feltétlenül jelent túlfogyasztást, ami megerősíti az UPE diszkrimináns érvényességét. Emellett, ugyan az EPR és az érzelmi evést mérő TFEQ-R21 alszála között valóban inverz kapcsolatot vártunk, az elemzésben kapott rendkívül szoros összefüggés arra enged következtetni, hogy az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (EPR) faktor csupán az érzelmi evés inverz mutatója. Emellett az érzelmi evés és az Éhség és a Telítettség Érzeteire való Hagyatkozás (RHSC) negatív kapcsolata azt jelenti, hogy azokra, akik figyelembe veszik a testük

jelzésit azt illetően, hogy mikor, mit és mennyit fogyasszanak, kevésbé jellemző az éhségérzet nélküli érzelmi indíttatású evés.

Bár a diétamentes szemléletet elősegítő két evési magatartást – vagyis az intuitív étkezést és a jelentudatos evést – többen is együtt taglalják a szakirodalomban (pl. Warren és mtsai., 2017), e konstruktumok kapcsolatának kvantitatív módszerekkel történő feltárása kevésbé került előtérbe ezidáig. A mi elemzésünkben IES-2 faktorai a Jelentudatos Evés Skála (MES) hat alszkalája közül kettővel, nevezetesen az Elfogadással és a Tudatos Figyelemmel szignifikáns gyenge pozitív összefüggést mutattak. A MES Elfogadás alszkalájának tételei az ételválasztás ítélezéstől mentes megközelítését, valamint az éhséggel összefüggő érzések elfogadását írják le, amelyek összhangban vannak az intuitív étkezés azon szemléletével, miszerint kerülendő az élelmiszerek jó vagy rossz kategóriákba való sorolása, és az éhség testi jelzéseit érdemes figyelembe venni és azokra megfelelően reagálni. Ezen felül a Tudatos Figyelem, az RHSC és a BFCC alszkalák közös aspektusa a megfigyelés, ami elengedhetetlen ahhoz, hogy az étel jellemzőit, vagy éppen az evéssel összefüggő testi érzeteket észrevegyük, és azoknak megfelelően tudjunk reagálni az étkezés folyamán. Ezzel együtt a meglehetősen kicsi regressziós együtthatók és az IES-2 faktorainak a MES fennmaradó négy alszkalájával való összefüggés hiánya arra utalhat, hogy a jelentudatos evés és az intuitív étkezés egymástól alapvetően elkülönülő konstruktumok. Ugyanakkor figyelembe kell venni ezen eredmény interpretációjakor, hogy a MES alszkalák belső reliabilitása csak e két előbb említett faktor, illetve a Tudatos Cselekvés alszkala esetében volt elfogadható. A másik három alfaktor esetében a Cronbach- $\alpha$  értékek alacsony szintű megbízhatóságra utaltak. Kerin és munkatársai (2019) az Intuitív Étkezés Kérdőív első változatát használva annak faktorai és a MES alszkalái között szorosabb, faktorpártól függően kis- és közepes hatásméretű összefüggéseket találtak felnőtt nők mintáján. Ugyanakkor a jelentudatos evést a MEQ kérdőívvel mérve Anderson és munkatársai (2016) nem találtak összefüggést az intuitív étkezés és az éber figyelemmel történő evési gyakorlat között.

Megvizsgáltuk továbbá az intuitív étkezés viszonyát az olyan, motivációs komponensű változókhoz is, mint amilyen az egészséges táplálkozás motivációjának különböző szabályozási stílusai, és a karcúság ideáljának internalizálása. Azok a résztvevők, akik bevallásuk szerint örömet lelnek az egészséges ételek elkészítésében és valóban nagyra értékelik az egészséges táplálkozást (azaz autonóm módon

motiváltak arra), a várakozásoknak megfelelően magasabb pontszámot értek el az Éhség és a Telítettség Érzeteire való Hagyatkozás (RHSC) és a Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC) alszállakon. Ugyanakkor mind az autonóm, mind a kontrollált egészséges táplálkozási szabályozási forma fordítottan, az amotiváció pedig pozitívan kapcsolódott az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE) faktorhoz. Ez arra utal, hogy az ételválasztás feletti bizonyos mértékű kontroll kívánatos mindazok körében, akik akár belső (pl. jó egészség, élvezet), akár külső (mások jóváhagyása, szégyenérzet elkerülése) okokból, de fontosnak tartják az egészséges táplálkozást. Azon személyek mutatták az egészséges táplálkozással szembeni amotiváció nagyobb mértékét, akikre a megengedés is jellemzőbb volt az ételválasztásban. Ez utóbbi ugyanakkor az intuitív étkezés koncepciója szerint egy kívánatos attitűd. Emellett a motiváció autonóm és kontrollált formái eltérően kapcsolódtak az RHSC alszállához. Ezek a tendenciák hasonlóak ahhoz, amiről N. Carbonneau és munkatársai is írnak tanulmányukban (2015).

Az IES-2 konstruktumvaliditását megerősítve, azok a résztvevők, akik inkább azonosultak a karcsúság ideáljával, alacsonyabb pontszámot értek el az intuitív étkezés alszálláin – ahogyan ez várható volt a korábbi kutatási eredmények alapján (Dockendorff és mtsai., 2012; Tylka, 2006; Tylka és Kroon Van Diest, 2013).

#### **3.3.4.1. A vizsgálat limitációi**

Az eredmények diszkutálása után fel kell hívni az Olvasó figyelmét a jelen kutatással kapcsolatos néhány fontos limitációra is. Először is, a keresztmetszeti elrendezés nem teszi lehetővé, hogy következtetéseket tegyünk a vizsgált változók kapcsolatának kauzalitását illetően. Másodsor, az egyetemista populáció és a kényelmi mintavétel alkalmazása korlátokat szab az eredmények általánosíthatóságának. Így mindenképp érdemes lenne megvizsgálni az IES-2 érvényességét és belső, valamint idői megbízhatóságát egy több korcsoportot magában foglaló, reprezentatív felnőtt mintán is, mivel az egyetemre járó diákok étkezési szokásai nagyban eltérhetnek például a saját családdal rendelkező aktív munkavállalóktól. Emellett hasznos lenne több férfi résztvevőt bevonni a vizsgálati mintába a nemek arányosabb megoszlása érdekében. Harmadszor az objektív méréseken alapuló BMI számítás kizárhatná az önbevallásra jellemző megfelelési torzítást. Ezek mellett a kutatásunk több olyan kérdőívet



tartalmazott, amelyek pszichometriai vizsgálata még várat magára, és a jelentudatos evés kérdőívek segítségével történő operacionalizálhatósága még tisztázásra vár.

### 3.4. VIZSGÁLAT 4.

#### **Az anyai adaptív táplálkozás, valamint a táplálási stílus összefüggése az óvodáskorú gyermekek táplálkozási magatartásának alakulásával**

Ebben a kutatásban arra kerestük a választ, hogy vajon a kisgyermekes anyák egészséges táplálkozási motivációinak egyes forrásai jelentős összefüggést mutatnak-e az általuk alkalmazott táplálási stílusokkal, illetve arra, hogy a táplálkozás ezen önszabályozási formáinak milyen mértékű az asszociációja az olyan személyes jellemzőkkel, mint amilyen az önegyüttértés, valamint a saját testtel és étkezéssel kapcsolatos elégedetlenség. Mindez ugyanis feltételezéseink szerint szignifikáns kapcsolatot mutat az óvodáskorú gyermekek táplálkozási magatartásaival.

Amint arra a korábbiakban már utaltunk, Rodgers és munkatársai (2013) prospektív vizsgálatából kiderült, hogy a korlátozó gyermektáplálási gyakorlat előrejelezheti az érzelmi evést, és a túlevésre való hajlamot is a gyermekek körében. A korlátozó táplálás és a gyermek testtömege együttjárásának pozitív irányát pedig Ruzicka és munkatársai (2021) metaanalízise támasztotta alá, kis hatásméret mellett. A kontrolláló táplálási erőfeszítésekkel ellentétben az egészséges táplálkozás szülői példamutatásának viszont jótékony hatása van a gyermekek étrendjére (pl. több gyümölcs- és zöldségfogyasztás, kevesebb cukros üdítőital és nassolnivaló fogyasztása; Wind és mtsai., 2006), amit egy metaelemzésben úgy találtak, hogy 31 tanulmányból 28 eredménye is megerősített (Yee és mtsai., 2017). Ugyanakkor a gyermekek esetében az egészséges táplálkozást vizsgáló tanulmányokban a szerző tudomása szerint egyelőre nemigen tekintettek az étrenden túl az adaptív evési magatartásformákra, így azokra többnyire indirekten, a nemkívánatos evési magatartások hiányából következtethetünk. Ilyen gyermekkori maladaptív evési stílus lehet például a már az említésre került túlevésre való hajlam és válogatosság egyaránt. Az előbbi evési magatartás tulajdonképpen a túlevésnek a kisgyermekkorú megfelelője, ami a túlsúly és az elhízás kialakulásának megnövekedett esélyével (P. W. Jansen és mtsai., 2012; H. A. Lee és mtsai., 2011), a gyorsabb evési sebességgel, a megnövekedett energiabevittel és a zöldségek alacsonyabb preferenciájával jár együtt óvodások körében (Carnell és Wardle, 2007; Russell és Worsley, 2016). A válogatós evés ezzel szemben a kevésbé változatos étrend fogyasztásával jár – amely bár nem feltétlenül jelent kevesebb energiabevitelt, viszont az esetek többségében jelentősen lecsökkent és az ajánlottól

elmarad a válogatós gyermekek zöldség- és gyümölcsfogyasztása, valamint a válogatósság a különféle ételcsoportok (húsok, gabonafélék, zöldségek, gyümölcsök, tejtermékek és egyéb ételféleségek) szignifikánsan alacsonyabb kedveltségét is előre jelzi (Russell és Worsley, 2016; C. M. Taylor és mtsai., 2015).

### **3.4.1. Célkitűzés**

A kutatás fő célkitűzése tehát annak a vizsgálata volt, hogy vajon eltérő előrejelző szereppel bírnak-e az óvodáskorú gyermekek anyukái körében az egészséges táplálkozási motiváció kontrollált és autonóm szabályozási formái a gyermekek számára egészséges táplálkozást modelláló, valamint a korlátozó táplálási gyakorlatok tekintetében. Emellett kíváncsiak voltunk arra is, hogy a táplálási gyakorlatok összefüggést mutatnak-e a gyermek túlevési hajlamára utaló és a válogatós evési magatartásokkal, illetve az anya részéről az önegyüttérzés és a „fat talk” mértéke szignifikáns kapcsolatban áll-e az anya egészséges táplálkozási motivációjának forrásával. Hipotézisünk szerint ezen változók feltételezett kapcsolatrendszerében az autonóm egészséges táplálkozási motiváció pozitív előrejelzője az anya önegyüttérzésének a mértéke lesz, míg az anya autonóm egészséges táplálkozási motivációja a gyermekek evése szempontjából kívánatos szülői modelláló táplálással mutat pozitív összefüggést. Ezzel párhuzamosan a kontrollált egészséges táplálkozási motivációt azonos irányban a saját testről tett negatív kommentek jelzik előre, amely kontrollált motiváció a gyermek evési magatartása szempontjából kevésbé kívánatos nyílt korlátozó táplálás pozitív, szignifikáns determinánsa lesz. A korábbi kutatások eredményeinek megfelelően továbbá feltételeztük, hogy a modelláló táplálás fordított, míg a nyílt korlátozás pozitív összefüggést mutat a gyermekek válogatósságával és túlevési hajlamával.

### **3.4.2. Módszer**

A kutatási kérdés vizsgálatára keresztmetszeti elrendezésben, kényelmi mintavétel alkalmazásával került sor.

### 3.4-1. táblázat A minta leíró adatai.

	n (%)	Terjedelem	Átlag (Szórás)
<b>Anya életkora (év)</b>		21 – 52	35,9 (4,97)
<b>Anya BMI-kategória</b>		15,7 – 47,4	25,3 (5,29)
- Alultápláltság	23 (3,6)		
- Normál testtömeg	339 (53,6)		
- Túlsúly	163 (25,8)		
- Elhízás	107 (16,9)		
<b>Anya legmagasabb iskolai végzettsége</b>			
- Általános iskola	14 (2,2)		
- Középiskola	157 (24,8)		
- Főiskola	226 (35,8)		
- Egyetem	204 (32,3)		
- Posztgraduális képzés	31 (4,9)		
<b>Anya állandó lakhelye</b>			
- Főváros	164 (25,9)		
- Vidéki város	316 (50,0)		
- Község/falu	152 (24,1)		
<b>Gyermek neme</b>			
- Fiú	319 (50,5)		
- Lány	313 (49,5)		
<b>Gyermek életkora (év)</b>		3,0 – 6,97	4,8 (1,06)
<b>Gyermek BMI-kategória<sup>a</sup></b>			
- Alultápláltság	128 (20,3)		
- Normál testtömeg	431 (68,2)		
- Túlsúly	55 (8,7)		
- Elhízás	18 (2,8)		

**Megjegyzés.** N = 632. BMI = testtömegindex.

<sup>a</sup>A gyermekek BMI-kategória szerinti besorolása nemnek és féléves övezetekben az életkornak megfelelően, magyar reprezentatív mintán megállapított határértékek szerint történt (Zsákai és mtsai., 2007).

#### 3.4.2.1. Vizsgálati személyek

A minta óvodáskorú (3 és 7 éves kor közötti) gyermekek anyáiból tevődött össze. A kutatásban való részvétel feltétele az anya részéről a 18. betöltött életév volt,

illetve rendelkezniük kellett legalább egy, 3,0 és 6,9 éves kor közötti gyermekkel. Összesen 1131 személy kattintott a kérdőívesomaghoz tartalmazó linkre, akik közül egy nem egyezett bele a kutatásban való részvételbe. Az adatelemzésből kizárásra kerültek továbbá azon 448 válaszadó adatai, akik nem feleltek a kérdések legalább 50%-ára, akik minden valószínűség szerint valótlan testtömeg és/vagy testmagasság adatokat adtak meg a gyermekükre vonatkozóan (6 fő), valamint annak a 45 kitöltőnek az adatai, akiknek a gyermeke 3 év alatti vagy 7 év feletti volt. Így az elemzéseket végül 632 fő válaszadó mintáján végeztük el. A minta részletes jellemzőit az 3.4-1. táblázat mutatja be.

#### **3.4.2.2. Eljárás**

A kutatás első lépéseként a magyarul még nem elérhető kérdőívek kerültek adaptálásra, amely folyamatban a Nemzetközi Tesztbizottság (Gregoire, 2018) és Borsa és munkatársai (2012) ajánlásait követtük. A mérőeszközöket egymástól függetlenül, két, angolul felsőfokon beszélő, témában jártas pszichológus fordította magyarra. A két magyar nyelvű verzió szakértői szintézise után a kérdőíveket magyar-angol nyelven fordító-tolmács végzettséggel rendelkező szakember fordította vissza angolra. Az eredeti, és a visszafordított angol nyelvű verziók összevetésre kerültek, amely folyamathoz két kérdőív, a Testre Vonatkozó Negatív Megjegyzések Skála és a Táplálási Gyakorlatok és Struktúra Kérdőív esetében az eredeti változat szerzői, Dr. Renee Engeln és Dr. Elena Jansen is hozzájárultak véleményezéssel. Ezen tapasztalatok alapján került a harmadik magyar verzió kialakításra, amelyeket a célpopulációból öt édesanya kitöltött és érthetőség szempontjából megvizsgált, majd írásos visszajelzésüket adták a kérdőívekről. Az adaptált kérdőívek végső, kutatásban felhasznált magyar változata ezek után került elfogadásra.

Az édesanyák toborzására online került sor. A kutatásban való részvételi lehetőségről szóló felhívás az elektronikus kérdőívesomagot tartalmazó linkkel együtt egyrészt kifejezetten kisgyermekes szülőket tömörítő közösségi oldalakon került megosztásra, másrészt a bárki számára elérhető nevelési közintézmények listáját használva óvodai intézményigazgatóknak, emellett pedig védőnők számára került kiküldésre, akiket a tájékoztató és vele együtt a link célcsoportnak való továbbítására kértünk. A kutatásban részvevő személyek a kérdőívkitöltést megelőzően írásos

tájékoztatást kaptak a vizsgálat céljairól és a részvétel feltételeiről. A kutatás alanyait biztosítottuk az önkéntes részvételi szándékról, a válaszaik anonimitásáról, és a kérdőívkitöltés megszakításának és visszavonásának lehetőségéről. A vizsgálati személyek ezek ismeretében nyilatkozhattak a kutatási részvételi szándékukról. A vizsgálati protokollt az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (etikai engedély száma: 2019/234).

### 3.4.2.3. MÉRŐESZKÖZÖK

Az *önegyüttérzés* mérésére az Önegyüttérzés Skálát, illetve annak rövidített változatát (Self-Compassion Scale – Short Form, SCS-SF) Neff dolgozta ki (2003). Az SCS magyar nyelvű adaptációja megfelelő pszichometriai jellemzőket mutatott korábbi kutatásokban (Sági és mtsai., 2013; Tóth-Király és mtsai., 2017). A 12 tételes kérdőív itemeire ötfokú Likert-skálát alkalmazva jelölhetik meg a kérdőívkitöltők válaszaikat (1 – szinte soha, 5 – szinte mindig). Az eredeti kérdőív bár alskálákra is bontható (Jelentudatosság, Túlzott Azonosulás, Önmagunkkal való Kedvesség, Önmagunk Elítélése, Közös Emberi Természet, és Izoláció), a rövid változat esetében az egyes alfaktorokhoz mindössze két-két tétel tartozik, így kutatásunkban kizárólag a főfaktorral dolgoztunk. A skálán elért magasabb pontszám a nagyobb mértékű önegyüttérzés mutatója.

Az ún. „*fat talk*” jelenségének, vagyis a saját testet becsmérő gyakori megjegyzések mérésére a Testre Vonatkozó Negatív Megjegyzések Skálát (Negative Body Talk Scale, NBTS) Engeln-Maddox és kollégái dolgozták ki (2012), kifejezetten nők részére. A skála 13 tétele két, az Aggályok (pl. „*Ez a ruha kövérít engem.*”) és az Összehasonlítás (pl. „*Az én testem miért nem lehet olyan, mint az övé?*”) elnevezésű faktorokba tömörül. Az alskálákon elért magasabb pontszám a saját testtel kapcsolatos aggálynak való gyakoribb hangadást, illetve a saját test másokéval való, lefelé irányban történő összehasonlításáról tett gyakoribb megjegyzések alkalmazását tükrözi. A kérdőív itemeire a válaszadók 7-fokú skálán jelölhetik meg, hogy barátaik vagy családtagjaik körében milyen gyakran tesznek olyan megjegyzéseket, melyek saját testükkel való elégedetlenségüket fejezik ki (1 – soha; 7 – mindig). A kérdőív jelen kutatás keretében került magyar nyelvre adaptálásra. Egy, az NBTS pszichometriai jellemzőit vizsgáló szakdolgozat eredményei szerint a mérőeszköz megfelelő megbízhatóságot (Cronbach- $\alpha$ : 0,90 és 0,91) és konstruktumvaliditást mutat a

kisgyermekes édesanyák 316 fős almintáján (Czirják, 2020). A kérdőív kidolgozását bemutató tanulmány szerint a skála mérsékelt idői (teszt-reteszt) reliabilitást mutatott ( $r = 0,74$ ; Engeln-Maddox és mtsai., 2012).

Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Kérdőív (Kato és mtsai., 2021; Román és mtsai., 2020), amelynek adaptációját és pszichometriai mutatóit jelen értekezés 3.2. alfejezete részletesen tárgyalja, szintén felvételre került a kérdőívcsomag részeként. Ezen kutatási beszámolóban a kérdőív *autonóm*, illetve *kontrollált egészséges táplálkozási motivációt* leíró alskálái kerültek felhasználásra.

Az anyák gyermekük *táplálásában alkalmazott gyakorlataik és stratégiáik* felmérésére két kérdőív szolgált. A kifejezetten óvodáskorú gyermekek csoportjára validált, 28 tételű Táplálási Gyakorlatok és Struktúra Kérdőív (Feeding Practices and Structure Questionnaire-28, FPSQ-28; E. Jansen és mtsai., 2016) a szülői táplálási és etetési kontextus hét tényezőjét méri fel: (1) Viselkedés Jutalmazása Étellel, (2) Evés Jutalmazása Étellel, (3) Nyílt Korlátozás, (4) Burkolt Korlátozás, (5) Győzködő Etetés, (6) Strukturált Étkezési Környezet, és (7) Strukturált Étkezési Időzítés, amelyeket kiegészítve egyetlen tétellel a családi étkezési környezet is felmérésre kerül. Ezen kutatási elemzéshez az alfaktorok közül a Nyílt Korlátozás került felhasználásra. A Nyílt Korlátozás alskála itemei a szülő azon igyekezetét írják körül, amikor (ez esetben az anya) szándékosan korlátozza gyermeke édesség, vagy egyéb, egészségtelen étel fogyasztását (pl. „*Biztosnak kell benne lennem, hogy a gyermekem nem eszik túl sok édes ételt [nyalókat, jégkrémet, tortát, vagy péksüteményt]*”). Ezzel szemben a Burkolt Korlátozás alskála tételei olyan kijelentéseket tartalmaznak, amelyek inkább elkerülő jellegű korlátozó stratégiákra utalnak (pl. „*Milyen gyakran fordul elő, hogy nem vesz meg olyan ételeket, amelyeket Ön szeretne, azért, mert nem szeretné, hogy a gyermeke egyen belőlük?*”). A kérdőívet kitöltők ötfokú Likert-típusú skálán jelölhetik meg, hogy mely válaszlehetőséggel értenek leginkább egyet (1 – nem értek egyet, 5 – egyetértek; vagy 1 – soha, 5 – mindig). Ezen alskálák 0,61 és 0,80 közötti Cronbach- $\alpha$  megbízhatósági értékeket mutattak az eredeti tanulmányban. Hosszmetszeti elrendezésben, kettő és öt éves kor között három időpontban mérve, az alskálák legalább részleges mérési invarianciát mutattak (E. Jansen és mtsai., 2016). A kérdőív magyar verziója szintén a jelen kutatás részeként került kialakításra, az eredeti szerzők bevonásával.

Az egészséges táplálkozás modellálásának, vagyis a *Példamutató Táplálás* mérésére az Átfogó Táplálási Szokások Kérdőív (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire, CFPQ; Musher-Eizenman és Holub, 2007) ezt a konstruktumot 3 tétellel mérő faktora (pl. „*Példát mutatok a gyermekemnek azzal, hogy én is egészséges ételeket eszek.*”) került kiválasztásra, amely szintén ötpontos Likert-skálát használ (1 – soha, 5 – mindig). Az alskálán elért magasabb pontszám az egészséges táplálkozásra vonatkozó példamutatás alkalmazásának nagyobb gyakoriságára utal. Az alskála megbízhatónak (Cronbach- $\alpha$  = 0,77 – 0,84) és validnak bizonyult az eredeti, pszichometriai jellemzőket leíró tanulmányokban a 1,5 és 8 éves kor közötti gyermekeket tápláló szülők esetében. Az alskálát kutatócsoportunk adaptálta magyar nyelvre.

A *gyermekek táplálkozási magatartásának* mérésére a Gyermek Táplálkozási Magatartás Kérdőívet alkalmaztuk (Child Eating Behavior Questionnaire, *CEBQ*; Wardle és mtsai., 2001), amelynek magyarra adaptált változatát e kutatás keretében készítettük el. A mérőeszköz nyolc alskálája a gyermekkorra jellemző evési stílusokat 35 tétellel vizsgálja: Túlevésre Való Hajlam, Érzelmi Túlevés, az Étel Élvezete, Ivás Iránti Vágy, Teltségérzetre Adott Reakció, Lassú Evés, Érzelmi Étvágytalanság és Válogatósság. Jelen tanulmányban a kérdőív Túlevésre Való Hajlamot (pl. „*A gyermekem folyton enni kér.*”) és Válogatósságot (pl. „*A gyermekem eleinte elutasítja az új ételeket.*”) mérő alskálái kerültek felhasználásra. Az egyes itemeket a gyermek táplálkozásával kapcsolatban a szülő értékeli ötfokú Likert-skálán (1 – soha, 5 – mindig). Az alskálákon elért magasabb pontszám a Lassú Evés, a Válogatósság és az Étel Élvezetével kapcsolatos problémák esetében az elégtelen táplálkozás, a Túlevésre Való Hajlam, az Érzelmi Túlevés és a Teltségérzetre Adott Reakcióval kapcsolatos problémák esetében pedig a túlfogyasztás mutatói. A mérőeszköz Teltségérzetre Adott Reakciót, Túlevésre Való Hajlamot és az Étel Élvezetét mérő faktorait Carnell és Wardle (2007) laboratóriumi viselkedéses tesztekkel is validálta. Az egyes alskálák Cronbach- $\alpha$  értékei az elfogadható 0,74 és a kiváló 0,91-es értékek között mozogtak a validációs vizsgálatban (Wardle és mtsai., 2001).

Az *anya BMI-értéke* az önbevalláson alapuló testmagasság- és testtömegadatok felhasználásával kerültek kiszámításra.

A *gyermek BMI-értékének* meghatározása, és ez alapján az alultáplált, normál testtömegű, illetve túlsúlyos vagy elhízott csoportok kialakítása a gyermek – szintén az édesanya által megadott – testmagassága (cm) és testtömege (kg) alapján történt. A



gyermekek nemének és fél éves életkori szakaszok szerinti testtömegkategóriáinak megállapításához egy korábbi, magyar gyermekekre reprezentatív mintát alkalmazó kutatás által meghatározott BMI-övezeteket használtuk fel (Zsákai és mtsai., 2007). A gyermek testtömegkategóriája dichotomizált változóként került bevonásra az elemzésbe: alultáplált vs. normál testtömegű, illetve túlsúlyos vagy elhízott vs. normál testtömegű vagy alultáplált csoportokként.

A *gyermek életkorának* pontos kiszámíthatósága érdekében a gyermekek születési dátumának megadására kértük az anyákat.

#### **3.4.2.4. Elemzés**

Az adatok statisztikai elemzéséhez az MPlus 8.0 és az SPSS 27-es szoftvereket használtuk. A fő hipotézis, vagyis a változók feltételezett kapcsolatrendszere a többváltozós lineáris regresszió-elemzés egy változatával, az ún. útvonalelemzéssel került tesztelésre robusztus (maximum likelihood – robust, MLR) becslési eljárással, strukturális egyenlet modellezés segítségével. Az útvonalelemzéshez teljesen szaturált modellt alkalmaztunk. A változók közti kapcsolatok mértéke és szignifikanciája standardizált béta együtthatókkal került megállapításra. A vizsgált változók mellett az anya életkorát és BMI értékét, a gyermek nemét, életkorát, valamint testtömegkategóriáját kontroll változókként léptettük be az elemzésbe. A változók közti kölcsönös, direkt kapcsolatokat Pearson-féle korrelációs elemzéssel, és a gyermekek testtömeg-kategóriái esetében esélyhányadosok számításával ellenőriztük. A skálákkal mért változók belső konzisztenciájának megállapításához Cronbach- $\alpha$  mutatót alkalmaztunk.

#### **3.4.3. Eredmények**

A vizsgált változók leíró statisztikáit a 3.4-2. táblázat mutatja be. A kérdőívvel mért változók többségének belső konzisztenciája megfelelő, a Nyílt korlátozó táplálás esetében azonban éppen csak elfogadható. A változók a normális eloszlástól minden esetben szignifikánsan eltérnek, így az útelemzés során a robusztus eljárás alkalmazása indokolt.

**3.4-2. táblázat** A vizsgált skálák leíró statisztikái, valamint Kolmogorov-Smirnov Z és Cronbach- $\alpha$  mutatói.

Változók	Terjedelem	Átlag (Szórás)	Kolmogorov- Smirnov Z	Cronbach- $\alpha$
Önegyüttérzés (SCS)	1 – 5	3,14 (0,65)	0,05*	0,85
Testre Vonatkozó Negatív Megjegyzések (NBTS)	1 – 7	2,65 (1,27)	0,11**	0,94
Autonóm egészséges táplálkozási motiváció (MHES)	1,33 – 6	4,64 (0,98)	0,08**	0,92
Kontrollált egészséges táplálkozási motiváció (MHES)	1 – 6	2,64 (1,00)	0,06**	0,79
Példamutató Táplálás (CFPQ)	1 – 5	3,83 (0,75)	0,15**	0,81
Nyílt Korlátozó Táplálás (FPSQ-28)	1 – 5	3,37 (0,91)	0,09**	0,61
Válogatósság (CEBQ)	1 – 5	2,89 (1,02)	0,08**	0,92
Túlevésre Való Hajlam (CEBQ)	1 – 4,80	1,94 (0,68)	0,13**	0,72

**Megjegyzés.**  $N = 511-632$ . SCS = Önegyüttérzés Skála; NBTS = Testre Vonatkozó Negatív Megjegyzések Skála; MHES = Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála; CFPQ = Átfogó Táplálási Szokások Kérdőív; FPSQ-28 = Táplálási Gyakorlatok és Struktúra Kérdőív; CEBQ = Gyermekek Táplálkozási Magatartás Kérdőív.

\*\*Az eredmény legalább  $p < 0,001$  szinten szignifikáns.

\* Az eredmény legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikáns.

A korrelációs elemzés során kapott együtthatók a 3.4-3. táblázatban láthatóak. Az itt található eredmények szerint a fiatalabb anyákra az önegyüttérzés magasabb szintje jellemző, és a magasabb önegyüttérzés alacsonyabb BMI értékkel, valamint kevesebb testre tett negatív megjegyzéssel is alacsony és közepes hatásméretű együttjárást mutat. Ezzel ellentétben azok, akik magasabb BMI értékkel rendelkeznek, többet panaszkodnak a külalakjukra, amelyet a vonatkozó változók közötti, pozitív irányú, mérsékelt hatásméretű kapcsolat mutat. Ugyanakkor az életkornak megfelelő

BMI-kategória szerinti besorolásban az alultáplált gyermekek kis mértékben kevesebb saját testre tett negatív megjegyzést hallanak az anyáktól. A kisgyermekes anyákra jellemző egészséges táplálkozás irányában mutatott autonóm önszabályozás az életkorral, az önegyüttérzéssel, és a nyílt korlátozó táplálással kis mértékű, valamint az egészséges táplálkozás példamutatásával nagy hatásméretű szignifikáns pozitív összefüggést mutat. Az autonóm önszabályozás BMI-vel való kapcsolata a korábbi kutatási eredményekkel összhangban negatív irányú, kis hatásméret mellett. Ezek mellett bár az egészséges táplálkozás kontrollált szabályozási formája független a BMI-től, az mégis mérsékelt pozitív összefüggést mutat a testre vonatkozó negatív megjegyzések gyakoriságával, valamint kis mértékben negatív a kapcsolata az önegyüttérzéssel. Ezzel együtt a kontrollált motiváció a nyílt korlátozó táplálás és az egészséges étkezés modellálása skálákon elért magasabb pontszámmal járt együtt, amely összefüggések gyenge és közepes mértékűek – és amely utóbbi kapcsolat valamivel gyengébb, mint az autonóm motiváció esetében. A nagyobb testtömegindexszel rendelkező szülők esetében a példamutatás, az önegyüttérzőbb édesanyák körében pedig a nyílt típusú korlátozás alkalmazása a kis mértékben kevésbé gyakori táplálási mód. Azok az anyukák, akik gyakrabban tesznek negatív megjegyzéseket a testükre, inkább korlátozzák nyílt módokon, hogy mit és mennyit ehet a gyermekük, kis hatásméret-mutató mellett.

A gyermekekre vonatkozóan eredményeink azt mutatják, hogy a túlsúly és az elhízás előfordulása a fiúkra ( $OR_{fiú} = 1,88$ ; 95%  $CI = 1,20 - 3,09$ ), az alultápláltság előfordulása a lányokra jellemzőbb ( $OR_{fiú} = 0,59$ ; 95%  $CI = 0,42 - 0,79$ ). Emellett, míg az anyai Példamutató Táplálás a Válogatósággal gyenge negatív összefüggést mutatott, addig a Nyílt Korlátozó Táplálás pozitív irányban, közepes mértékben kapcsolódott a Túlevésre Való Hajlamhoz és a Válogatósághoz egyaránt.

3.4-3. táblázat A vizsgált változók korrelációs mátrixa.

Változók	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Édesanya életkora	-												
2. Édesanya BMI értéke	0,02	-											
3. Gyermek neme	0,01	0,00	-										
4. Gyermek életkora	<b>0,25</b>	0,06	<b>-0,09</b>	-									
5. Gyermek BMI kategóriája: túlsúlyos vagy elhízott	-0,08	0,11	<b>-0,11</b>	0,06	-								
6. Gyermek BMI kategóriája: alultáplált	0,01	-0,07	<b>0,13</b>	-0,02	<b>-0,18</b>	-							
7. Anya: Önegyüttérzés (SCS)	<b>-0,12</b>	<b>-0,09</b>	-0,01	-0,01	0,01	-0,04	-						
8. Anya: Testre vonatkozó negatív megjegyzések (NBTS)	-0,02	<b>0,31</b>	-0,04	-0,02	<b>0,09</b>	<b>-0,10</b>	<b>-0,36</b>	-					
9. Anya: Autonóm egészséges táplálkozási motiváció (MHES)	<b>0,11</b>	<b>-0,12</b>	0,00	-0,00	-0,06	0,00	<b>0,17</b>	0,07	-				
10. Anya: Kontrollált egészséges táplálkozási motiváció (MHES)	0,00	0,02	<b>-0,12</b>	0,02	0,05	-0,08	<b>-0,12</b>	<b>0,28</b>	<b>0,31</b>	-			
11. Anya: Példamutató táplálás (CFPQ)	-0,02	<b>-0,11</b>	-0,05	-0,03	-0,06	-0,02	<b>0,11</b>	-0,00	<b>0,53</b>	<b>0,26</b>	-		
12. Anya: Nyílt korlátozó táplálás (FPSQ-28)	-0,03	-0,07	-0,00	<b>-0,11</b>	0,03	-0,04	<b>-0,17</b>	<b>0,13</b>	<b>0,13</b>	<b>0,18</b>	<b>0,14</b>	-	
13. Gyermek: Válogatosság (CEBQ)	0,03	<b>0,11</b>	-0,05	<b>0,10</b>	-0,06	0,02	<b>-0,17</b>	<b>0,15</b>	<b>-0,11</b>	0,05	<b>-0,12</b>	<b>0,17</b>	-
14. Gyermek: Túlévésre Való Hajlam (CEBQ)	-0,07	0,03	<b>0,12</b>	-0,03	<b>0,10</b>	-0,06	<b>-0,07</b>	0,05	-0,04	0,04	-0,02	<b>0,27</b>	<b>-0,09</b>

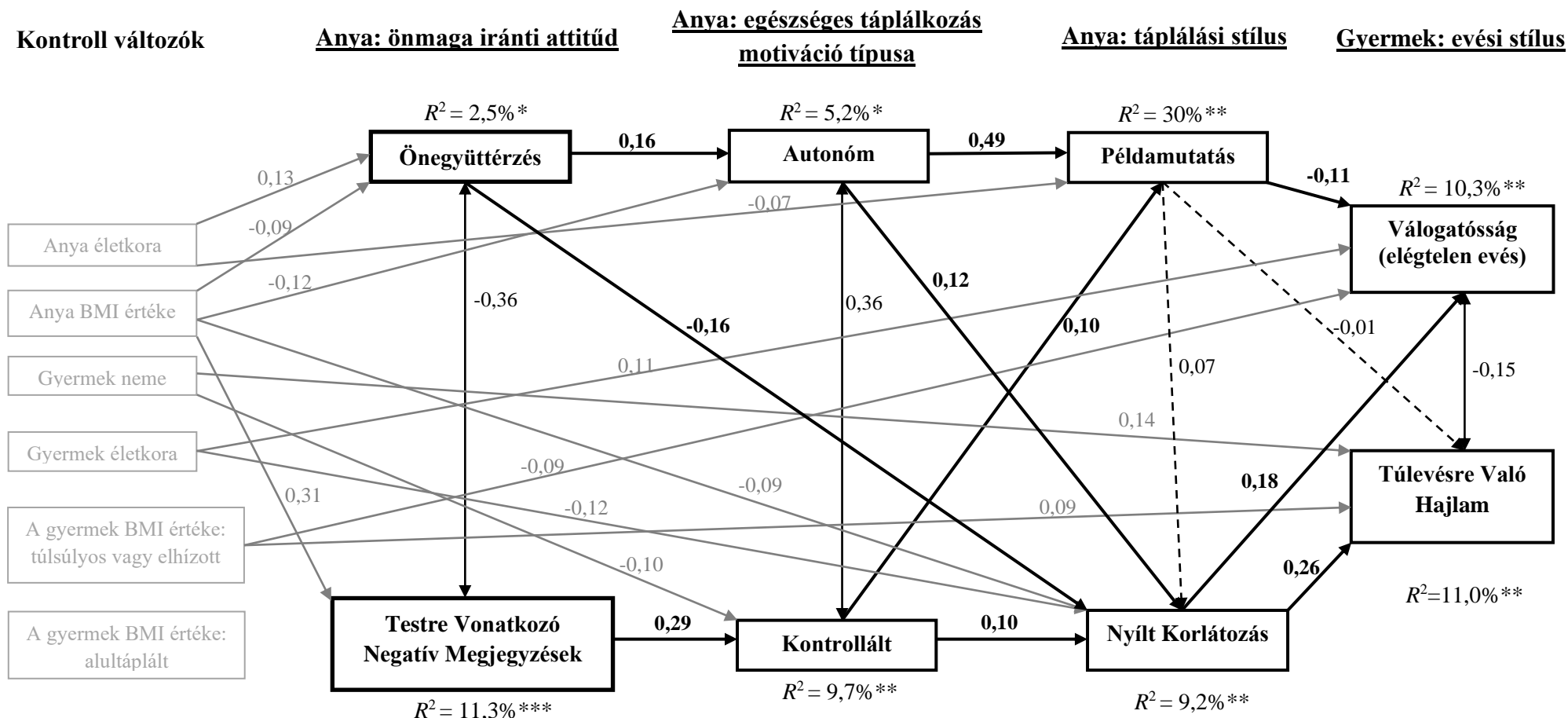
*Megjegyzés.*  $N = 511-632$ . Pearson-féle korrelációs együtthatók. *BMI* = testtömegindex; *SCS* = Önegyüttérzés Skála; *NBTS* = Testre Vonatkozó Negatív Megjegyzések Skála; *MHES* = Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála; *CFPQ* = Átfogó Táplálási Szokások Kérdőív; *FPSQ-28* = Táplálási Gyakorlatok és Struktúra Kérdőív; *CEBQ* = Gyermek Táplálkozási Magatartás Kérdőív.

A félkövérrel kiemelt korrelációs együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

A változók asszociációs rendszere az útvonalelemzés eredményei szerint a feltételezett modellnek megfelelő, amit a 3.4-1. ábra mutat be. Az édesanya életkorának, BMI értékének, valamint a gyermek nemének, korának és BMI kategóriájának

kontrollálása mellett az anyára jellemző önegyüttérzés mértéke szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott az egészséges táplálkozás iránti autonóm motivációval, amely változó közepes hatásmérettel pozitív irányban jelezte előre az egészséges táplálkozás modellálását, mint táplálási gyakorlatot. Ezzel párhuzamosan a testre vonatkozó negatív megjegyzések gyakorisága az egészséges táplálkozás kontrollált szabályozását jelezte előre pozitívan, ami pedig a nyílt korlátozó táplálás ugyanilyen irányú előrejelzője volt. A nyílt korlátozó táplálási stílus a vártak megfelelően pozitív kapcsolatot mutatott a gyermek túlevésre való hajlamával és válogatóságával egyaránt, ezzel szemben a példamutatás negatív összefüggésben csak a válogatós evési magatartással állt kapcsolatban. Ezen feltételezett relációk mellett az anya autonóm egészséges táplálkozási motivációja a kontrollálttal megegyező mértékben és irányban jelezte előre a korlátozó táplálást, amivel az édesanya önegyüttérzésének mértéke is szignifikáns, de negatív irányú összefüggést mutatott. Az egészséges táplálkozás modellálását az anya autonóm motivációjához képest kisebb mértékben, de pozitív irányban a kontrollált egészséges táplálkozási motiváció is előrejelezte (lásd 3.4-1. ábra).

3.4-1. ábra Az útvonalelemzés eredménye.



**Megjegyzés.**  $N = 632$ . A teljesen szaturált, strukturális egyenlet modellezéssel végzett útvonalelemzés eredménye. Az egy irányba mutató nyilakon a standardizált regressziós együtthatók láthatók, míg a kétirányú nyilakon a korrelációs együtthatók szerepelnek.

**BMI** = testtömegindex.  $R^2$  = magyarázott variancia. Gyermek neme: 0= fiú, 1 = lány.

A folytonos nyilak  $p < 0,05$  szinten szignifikáns eredményeket mutatják, a szaggatott nyíl a nem szignifikáns együtthatót jelöli.

\* Az eredmény legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikáns.

\*\*Az eredmény legalább  $p < 0,001$  szinten szignifikáns.

#### 3.4.4. Megbeszélés

Jelen kutatásban a kisgyermekes édesanyák egészséges táplálkozásra való törekvéseit meghatározó motivációs források és azok potenciális determinánsainak gyermektáplálási gyakorlatokkal mutatott összefüggéseit térképeztük fel, keresztmetszeti kérdőíves elrendezést alkalmazva. A minta adatai alátámasztották a feltételezett útvonal modellt.

Míg az önegyüttértés az egészséges táplálkozás autonóm motivációjának volt szignifikáns pozitív előrejelzője, addig a testre tett negatív megjegyzések az egészséges táplálkozás kontrollált motivációjával mutatott egyirányú összefüggést. Ezáltal Guertin és munkatársai (2018) egyetemista hallgatóknál végzett kutatásának eredményei a kisgyermekes édesanyák magyar mintáján is megerősítést nyertek, a testre vonatkozó negatív megjegyzések és a kontrollált motiváció közötti kapcsolat esetében valamivel nagyobb hatásmérettel. Azon édesanyákra, akikre az egészséges táplálkozás önszabályozásának internalizált formái (identifikált és az integrált szabályozás, valamint az intrinzik motiváció) voltak jellemzőek az öndeterminációs elmélet (SDT) keretrendszer szerint – vagyis, akik úgy nyilatkoztak, hogy fontos érték számukra az egészséges étkezés, és élvezik is az egészséges ételek elkészítését és fogyasztását –, azok inkább igyekeztek gyermekeiknek tudatosan példát is mutatni ebben. Ennek fontosságát támasztja alá Niermann és munkatársai (2015) serdülőkkel és szüleikkel végzett kutatásának eredménye, miszerint azon fiataloknak magasabb az egészséges étkezéssel kapcsolatos intrinzik motivációjuk, akiknek a családjában megszokott az egészséges táplálkozás a mindennapokban, ami pedig hozzájárul a valóban egészségesebb étkezésekhez. Ugyan kisebb mértékben, de az egészséges evés modellálását azok az anyák is alkalmazták, akikre az egészséges evés Introjektált és az Externális Szabályozási formái voltak jellemzőbbek. Ennek az eredménynek a háttérében állhat többek között az a korábbi felismerés, miszerint az evés magasabb kontrollált szabályozásával jellemezhető felnőttek az egészséges evéssel kapcsolatos énhatékonyság alacsonyabb szintjével rendelkeznek, ami pedig az egészségmagatartás megvalósítására van kedvezőtlen hatással (Guertin és mtsai., 2015). Így elképzelhető, hogy azon anyák esetében, akiknél az egészséges táplálkozás háttérében külső tényezők dominálnak, minden jó szándékuk ellenére a viselkedés gyermekük számára való modellálásában is kevésbé lesznek sikeresek. Emellett, a gyermektáplálással kapcsolatos énhatékonyság-érzés esetében is beszámolnak arról, hogy az anya

alacsonyabb énhatékonyság-érzése például a korlátozó etetési gyakorlat gyakoribb alkalmazásával, és a gyermek kisebb mértékű zöldségfogyasztásával áll összefüggésben (Duraccio és mtsai., 2021; Koh és mtsai., 2014). A példamutatás mellett az autonóm és a kontrollált egészséges táplálkozási motiváció a nyíltan korlátozó táplálási gyakorlatnak is gyenge, de pozitív előrejelzői voltak. Ez arra mutathat rá, hogy a fejlett országok mai ételkörnyezetében, ahol nagy mennyiségben és könnyen elérhetőek a hizlaló ételféleségek (James és mtsai., 2017; Osei-Assibey és mtsai., 2012), bizonyos mértékű kontrollt a szülők elengedhetetlennek tekinthetnek a táplálásban, akár a súlykontroll, akár az egészségesség maximálásának szándéka álljon ennek háttérében. Arra, hogy milyen megfontolások állnak a korlátozó táplálás háttérében, illetve annak milyen determinánsai vannak, fontos lenne kvantitatív kutatási módszerekkel is fényt deríteni. Ezt mutatja azon eredményünk is, amely szerint nem csak a Túlévésre Való Hajlam, de a Válogatosság is pozitív irányú kapcsolatot mutatott a nyílt korlátozással, a feltételezésünknek megfelelően. Ennek oka lehet, hogy a szülők az egyhangúbb étrendet igyekeznek korlátozni annak reményében, hogy többféle tápláló ételfajtát tudjanak gyermekük táplálkozásába illeszteni. Az általunk használt kérdőív Nyílt Korlátozás alskálája azonban nem differenciál a korlátozási törekvések mozgatórugói között, így erre vonatkozó következtetéseket ebből a kutatásból levonni nem lehetséges. Említést érdemel azonban Carnell és munkatársai (2011) kvalitatív kutatásának eredményei, amelyben a megkérdezett szülők úgy nyilatkoztak, hogy gyakran az egészséges táplálkozás elősegítése vezérli őket a korlátozások alkalmazása háttérében, semmint a súlytöbblet miatti aggodalmak. Ugyanakkor, egy másik kvalitatív interjú módszer alkalmazó vizsgálatban úgy találták, hogy a változatos, kiegyensúlyozott étrend fogyasztását, mint táplálási célt, csak az amúgy is „jól evő” óvodások szülei „engedhetik meg” maguknak, és a „rossz evő” gyermekek édesanyjai válaszaiban ez a motiváció nem szerepelt (Moore és mtsai., 2010). Kiefner-Burmeister és munkatársai (2014) kvantitatív útvonalelemzésének eredménye pedig arra világít rá, hogy az egészséges ételek fogyasztásának növelése esetében valóban számít a szülő táplálási célja, ugyanakkor az egészségtelen termékek fogyasztásának csökkentésében nem sok jelentősége van, ha az anyánál megjelenik az egészségesség, mint táplálási motiváció, amennyiben az maladaptív táplálási gyakorlathoz társul.

A vizsgálatunk tapasztalata volt továbbá az is, hogy bár a gyermek túlévés hajlamával a korlátozó táplálás szignifikáns kapcsolatban állt, ahogyan azt már korábbi



tanulmányokban is láthattuk (pl. Birch és mtsai., 2003; Rodgers és mtsai., 2013), a példamutató táplálás már nem mutatott azzal összefüggést. Yee és munkatársai metaelemzése (2017) korábban ráirányította a figyelmet arra, hogy az egészséges táplálékfogyasztást eredményesen elősegítő, és az egészségtelen sikeresen mérséklő táplálási gyakorlatok nem feltétlenül fedik egymást. Ezt a mi eredményeink is megerősíteni látszanak. Vagyis, nem feltétlenül elegendő az egészséges ételek fogyasztásával példát mutatni a gyermeknek ahhoz, hogy az valóban adaptív evési magatartásokhoz vezessen. Ennek részletesebb vizsgálatához azonban a most elérhetőnél differenciáltabb leírásra lenne szükség mind a szülői adaptív táplálási stratégiák, mind a gyermek adaptív evési magatartásainak tekintetében, amit több longitudinális és kísérleti elrendezésű tanulmány elvégzése kell kövessen. Emellett az alkalmazott táplálási gyakorlatok és az azok mögött meghúzódó célok további, szélesebb körű felmérése – tekintetbe véve az elsődleges gondozó saját táplálkozási motivációit, gyakorlatait és azok jelentősebb prediktorait egyaránt –, nélkülözhetetlen lenne az egészséges táplálkozási szokásokat elősegítő, és az egészségteleneket mérséklő hatékony stratégiák és intervenciók kidolgozásához.

#### **3.4.4.1. A vizsgálat limitációi**

Kutatásunk bár elsőként vizsgálta az édesanyák egészséges táplálkozási motivációinak összefüggéseit a gyermektáplálási gyakorlataikkal, erre egyelőre keresztmetszeti elrendezésben, kényelmi mintavétel mellett kerülhetett sor, ami ezekkel inherensen együttjáró korlátokat támaszt a következtetések levonásában. Egyrészt, a vizsgált változók közötti összefüggések ok-okozatiságát megállapítani nem tudjuk, arra csupán a korábbi empirikus adatokból tudunk következtetni. Az általunk feltételezettel ellentétben annak a lehetősége is fennáll, hogy a gyermekek táplálkozási magatartásának és testalkatának alakulása jelentős hatással van az alkalmazott szülői táplálási stílusra egyaránt (Afonso és mtsai., 2016; E. Jansen és mtsai., 2016). Másrészt, az online mintagyűjtés a konklúziók általánosíthatóságának szab határt, illetve az potenciális torzító tényező a kérdőívet kitöltők összetételét illetően. Könnyen elképzelhető, hogy a közösségi média oldalakon aktívan jelen lévő kisgyermekes anyák az átlagnál tájékozottabbak az egészséges táplálkozást és gyermektáplálási gyakorlatokat illetően. Ugyanakkor, ahogyan azt tapasztaltuk, az időigényes kérdéssor sok érdeklődőt eltántorított attól, hogy a teljes kérdőívcsomagot kitöltse, ezért a téma

iránti elkötelezettség jelentős szerepet játszhatott a válaszadás teljességében. Továbbá, nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy a gyermeket ért közvetlen szociális hatások természetesen túlmutatnak az anyák által mutatott példán – így a jövőben érdemes lenne hasonló módon az apák és a nagyszülők (illetve más releváns gondozók) táplálásban betöltött szerepét az ő evési és táplálási szokásaikat meghatározó tényezőkkel együtt felmérni. Az érvényességet illető, további korlátja a kutatásnak, hogy abban szükségszerűen több, magyar nyelven még nem validált kérdőív is alkalmazásra került. A használt alskálák közül pedig a Nyílt korlátozó táplálás alacsonyabb megbízhatósági mutatója int óvatosságra az ezzel összefüggésben levont következtetések esetében.

## 4. Összefoglaló megbeszélés és kitekintés

A jelen disszertáció az ún. adaptív evési magatartások különböző konstruktumaiba, azok korrelátumaiba, és mérési lehetőségeibe kívánt betekintést nyújtani a tudományos munka kvantitatív eszközeivel. Ez lehetővé tette azt is, hogy a sokszor már kisgyermekkorban jelentkező maladaptív evési stílusok újabb potenciális prediktor és protektív tényezőit is elkezdjük vizsgálni az édesanyák evési és táplálási gyakorlatain keresztül.

A fizikai és mentális egészséget egyenrangú módon hangsúlyozó megközelítése a kívánatos evési magatartások vizsgálatának hozzájárulhat ahhoz, hogy elősegítsük az emberek ételhez és az evéshez fűződő viszonyának adaptívabb alakulását, amiben benne rejlik annak lehetősége is, hogy hatékonyabb intervenciók kerüljenek kidolgozásra az elhízáshoz vezető táplálkozási szokások leküzdésére, vagy azok elkerülésére. A jelentudatos evés, az egészséges táplálkozás autonóm önszabályozási módja, és az intuitív étkezés fogalmainak bevezetésével és leírásával ez a még hosszú út előtt álló munka kezdődött meg a nemzetközi kutatói szintén, amelyhez a jelen munka négy vizsgálatával szerettünk volna hozzájárulni. A vizsgálataink során azt tapasztaltuk ugyanakkor, hogy az említett konstruktumok igen eltérő helyzetben vannak, ami a konceptualizáció és az operacionalizáció robusztusságát illeti. Mindhárom esetben igaz, hogy az azokat mérő megbízható és érvényes mérőeszközök hozzásegíthetnék a tudományos munkát végzőket például az egészségesebb, sikeresebb, és személyre szabottabb testtömeg-kontrolláló stratégiák kialakításához is, amelyek már nem csupán azzal foglalkoznak, hogy mit, mikor és mennyit eszik valaki, de azzal is, hogy miért és hogyan teszi azt. A túlsúlyos és elhízott magyar felnőttek aránya (67,6%) nemzetközi összehasonlításban is meglehetősen magasnak számít (OECD, 2023), ami kiemeli az e területen végzett munka jelentőségét. Ugyanakkor az evési magatartásokat adaptív oldalról megközelítő nézőpont még gyerekcipőben jár a hazai evésimogatartás-kutatásban.

A disszertációban szereplő első vizsgálatunk a jelentudatos evés mérésének fejlődéséhez kívánt hozzájárulni a Jelentudatos Evés Kérdőív (MEQ, Framson és mtsai., 2009; Román és Urbán, 2019) tanulmányozásával, rávilágítva annak erősségeire és gyengeségeire egyaránt. E tanulmányunk összhangban van azokkal a korábbi

kutatásokkal, amelyek eredményei rámutattak a MEQ eredeti factorszerkezete replikálásának nehézségeire (pl. Clementi és mtsai., 2017; Zhang és mtsai., 2022), bár a mi vizsgálatunkban a MEQ faktorstruktúrája csak kisebb mértékben tért el az eredeti modelltől. Nagyobb bizonytalanságot tapasztaltunk ugyanakkor a MEQ által megragadott jelentudatos evés és annak validáló változói közti kapcsolatokat tekintve, ami a konstruktumvaliditást illetően mégis kérdéseket vetett fel. A kérdőívet tanulmányozva végül az Önszabályozás és a Tudatos Figyelem komponenseket azonosítottuk, amelyeket a validáló változókkal mutatott igen eltérő kapcsolati mintázat is elkülönített egymástól.

Mindezek alapján legalább két olyan fő konklúzió is felmerül, amelyek további irányokat jelölhetnek ki a jelentudatos evés kutatásában. Egyrészt megfogalmazódott a MEQ kérdőív szerzői által a jelentudatos evés leírására alkalmazott definíció kritikájának (pl. Hulbert-Williams és mtsai., 2014; Mantzios, 2021) helytállósága, amely szerint érdemes lenne azt kiterjeszteni, és a jelentudatoság már bevett meghatározásaihoz jobban ragaszkodni a jelentudatos evés összetevőinek leírásakor, és legalább az elfogadás, a nem-reaktivitás, és a figyelem fenntartásának aspektusait is tekintetbe venni egy újabb mérőeszköz kidolgozásakor. Felvetődik továbbá – különös tekintettel a Tudatos Figyelem és a Külső Ingerek faktoroknál az „Észreveszem...” kezdetű tételek esetében (pl. „*Észreveszem, ha egy kellemes étel elfogyasztása megnyugtat.*”), hogy lehetséges-e számot adni arról az élményvilágbeli mozzanatról, hogy mennyire, vagy hányszor vesszük észre az ételek vagy az evés ránk gyakorolt hatását; vagy esetleg a válaszadók a mondat második felére fókuszálnak, és arról számolnak be, hogy megtörténik a leírt esemény, vagyis például az, hogy valakit az evés megnyugtat. Ezzel párhuzamosan előtérbe kerülhet az a kérdés is, hogy a jelentudatos evés egyedi élményvilágát mennyiben tudjuk szavakkal megragadni. Ezt érinti a Mantzios (2021, 2023) által is taglalt, a jelentudatos evés konstruktumát övező jelenség, miszerint a kérdőíveket alkotók inkább önkényesen interpretálják a jelentudatos evést, többek között az egységes definíció hiányában, ami e szerző szerint ellehetetleníti a precíz, és megismételhető kutatások létrejöttét. Mindennek ellenére a jelentudatos evés élményét megragadni kívánó kérdőívek egyre növekvő száma (lásd 1.4.2.3. alfejezet) arról tanúskodik, hogy nem lankad az érdeklődés ez irányban a kutatók részéről.

A disszertáció második vizsgálata, vagyis az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála (MHES, Kato és mtsai., 2021; Román és mtsai., 2020) pszichometriai elemzésének eredményei szerint az MHES megbízható és valid mérőeszköznek bizonyult három, egymástól igen eltérő kultúrából származó minta esetében is, ami alátámasztja az öndeterminációs elmélet (SDT) kultúrákon átívelő érvényességének feltételezését az egészséges táplálkozás kontextusában is. Ugyanakkor a különböző önszabályozási folyamatok feltételezett determinánsaival mutatott inkább gyenge összefüggések arra utalnak, hogy érdemes tovább vizsgálni az SDT konstruktum- és kritériumvaliditását az egészséges táplálkozási motivációval összefüggésben. Figyelembe kell venni ugyanakkor az evési magatartások komplex meghatározottságát is, ami szintén hozzájárulhat ahhoz, hogy gyenge hatásméret-mutatók mutatkoznak a vizsgált változók között az összefüggések tesztelésekor. Ezzel együtt szükség van az egészséges táplálkozási motiváció autonóm típusát meghatározó egyéni jellemzők további vizsgálatára, hiszen még az egészen komplex, empirikus alapokon nyugvó, kognitív és viselkedéses elemeket is magukban foglaló intervenciók sem tudják elég hatékonysággal elősegíteni a résztvevők körülbelül fele számára az 5%-os testsúlycsökkenés megtartását hosszú távon (pl. Cooper és mtsai., 2010; The Look AHEAD Research Group, 2014). Annak a felderítése viszont, hogy milyen tényezők – például készségek – járulhatnak hozzá az egészséges táplálkozási motiváció egyre mélyebb internalizálásához, előre mozdíthatja a törekvést, hogy az emberek hosszú távon is fenn tudják tartani az egészségesebb táplálkozási szokásaikat. Ezt kiterjeszthetjük akár az intuitív étkezés és a jelentudatos evés konstruktumaira egyaránt: lényeges kérdés lehet, hogy vajon az egészséges táplálkozási motiváció belsővé tétele elősegítheti-e a jelentudatos evés és az intuitív étkezés szemléletének konzisztens alkalmazását (N. Carbonneau és mtsai., 2015; Ludwig és mtsai., 2020). Ugyanígy fontos lenne megvizsgálni ennek éppen az ellenkezőjét, vagyis, hogy az intuitív étkezés (azon belül is a testméret elfogadásának, az ételhez és az evéshez való egészséges viszonyulásnak, valamint az ételek élvezetének hangsúlyozása) és a jelentudatos evés segíthet-e növelni az egyéneknél az egészséges táplálkozásra irányuló autonóm motiváció szintjét, ami pedig hosszabb távú viselkedés- és testtömegváltozásokhoz vezethet (Silva és mtsai., 2008), és ami segíthet a sikertelen krónikus fogyókúrázás célkonfliktusának problematikáját is megoldani (Stroebe és mtsai., 2008). Az autonóm motiváció és a jelentudatosság összefüggésében az utóbbi szempont mellett érvelnek

Ludwig és munkatársai (2020). Javaslatuk szerint az éber figyelem gyakorlása lehet a szokásszerű cselekvéseink „újrakalibrációjának” a kulcsa, amely segítségével újraírható lehet egy specifikusabb cselekvés vagy egy ismétlődő magatartás jutalmazó ereje. Vagyis, ha korábban egy cselekvéshez (pl. finom péksütemény fogyasztása) magas jutalmazó erő társult (pl. kedvelt barátok jelenléte a péksütemény fogyasztása közben egy összejövetelen), ami rögzítette az inger és az arra adott válasz közötti kapcsolatot, és ami nem okozott célkonfliktust sem – vagyis a példában szereplő péksütemény-fogyasztással nem volt szemben álló másik célunk, úgymint a testtömegkontroll –, akkor abban az esetben, ha céljaink módosulnak (pl. a magas kalóriatartalmú ételeket el szeretnénk kerülni), a tudatos figyelemirányítás segítségével újra tudjuk írni, hogy az új céljaink függvényében a korábbi cselekvés (vagyis a péksütemény-fogyasztás) valójában mennyire lesz jutalmazó a számunkra ugyanabban a helyzetben. Így a jelentudatosság az érvelésük szerint hozzásegíthet ahhoz, hogy az inger (külső és belső) tudatosítása és a rá adott válasz tudatos értékelése csökkentse az impulzív cselekedet elővételezett jutalmazó erejét és növelje az egészségesebb válaszopciók jutalmazó erejét, mindezt anélkül, hogy a célunk szempontjából adaptívabb magatartást erőfeszítésnek (és ezáltal akár büntetés értékűnek) vélnénk. Ez az elmélet persze még adatok általi megerősítést igényel, mindenesetre érdekfeszítő keretbe helyezi az autonóm motiváció és a jelentudatosság viszonyát a megerősítésen alapuló tanulási mechanizmusok felhasználásával.

Az intuitív étkezés összetevői között a megengedő attitűd (szemben a jutalom megvonásaként is felfogható, erőfeszítést igénylő elkerüléssel vagy korlátozással) mellett megjelenik az test éhség- és teltségérzet jeleire, valamint az érzelmi reakciókra és a szervezet számára is hasznos ételválasztásra való odafigyelés, amelyekeken kívül a koncepcióban az étel élvezetének fontossága is hangsúlyozásra kerül (Tribole és Resch, 2020). Ez összhangban áll az önszabályozás imént leírt autonóm módjainak elősegítésére vonatkozó törekvések fő szempontjaival. Az ételek és az evés élvezetének az egészséges táplálkozásban játszott szerepének a hangsúlyozása – amely egyaránt hozzájárulhat az egészséges táplálkozás autonóm önszabályozási módjainak elmélyüléséhez és az intuitív étkezés alkalmazásához – megjelenik e konstruktumoktól függetlenül is a szakirodalomban. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány eredménye szerint az evés élvezetének magasabb értékei a vizsgált kutatások több, mint felében pozitív együttjárást mutatott az egészségesebb étrend fogyasztásával, és az

egészségesebb ételek választásával (Bédard és mtsai., 2020). Ugyanakkor ez a kapcsolat attól is függ, hogy az evés élvezete miként kerül definiálásra. Az említett áttekintésben az evés élvezetének 22 különböző dimenzióját azonosították, mint amilyen például a szenzoros élmény, az étel jellemzői, az étel elkészítésének folyamata, az ételhez fűződő emlékek, az evési szokások, az egészségi szempontok stb. Az itt soroltakhoz hasonló dimenziók mentén Cornil és Chandon (2016) az evés öröme két típusának, az ún. zsigeri vagy hedonikus (angolul: visceral) és az ínyenc (angolul: epicurean) örömöknek a megkülönböztetését javasolta. Az előbbi típus alkalmazásának legfőbb célja a leírásuk szerint a külső ingerek keltette sóvárgás és a felmerülő belső kellemetlen érzelmek csökkentése, ami az akaratlagos kontrolltól független és a belső készítés kielégítésének a mellékterméke. Az utóbbi ezzel szemben magában foglalja az étkezésben rejlő esztétikai örömök élvezetét, a mértékletes evést, annak célja lehet maga az ételben való gyönyörködés, és akaratlagos kontroll alatt áll. E szerzők kutatási eredménye szerint az ínyenc típusú evési öröm mértéke pozitív irányban együtt jár a kisebb ételadagok fogyasztásával és a szubjektív jóllét magasabb szintjével egyaránt, ugyanakkor nem függ össze a testtömegindexszel és a korlátozó evési magatartással. Bédard és munkatársai (Bédard és mtsai., 2020) összefoglaló tanulmányában szereplő kutatási eredmények arra is utalnak, hogy az evés élvezetének növelésére kidolgozott intervenciók az étel ízletességének előtérbe helyezésével növelhetik az egészséges ételek élvezeti értékét, amely pedig az egészséges táplálkozás intrinzik motivációját is elősegítheti. Fontos megjegyezni, hogy az erre vonatkozó publikált vizsgálatok száma egyelőre – a szerző tudomása szerint – csekély.

A 3. vizsgálatunk feltárt több adaptív és maladaptív evési stílus közötti kovarianciát, emellett alátámasztotta az intuitív étkezést mérő kérdőív, az Intuitív Étkezés Skála 2. (IES-2, Román és mtsai., 2021; Tylka és Kroon Van Diest, 2013) faktorszerkezetét. Az eredeti négy faktor megerősítésre került, amelyek külön-külön is jól értelmezhetőek voltak. Az intuitív étkezés konstruktuma az érzelmi evés kivételével nem mutatott szoros negatív összefüggéseket a maladaptív evési magatartásokkal, és elegendő mértékben elkülönült a jelentudatos evéstől, valamint az autonóm egészséges táplálkozási motivációtól. Az azonosított szignifikáns összefüggések túlnyomó többsége gyenge volt, hasonlóan az MHES esetében korábban leírtakhoz. Összességében az IES-2 magyar változata egy érvényes és megbízható, a fiatal felnőtt egyetemisták körében jól alkalmazható eszköznek mutatkozik.

Ugyanakkor felmerül a diétamentes megközelítések kapcsán a kérdés, miszerint megvalósítható, illetve célravezető lehet-e a testtömegkontroll korlátozó szemléletének teljes elhagyása – különösen az egészségre törekvő túlsúlyos vagy elhízott egyének körében –, figyelembe véve a Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia (BFCC) alskála és a diétázás, illetve a kognitív korlátozás pozitív irányú, gyenge, illetve közepes erősségű összefüggését, valamint az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (UPE) faktor és a kedvező egészséges táplálkozási motivációk mérsékelt hatásméretű fordított kapcsolatát. Ezeknek a megválaszolásához közelebb vinne minket, ha egyre több esetben vonnának be hosszú távon követett objektív fizikai egészségmutatókat a hatásvizsgálatokba. Longitudinális intervenciós kutatások arra is fényt deríthetnének, hogy a jelentudatos evési technikák és az intuitív étkezés szemléletének egyidejű elsajátítása növelné-e azok kedvező hatását, mivel úgy tűnik, hogy ezek egymással összefüggő, de kellően különböző adaptív evési stílusok.

És végül a negyedik vizsgálatunk eredményei rámutattak arra, hogy a gyermekek táplálkozási magatartásának alakulása és az édesanyák egészséges táplálkozási motivációi, illetve az azokkal kapcsolatot mutató személyes tényezők – mint például az önegyüttérzés mértéke és a testre tett negatív megjegyzések használatának gyakorisága –, indirekt módon, az anya táplálási magatartásán keresztül, összefügghetnek egymással. Ennek megerősítésére, illetve az ok-okozati összefüggések tisztázásához szükséges a jövőben longitudinális, illetve intervenciós kutatásokat is végezni az általunk is alkalmazott változók bevonásával. Ezek kimeneteinek fényében ugyanakkor elképzelhető, hogy a kisgyermekes anyák önegyüttérzését, és egészséges táplálkozási motivációinak internalizációját elősegítő tréningek nem csak saját maguk számára lennének hasznosak, de gyermekeik javára is válhatnak hosszú távon. A válaszkész szülői táplálási gyakorlatok SDT elméleti keretein belül való elősegítésének ötlete már más kutatóknál is megjelent a közelmúltban (Cormack és mtsai., 2020), azonban ott még nem merül fel a szülő saját étkezését szabályozó tényezők szerepe a táplálás meghatározójaként. A további, táplálkozási magatartásokat mihamarabb jótékony irányba formáló, hatékony intervenciós lehetőségek további kutatásával párhuzamosan arra is szükség van, hogy a kutatásokat kiterjesszük az adaptív szülői táplálási gyakorlatok és a gyermekek adaptív táplálkozási magatartásának irányába is, helyre billentve ezzel a szakirodalomban egyelőre domináló, maladaptív egészségviselkedések felé eltolódott hangsúlyt.



Az adaptív evési magatartások e doktori értekezés keretében vizsgált három megközelítésével kapcsolatban érdemes a következtetések és a kitekintések során néhány további, közös tényezőt is kiemelnünk. Mindhárom konstruktum esetében igaz, hogy a mérésekre használt kérdőívek pszichometriai vizsgálatai a robusztusság tekintetében tovább profitálhatnának a változásra való érzékenység elemzéséből, amelyre a kutatásokban a szerző tudomása szerint ezidáig kevésbé tértek ki. Ennek alapjául az a kutatási tapasztalat is szolgál, mely szerint a jelentudatos evés és az intuitív étkezés készsége fejleszthető (pl. E. Carbonneau és mtsai., 2017; Mason, Epel, Kristeller, és mtsai., 2016; Salvo és mtsai., 2022), az egészséges táplálkozási motiváció pedig mélyíthető a belső szabályozás irányában (Gillison és mtsai., 2019; Ntoumanis és mtsai., 2020). Szintén mindhárom általunk vizsgált mérőeszköz esetében érdemes folytatni az ezen evési magatartásokra vonatkozó, nemzetek közötti hasonlóságok és különbségek eredetének kutatását is, egyrészt annak feltérképezése céljából, hogy mennyiben és hogyan különböznek az elképzelések a tekintetében, hogy mi számít egészséges táplálkozásnak, másrészt annak megállapítására, hogy az előbbi kérdésnek megfelelően eltérő intervenciós eszközök járulhatnak-e hozzá az egészséges táplálkozási szokások sikeres kialakításához a különböző kultúrákban.

Ugyan a tárgyalt kutatásokat átívelően nem vizsgáltuk konzisztensen a konstruktumok mentális jóléttel való kapcsolatát – amely az értekezés egyik gyengeségének tekinthető –, a korábbi szakirodalomban olvasható, konzekvensen pozitív irányú összefüggésre a mi eredményeink is utalnak (pl. Khan és Zadeh, 2014; Linardon és mtsai., 2021; Pelletier és mtsai., 2004). A MEQ Önszabályozás főfaktora a jelentudatossággal pozitív, míg az impulzivitással negatív asszociációt mutatott, az autonóm egészséges táplálkozási motiváció a jóléttel szintén egyenes irányú kapcsolatban állt mindhárom mintában, és az intuitív étkezés alfaktorai pedig a karcsúság ideáljának internalizálásával mutattak inverz összefüggést. Ez mindenképpen érdemessé teszi az elemzés előterébe vont konstruktumokat a további tanulmányozásra. Itt újra érdemes visszautalnunk mindazonáltal a Háromfaktoros Evési Kérdőív (TFEQ-R21) által mért kognitív korlátozásnak az MHES kontrollált, valamint autonóm motivációval, és az IES-2 BFCC alszálájával mutatott pozitív összefüggésére (2. és 4. vizsgálatok), ami inkább a korlátozás mértékének és minőségének kérdését veti fel. Az élelmiszerek mai mértékű bősége és elérhetősége a nyugati társadalmakban újdonsült kihívás az emberiség történelmében, amely új egészségi kihívásokhoz vezetett

az emberi szervezet raktározó működésével összhangban. Így egyelőre nehezen elképzelhető, hogy az evési magatartás korlátozása nélkül tartósan fenn tudjuk tartani vagy vissza tudjuk nyerni a szervezetünk jó működését az evési szokásainkkal összefüggésben. Sarkalatos kérdés ugyanakkor, hogy vajon az adaptív evési magatartások elősegítése támogathatja-e a rugalmasan korlátozó evési stílusok elsajátítását?

Emellett, lényeges mozzanat kell legyen a jövőbeni vizsgálódások kapcsán az adaptív evési magatartások jelöltjeinek kimerítő feltérképezése, a megfelelő közös kritériumok és dimenziók meghatározása, valamint az egységes definíció megalkotása is. Ebben segíthet az olyan teoretikus koncepciók áttekintése is, amelyek célja szintén a fizikai és mentális egészség elősegítése, illetve amelyek az evéssel és az ételekkel való kiegyensúlyozott kapcsolatot hangsúlyozzák, de nem kizárólag a magatartás oldaláról. Ide tartozhat például a marketing szemléletéből kiinduló, ún. „food well-being” (FWB) koncepciója. Block és munkatársai (2011) megfogalmazásában „...a „food well-being” az élelmiszerekkel való pozitív pszichológiai, fizikai, érzelmi és társadalmi kapcsolatot jelenti mind az egyéni, mind a társadalmi szinteken” (6.o.). A szerzők olyan nézőpontváltást javasolnak, amelyben az élelmiszer és az egészség közötti egyenlőségjelet felváltja az élelmiszer jóllétben játszott szerepére tett hangsúly. Vagyis, azt a szemléletet, miszerint az élelmiszer az egészség kulcsa, amiben az élelmiszer funkcionalitása kap főszerepet, ami az ételfogyasztás normatív előírásait és paternalisztikus szemléletét adja, és amelyben a BMI központi szereplő, véleményük szerint fel kell váltsa egy holisztikusabb és integrált megközelítésmód, amely inkább fogyasztó- (és kevésbé étel-) orientált, és ami a korlátozó megközelítés helyett a pozitív megközelítést pártolja. A FWB koncepcióját Bublitz és munkatársai (Bublitz és mtsai., 2011) dolgozták tovább. Elgondolásuk szerint a FWB egy kontinuumot képez, ahol az egyének elhelyezhetőek aszerint, hogy alacsony vagy magas az ételekkel összefüggő jóllétük. Azt, hogy ki hol helyezkedik el e kontinuum mentén, befolyásolják a lehetőségek, a képességek és a motiváció minősége (ti. motivált-e arra az egyén, hogy kedvező irányban előmozdítsa saját ételekhez való viszonyát), az egyének azon jellemzője, az ételválasztással kapcsolatos döntéseik szokásszerűsége alapszanak vagy inkább a tudatos figyelem (mindfulness) jellemzi azokat, és hogy összességében milyen a viszonyuk az étellel öt dimenzió: a társadalmi tényezők (pl. kultúra, családi környezet), a gazdasági tényezők (egészséges ételek elérhetősége), az érzelmi evésről

való tudásuk, és végül az egészségműveltség mintájára megalkotott „ételműveltség” vagy „ételismeret” (angolul: food literacy, lásd később) tekintetében. E szerzők kiegészítették a koncepció leírását továbbá a fogyasztók automatikus és megfontolt ételválasztását befolyásoló tényezők kognitív és érzelmi, valamint ezeken belül is külső illetve belső összetevőkre való bontásával, illetve a fogyasztók étellel kapcsolatos céljaik részletesebb kifejtésével (funkcionális célok, szimbolikus célok, hedonikus célok és FWB-t előmozdító célok) annak reményében, hogy még inkább elő lehessen segíteni az egyének „food-wellbeing” kontinuumon való kedvező irányú előmozdulását (Bublitz és mtsai., 2013).

A Batat és munkatársai (2019) írásában megfogalmazott koncepció, az „ételek tapasztalati élvezete” (angolul: experiential pleasure of food, EPF) Cornil és Chandon (2016) korábban említett, ingyenc örömeire vonatkozó munkáját terjeszti ki és köti össze a FWB koncepciójával. Elgondolásuk vezérfonalát az arra vonatkozó törekvésük adja, hogy megváltozzon a köztudatban az az elképzelés, hogy az egészséges étkezés a lemondást, a megszorításokat, a kevésbé kellemes és élvezetes ízlést jelent, az étel élvezete pedig egyenlő a hedonikus evési örömeikkel és a büntudattal. Az EPF olyan „...tartósan fennmaradó kognitív (ti. elégedettség) és érzelmi (ti. öröm) érték, amelyre a fogyasztók az étellel kapcsolatos élmények multiszenzoros, közösségi és kulturális jelentésének izlelgetése („savoring”)<sup>14</sup> révén tesztnek szert.” (Batat és mtsai., 2019, 2.o.). Ugyanis, az elképzelés szerint a „savoring” elengedhetetlen ahhoz, hogy az emberek pozitív érzelmeket tapasztaljanak meg az ételkörnyezetben és az étellel összefüggő cselekvésekben (pl. bevásárlás, ételek elkészítése, étkezések). Az EPF a szerzők elképzelése szerint egy folyamat vagy út, amely a szenzoros élményekből, a másokhoz való kapcsolódásból és az alkotásból (történet- és jelentésalkotásból) áll össze, és ami az elégedettséghez és az örömhöz vezet el, amely tapasztalatok a hosszú távon fenntartható egészséges táplálkozáson keresztül a hosszantartó egészséghez és jólléthez segítenek hozzá. E szerint az elgondolás szerint az ételkörnyezetben gyakorolt jelentudatosság eszköz lehet a FWB eléréséhez. Mindazonáltal akárcsak az ételekkel összefüggő jóllét koncepciójának, úgy az ételek tapasztalati élvezetét leíró elgondolásának az empirikus adatokkal való alátámasztása is várat még magára.

---

<sup>14</sup> A „savoring” a pozitív pszichológia egy kulcsfogalma, amely arra a képességre utal, hogy egy egyén figyelmet szentel az élet során szerzett pozitív élményeknek, valamint megbecsüli, saját maga számára megteremti és kiterjeszti azokat (Oláh & Kapitány-Fövény, 2012).

A fentebb említett „ételműveltség” vagy „ételismeret” (angolul: food literacy) koncepció azokat a kompetenciákat (készségeket, képességeket és jártasságot) és tudást (ismereteket és megértést) foglalja magában, amelyek meghatározóak az egyén ételhez, élelmiszerrendszerhez, és táplálkozással kapcsolatos információkhoz való viszonyának alakulásában, és amelyek ahhoz szükségesek, hogy az egyén számára kialakítható legyen a fizikai- és mentális egészség szempontjából is ideális ételkörnyezet, valamint megfelelően kivitelezhető legyen számára az evés önszabályozása (Krause és mtsai., 2018; Truman és mtsai., 2017; Vettori és mtsai., 2019). Ha egy egyénnek magas az „ételműveltsége”, az többek között azt jelenti, hogy érti az olyan táplálkozást érintő információkat, mint amilyen például az, hogy mely ételféleségeket érdemes mértékletesen fogyasztani és miért, hogy hogyan lehet tápláló ételeket elkészíteni, de az is, hogy hogyan szükséges az élelmiszereket tárolni ahhoz, hogy frissek és az egészségre nézve biztonságosak maradjanak, valamint az ilyen információkat maga is meg tudja találni. Emellett egy magas „ételműveltséggel” rendelkező személynek megvannak a megfelelő készségei is ahhoz, hogy a gyakorlatba átültesse az elméleti tudását (Truman és mtsai., 2017). Egyes kutatók az „ételműveltség” definíciójába integráltan tekintenek az ételféleségek irányába mutatott attitűdökre, az azokhoz kapcsolódó érzelmekre, a viselkedéses elemekre és a motivációra egyaránt (Krause és mtsai., 2018). Ez azért is említésre érdemes a jelen értekezés szempontjából, mivel az egészséges táplálkozás önszabályozási módjainak integrálási folyamatához elengedhetetlen, hogy egy egyén ismerje és értse a táplálkozás és az egészség közti összefüggéseket. Legalább ennyire fontos az is, hogy megfelelő készségekkel rendelkezzen valaki az egészséges ételek elkészítéséhez, ami alapvető szerepet játszik például abban, hogy örömet tudja lelni az ilyen tevékenységben. Ehhez hasonlóan az intuitív étkezés konstruktumán belül a fizikai és az érzelmi éhségérzet elkülönítéséhez, de a test- és az ételválasztás közti kongruencia megvalósításához is szükségesek lehetnek az „ételműveltség” egyes elemei, de ahhoz is nélkülözhetetlenek, hogy egy szülő motivált legyen az egészséges táplálkozás gyermeke számára való modellálására, és hogy azt is tudja, hogy hogyan tudja azt megtenni. Mindazonáltal az „ételműveltség” koncepciója további tisztázást igényel ahhoz, hogy az e témában kutató szakemberek közös kiindulópontot találjanak a témakör vizsgálatához. Ugyanakkor könnyen elképzelhető, hogy az „ételműveltség” tágabban értelmezett fogalmi keretrendszerében

stabil helyet lehet találni az adaptív evési magatartásoknak a jövőben – amire nemrégiben egy japán kutatás kezdetleges próbát is tett (Murakami és mtsai., 2022).

Egy doktori disszertáció (Belon, 2016) továbbá felveti azt az elgondolást, miszerint az egészséges táplálkozásra két dimenzió mentén együttesen érdemes gondolni: a szerző által „pszichológiailag egészségesnek” címkézett evés, és az étrend szempontjából egészségesnek mondható evés mentén. A szerző a „pszichológiailag egészséges” evés dimenziójához tartozónak vélte az intuitív étkezés mellett a flexibilitást, a mértéktartást és az ételek élvezetét egyaránt, ugyanakkor ezek egyetlen dimenzióhoz való tartozása mégsem került megerősítésre a gyűjtött adatok által. A jelen kitekintés során, fentebb sorolt koncepciókat is áttekintve célszerű lehet a pszichológiai szempontból kívánatosnak mondható evést két különálló dimenzióra bontani. Ezek közül az egyik az evési magatartások adaptív és maladaptív formáit fedné le, amelyen egy személy az általa leggyakrabban alkalmazott evési magatartások mentén helyezhető el. A pszichológiai egészség szempontját érintő másik dimenzió pedig az evés élvezetének a kontinuumára lehetne, amelynek az egyik vége az evéshez és az ételekhez fűződő zavart viszonyt, a másik pedig az ezekhez való pozitív kognitív és érzelmi kapcsolódást jelenthetné. Az emberek táplálkozásának vizsgálatakor ezen két dimenzió feltérképezését szükséges kiegészíteni a fogyasztott étrend minőségének és kiegyensúlyozottságának, valamint az „ételműveltség” felmérésével ahhoz, hogy teljesebb képet kaphassunk a táplálkozás és az evés fizikai és mentális jóllétre tett hatásáról az egyén szintjén.

Összességében tehát számos, további vizsgálatot igénylő kérdés (pl. a kulcsfontosságú komponensek azonosítása) jelöli ki az adaptív evési magatartások kutatásának útját, amelyek remélhetőleg elvezetnek minket ahhoz, hogy könnyebbé tegyük az emberek számára mind az egészség és az egészséges táplálkozásmódok fontosságának előtérbe helyezését, mind pedig a kedvezőbb életmód tartós kialakítása felé tett lépések megtételét.

## 5. Irodalomjegyzék

- Abbaspoor, Z., Javadifar, N., Miryan, M., & Abedi, P. (2018). Psychometric properties of the Iranian version of mindful eating questionnaire in women who seeking weight reduction. *Journal of Eating Disorders*, 6(1).  
<https://doi.org/10.1186/s40337-018-0220-4>
- Afonso, L., Lopes, C., Severo, M., Santos, S., Real, H., Durão, C., Moreira, P., & Oliveira, A. (2016). Bidirectional association between parental child-feeding practices and body mass index at 4 and 7 y of age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(3), 861–867. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.120824>
- Ahern, A. L., Wheeler, G. M., Aveyard, P., Boyland, E. J., Halford, J. C. G., Mander, A. P., Woolston, J., Thomson, A. M., Tsiountsioura, M., Cole, D., Mead, B. R., Irvine, L., Turner, D., Suhrcke, M., Pimpin, L., Retat, L., Jaccard, A., Webber, L., Cohn, S. R., & Jebb, S. A. (2017). Extended and standard duration weight-loss programme referrals for adults in primary care (WRAP): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10085), 2214–2225.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30647-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30647-5)
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847–851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>
- Albuquerque, D., Stice, E., Rodríguez-López, R., Manco, L., & Nóbrega, C. (2015). Current review of genetics of human obesity: From molecular mechanisms to an evolutionary perspective. *Molecular Genetics and Genomics*, 290(4), 1191–1221. <https://doi.org/10.1007/s00438-015-1015-9>
- Allirot, X., Miragall, M., Perdices, I., Baños, R. M., Urdaneta, E., & Cebolla, A. (2017). Effects of a Brief Mindful Eating Induction on Food Choices and Energy Intake: External Eating and Mindfulness State as Moderators. *Mindfulness*.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0812-0>
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2019). Obesity and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatrie*, 33(2), 72–89.  
<https://doi.org/10.1007/s40211-019-0302-9>

- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S., & Anderson, D. A. (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 83–90.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0210-3>
- Anschutz, D. J., Van Strien, T., Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, *53*(1), 119–122.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.016>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*(1).
- Anversa, R. G., Muthmainah, M., Sketriene, D., Gogos, A., Sumithran, P., & Brown, R. M. (2021). A review of sex differences in the mechanisms and drivers of overeating. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *63*, 100941.  
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2021.100941>
- Aparicio-Martinez, Perea-Moreno, Martinez-Jimenez, Redel-Macías, Pagliari, & Vaquero-Abellan. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), 4177.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- Apolzan, J. W., Myers, C. A., Cowley, A. D., Brady, H., Hsia, D. S., Stewart, T. M., Redman, L. M., & Martin, C. K. (2016). Examination of the reliability and validity of the Mindful Eating Questionnaire in pregnant women. *Appetite*, *100*, 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.025>
- Association for Size Diversity and Health. (2020). *The Health at Every Size® (HAES®) Principles*. ASDAH. <https://asdah.org/health-at-every-size-haes-approach/>
- Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N., Norat, T., Greenwood, D. C., Riboli, E., Vatten, L. J., & Tonstad, S. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*, *46*(3), 1029–1056.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyw319>
- Awata, S., Bech, P., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., Ohara, A., Hinokio, Y., Matsuoka, H., & Oka, Y. (2007). Reliability and validity of the

- Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(1), 112–119. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01619.x>
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
- Bacon, L., Keim, N., Van Loan, M., Derricote, M., Gale, B., Kazaks, A., & Stern, J. (2002). Evaluating a ‘non-diet’ wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International Journal of Obesity*, 26(6), 854–865. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802012>
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., & Keim, N. L. (2005). Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.03.011>
- Bakucs, Z., Fertő, I., & Marreiros, C. G. (2014). Socio-Economic Status and the Structural Change of Dietary Intake in Hungary. *Acta Universitatis Sapientiae, Economics and Business*, 2(1), 5–19. <https://doi.org/10.2478/auseb-2014-0007>
- Bärebring, L., Palmqvist, M., Winkvist, A., & Augustin, H. (2020). Gender differences in perceived food healthiness and food avoidance in a Swedish population-based survey: A cross sectional study. *Nutrition Journal*, 19(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00659-0>
- Barrada, J. R., Cativiela, B., van Strien, T., & Cebolla, A. (2018). Intuitive Eating: A Novel Eating Style? Evidence From a Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(1), 19-31. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000482>
- Barry, V. W., Baruth, M., Beets, M. W., Durstine, J. L., Liu, J., & Blair, S. N. (2014). Fitness vs. Fatness on All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 382–390. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.002>
- Barry, V. W., Caputo, J. L., & Kang, M. (2018). The Joint Association of Fitness and Fatness on Cardiovascular Disease Mortality: A Meta-Analysis. *Progress in*



- Cardiovascular Diseases*, 61(2), 136–141.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.07.004>
- Batat, W., Peter, P. C., Moscato, E. M., Castro, I. A., Chan, S., Chugani, S., & Muldrow, A. (2019). The experiential pleasure of food: A savoring journey to food well-being. *Journal of Business Research*, 100, 392–399.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.12.024>
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, S. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in Diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183–190.  
<https://doi.org/10.1159/000289073>
- Bédard, A., Lamarche, P.-O., Grégoire, L.-M., Trudel-Guy, C., Provencher, V., Desroches, S., & Lemieux, S. (2020). Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. *PLOS ONE*, 15(12), e0244292.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244292>
- Bégin, C., Carbonneau, E., Gagnon-Girouard, M.-P., Mongeau, L., Paquette, M.-C., Turcotte, M., & Provencher, V. (2019). Eating-Related and Psychological Outcomes of Health at Every Size Intervention in Health and Social Services Centers Across the Province of Québec. *American Journal of Health Promotion*, 33(2), 248–258. <https://doi.org/10.1177/0890117118786326>
- Beintner, I., Emmerich, O. L. M., Vollert, B., Taylor, C. B., & Jacobi, C. (2019). Promoting positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention: Results from a pilot feasibility study. *Eating Behaviors*, 34, 101307. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101307>
- Belon, K. E. (2016). *Psychologically Healthy Eating and Nutritionally Healthy Eating: Exploring a Two-Factor Theory of Healthy Eating*. The University of New Mexico.
- Bergmeier, H., Skouteris, H., & Hetherington, M. (2015). Systematic research review of observational approaches used to evaluate mother-child mealtime interactions during preschool years. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(1), 7–15. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.092114>
- Berk, K. A., Buijks, H. I. M., Verhoeven, A. J. M., Mulder, M. T., Özcan, B., van 't Spijker, A., Timman, R., Busschbach, J. J., & Sijbrands, E. J. (2018). Group cognitive behavioural therapy and weight regain after diet in type 2 diabetes:

- Results from the randomised controlled POWER trial. *Diabetologia*, *61*(4), 790–799. <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4531-9>
- Berrington de Gonzalez, A., Hartge, P., Cerhan, J. R., Flint, A. J., Hannan, L., MacInnis, R. J., Moore, S. C., Tobias, G. S., Anton-Culver, H., Freeman, L. B., Beeson, W. L., Clipp, S. L., English, D. R., Folsom, A. R., Freedman, D. M., Giles, G., Hakansson, N., Henderson, K. D., Hoffman-Bolton, J., ... Thun, M. J. (2010). Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *New England Journal of Medicine*, *363*(23), 2211–2219. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000367>
- Beshara, M., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, *67*, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.012>
- Bhaskaran, K., Douglas, I., Forbes, H., dos-Santos-Silva, I., Leon, D. A., & Smeeth, L. (2014). Body-mass index and risk of 22 specific cancers: A population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *The Lancet*, *384*(9945), 755–765. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60892-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60892-8)
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *71*(5), 1054–1061. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1054>
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *78*(2), 215–220. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.2.215>
- Blanchflower, D. G., Oswald, A. J., & Stewart-Brown, S. (2013). Is Psychological Well-Being Linked to the Consumption of Fruit and Vegetables? *Social Indicators Research*, *114*(3), 785–801. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0173-y>
- Blissett, J., & Bennett, C. (2013). Cultural differences in parental feeding practices and children's eating behaviours and their relationships with child BMI: A comparison of Black Afro-Caribbean, White British and White German samples. *European Journal of Clinical Nutrition*, *67*(2), 180–184. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2012.198>

- Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E. J., Kumanyika, S., Laczniak, R. N., Machin, J. E., Motley, C. M., Peracchio, L., Pettigrew, S., Scott, M., & van Ginkel Bieshaar, M. N. G. (2011). From Nutrients to Nurturance: A Conceptual Introduction to Food Well-Being. *Journal of Public Policy & Marketing*, *30*(1), 5–13.
- Bombelli, M., Facchetti, R., Sega, R., Carugo, S., Fodri, D., Brambilla, G., Giannattasio, C., Grassi, G., & Mancina, G. (2011). Impact of Body Mass Index and Waist Circumference on the Long-Term Risk of Diabetes Mellitus, Hypertension, and Cardiac Organ Damage. *Hypertension*, *58*(6), 1029–1035. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.175125>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *22*(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, *17*, 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Brown, A., & Lee, M. (2011). Maternal child-feeding style during the weaning period: Association with infant weight and maternal eating style. *Eating Behaviors*, *12*(2), 108–111. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.002>
- Brown, J. D., Buscemi, J., Milsom, V., Malcolm, R., & O’Neil, P. M. (2016). Effects on cardiovascular risk factors of weight losses limited to 5–10 %. *Translational Behavioral Medicine*, *6*(3), 339–346. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0353-9>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, T. A., & Moore, M. T. (2012). Confirmatory Factor Analysis. In *Handbook of Structural Equation Modeling*. (o. 361-379.). The Guilford Press.

- Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, *96*, 454–472. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.012>
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Routledge [and] Kegan Paul.
- Bublitz, M. G., Peracchio, L. A., Andreasen, A. R., Kees, J., Kidwell, B., Miller, E. G., Motley, C. M., Peter, P. C., Rajagopal, P., Scott, M. L., & Vallen, B. (2013). Promoting positive change: Advancing the food well-being paradigm. *Journal of Business Research*, *66*(8), 1211–1218. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.08.014>
- Bublitz, M. G., Peracchio, L., Andreasen, A. R., Kees, J., Kidwell, B., Gelfand Miller, E., Motley, C. M., Peter, P. C., Rajagopal, P., Scott, M. L., & Vallen, B. (2011). The quest for eating right: Advancing food-wellbeing. *Journal of Research for Consumers*, *19*, 1–12.
- Burton, P., J. Smit, H., & J. Lightowler, H. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, *49*(1), 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.007>
- Caldwell, A. E., & Sayer, R. D. (2019). Evolutionary considerations on social status, eating behavior, and obesity. *Appetite*, *132*, 238–248. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.028>
- Caldwell, K., Baime, M., & Wolever, R. (2012). Mindfulness Based Approaches to Obesity and Weight Loss Maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, *34*(3), 269–282. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.t016616717774643>
- Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Sautron, V., Hercberg, S., & Péneau, S. (2015). Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. *Appetite*, *84*, 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.009>
- Carbonneau, E., Bégin, C., Lemieux, S., Mongeau, L., Paquette, M.-C., Turcotte, M., Labonté, M.-È., & Provencher, V. (2017). A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clinical Nutrition*, *36*(3), 747–754. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.008>
- Carbonneau, E., Carbonneau, N., Lamarche, B., Provencher, V., Bégin, C., Bradette-Laplante, M., Laramée, C., & Lemieux, S. (2016). Validation of a French-

- Canadian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2 for the adult population. *Appetite*, *105*, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.001>
- Carbonneau, E., Pelletier, L., Bégin, C., Lamarche, B., Bélanger, M., Provencher, V., Desroches, S., Robitaille, J., Vohl, M.-C., Couillard, C., Bouchard, L., Houle, J., Langlois, M.-F., Rabasa-Lhoret, R., Corneau, L., & Lemieux, S. (2021). Individuals with self-determined motivation for eating have better overall diet quality: Results from the PREDISE study. *Appetite*, *165*, 105426. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105426>
- Carbonneau, N., Carbonneau, E., Cantin, M., & Gagnon-Girouard, M.-P. (2015). Examining women's perceptions of their mother's and romantic partner's interpersonal styles for a better understanding of their eating regulation and intuitive eating. *Appetite*, *92*, 156–166. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.020>
- Cardoso, A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2020). Negative and positive affect and disordered eating: The adaptive role of intuitive eating and body image flexibility. *Clinical Psychologist*, *24*(2), 176–185. <https://doi.org/10.1111/cp.12224>
- Carnell, S., Cooke, L., Cheng, R., Robbins, A., & Wardle, J. (2011). Parental feeding behaviours and motivations. A qualitative study in mothers of UK pre-schoolers. *Appetite*, *57*(3), 665–673. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.009>
- Carnell, S., & Wardle, J. (2007). Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite*, *48*(1), 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.07.075>
- Carraça, E. V., Leong, S. L., & Horwath, C. C. (2019). Weight-Focused Physical Activity Is Associated with Poorer Eating Motivation Quality and Lower Intuitive Eating in Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *119*(5), 750–759. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.09.011>
- Carraça, E. V., Silva, M. N., Markland, D., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2011). Body image change and improved eating self-regulation in a weight management intervention in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*(1), 75. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-75>

- Carrière, K., Khoury, B., Günak, M. M., & Knäuper, B. (2018). Mindfulness-based interventions for weight loss: A systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for weight loss. *Obesity Reviews*, *19*(2), 164–177. <https://doi.org/10.1111/obr.12623>
- Carrière, K., Shireen, S. H., Siemers, N., Preißner, C. E., Starr, J., Falk, C., & Knäuper, B. (2022). Development and Validation of the Four Facet Mindful Eating Scale (FFaMES). *Appetite*, *168*, 105689. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105689>
- Carrière, K., Siemers, N., & Knäuper, B. (2022). A Scoping Review of Mindful Eating Interventions for Obesity Management. *Mindfulness*, *13*(6), 1387–1402. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01883-x>
- Cerhan, J. R., Moore, S. C., Jacobs, E. J., Kitahara, C. M., Rosenberg, P. S., Adami, H.-O., Ebbert, J. O., English, D. R., Gapstur, S. M., Giles, G. G., Horn-Ross, P. L., Park, Y., Patel, A. V., Robien, K., Weiderpass, E., Willett, W. C., Wolk, A., Zeleniuch-Jacquotte, A., Hartge, P., ... Berrington de Gonzalez, A. (2014). A pooled analysis of waist circumference and mortality in 650,000 adults. *Mayo Clinic Proceedings*, *89*(3), 335–345. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.11.011>
- Chapman, C. D., Benedict, C., Brooks, S. J., & Birgir Schiöth, H. (2012). Lifestyle determinants of the drive to eat: A meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *96*(3), 492–497. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.039750>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *14*(3), 464–504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Chen, X., Luo, Y., & Chen, H. (2020). Friendship quality and adolescent's intuitive eating: A serial mediation model and the gender difference. *Acta Psychologica Sinica*, *4*, 485–496.
- Cheon, B. K., & Hong, Y.-Y. (2017). Mere experience of low subjective socioeconomic status stimulates appetite and food intake. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *114*(1), 72–77. <https://doi.org/10.1073/pnas.1607330114>
- Christensen, K. A. (2019). Emotional feeding as interpersonal emotion regulation: A developmental risk factor for binge-eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23044>

- Clementi, C., Casu, G., & Gremigni, P. (2017). An Abbreviated Version of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(4), 352-356.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.01.016>
- Cloutier-Bergeron, A., Provencher, V., Mongeau, L., Paquette, M.-C., Carbonneau, É., Turcotte, M., & Bégin, C. (2019). Does Health At Every Size® fit all? A group-based trajectory modeling of a non-diet intervention. *Appetite*, 143, 104403. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104403>
- Cockerham, W. C. (2022). Theoretical Approaches to Research on the Social Determinants of Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(1), S8–S17. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.01.030>
- Cohen, D. A. (2008). Neurophysiological Pathways to Obesity: Below Awareness and Beyond Individual Control. *Diabetes*, 57(7), 1768–1773. <https://doi.org/10.2337/db08-0163>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Loss of Control Is Central to Psychological Disturbance Associated With Binge Eating Disorder. *Obesity*, 16(3), 608–614. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.99>
- Cooke, L. (2007). The importance of exposure for healthy eating in childhood: A review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(4), 294–301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2007.00804.x>
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 706–713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499–511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)
- Cormack, J., Rowell, K., & Postăvaru, G.-I. (2020). Self-Determination Theory as a Theoretical Framework for a Responsive Approach to Child Feeding. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(6), 646–651. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.02.005>

- Cornelis, M. C., Rimm, E. B., Curhan, G. C., Kraft, P., Hunter, D. J., Hu, F. B., & van Dam, R. M. (2014). Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women: Obesity Loci and Eating Behavior. *Obesity*, 22(5), E135–E141.  
<https://doi.org/10.1002/oby.20592>
- Cornil, Y., & Chandon, P. (2016). Pleasure as an ally of healthy eating? Contrasting visceral and Epicurean eating pleasure and their association with portion size preferences and wellbeing. *Appetite*, 104, 52–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.045>
- Costanzo, P. R., & Woody, E. Z. (1985). Domain-Specific Parenting Styles and Their Impact on the Child's Development of Particular Deviance: The Example of Obesity Proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(4), 425–445.  
<https://doi.org/10.1521/jscp.1985.3.4.425>
- Crevoisier Fedoroff, I. (1997). *The effects of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters*. University of Toronto.
- Czeglédi E., & Urbán R. (2010). Hungarian adaptation of Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-item. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 463–494.  
<https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.3.2>
- Czeglédi, E., Urbán, R., & Rigó, A. (2009). Elhízás és testképpel való elégedetlenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(2), 313–336.  
<https://doi.org/10.1556/mpszle.64.2009.2.2>
- Czirják, E. (2020). *A Negative Body Talk Scale magyar nyelvű adaptációja és pszichometriai vizsgálata*. Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Dakin, C., Beaulieu, K., Hopkins, M., Gibbons, C., Finlayson, G., & Stubbs, R. J. (2023). Do eating behavior traits predict energy intake and body mass index? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 24(1).  
<https://doi.org/10.1111/obr.13515>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260–264.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>



- Dalle Grave, R., Centis, E., Marzocchi, R., Ghoch, M. E., & Marchesini, G. (2013). Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychology Research and Behavior Management*, 101. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S40460>
- Daniels, L. A. (2019). Feeding Practices and Parenting: A Pathway to Child Health and Family Happiness. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 74(Suppl. 2), 29–42. <https://doi.org/10.1159/000499145>
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., Kemeny, M., Karan, L., & Epel, E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*, 2011, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2011/651936>
- Day, J., Ternouth, A., & Collier, D. A. (2009). Eating disorders and obesity: Two sides of the same coin? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(2), 96–100. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000956>
- de Castro, J. M., & Lilenfeld, L. R. R. (2005). Influence of heredity on dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger in humans. *Nutrition*, 21(4), 446–455. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.07.010>
- de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J.-M., Karlsson, J., Ducimetière, P., Charles, M. A., & Fleurbaix Laventie Ville Sante (FLVS) Study Group. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Is Able to Distinguish among Different Eating Patterns in a General Population. *The Journal of Nutrition*, 134(9), 2372–2380. <https://doi.org/10.1093/jn/134.9.2372>
- de Ridder, D. T. D., & de Wit, J. B. F. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories and central issues. In *Self-regulation in Health Behavior* (o. 1-23.). John Wiley & Sons.
- de Witt Huberts, J. C., Evers, C., & de Ridder, D. T. D. (2013). Double trouble: Restrained eaters do not eat less and feel worse. *Psychology & Health*, 28(6), 686–700. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.751106>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109–134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, *11*(4), 227–268.
- Devonport, T. J., Nicholls, W., & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, *24*(1), 3–24.  
<https://doi.org/10.1177/1359105317697813>
- Di Angelantonio, E., Bhupathiraju, S. N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., de Gonzalez, A. B., Cairns, B. J., Huxley, R., Jackson, C. L., Joshy, G., Lewington, S., Manson, J. E., Murphy, N., Patel, A. V., Samet, J. M., Woodward, M., Zheng, W., Zhou, M., Bansal, N., ... Hu, F. B. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: Individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, *388*(10046), 776–786.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)
- DiSantis, K. I., Hodges, E. A., Johnson, S. L., & Fisher, J. O. (2011). The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: A systematic review. *International Journal of Obesity*, *35*(4), 480–492.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2011.3>
- Djekic, I., Bartkiene, E., Szűcs, V., Tarcea, M., Klarin, I., Černelić-Bizjak, M., Isoldi, K., EL-Kenawy, A., Ferreira, V., Klava, D., Korzeniowska, M., Vittadini, E., Leal, M., Frez-Muñoz, L., Papageorgiou, M., & Guiné, R. P. F. (2021). Cultural dimensions associated with food choice: A survey based multi-country study. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, *26*, 100414.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2021.100414>
- Dockendorff, S. A., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A., & Martin, S. (2012). Intuitive Eating Scale: An examination among early adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(4), 604–611. <https://doi.org/10.1037/a0029962>
- Domoff, S. E., Sutherland, E. Q., Yokum, S., & Gearhardt, A. N. (2020). Adolescents' Addictive Phone Use: Associations with Eating Behaviors and Adiposity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8), 2861. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082861>
- Doucet, E., Hall, K., Miller, A., Taylor, V. H., Ricupero, M., Haines, J., Brauer, P., Gudzone, K. A., House, J. D., & Dhaliwal, R. (2021). Emerging insights in

- weight management and prevention: Implications for practice and research. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 46(3), 288–293.  
<https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0585>
- Douketis, J. D., Macie, C., Thabane, L., & Williamson, D. F. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: Clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29(10), Article 10. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802982>
- Dovey, T. M. (2010). Tying up loose ends. Towards a combined theory. In *Eating Behaviour*. (o. 167-173.). McGraw-Hill. Open University Press.
- Drewnowski, A., Buszkiewicz, J., Aggarwal, A., Rose, C., Gupta, S., & Bradshaw, A. (2020). Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. *Obesity*, 28(1), 22–30. <https://doi.org/10.1002/oby.22672>
- Duarte, C., Gouveia, J. P., & Mendes, A. (2016). Psychometric Properties of the Intuitive Eating Scale -2 and Association with Binge Eating Symptoms in a Portuguese Community Sample. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(2), 329–341.
- Dugmore, J. A., Winten, C. G., Niven, H. E., & Bauer, J. (2020). Effects of weight-neutral approaches compared with traditional weight-loss approaches on behavioral, physical, and psychological health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition reviews*, 78(1), 39–55.
- Duncan, A. E., Ziobrowski, H. N., & Nicol, G. (2017). The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women: BMI and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 165–171. <https://doi.org/10.1002/erv.2503>
- Duraccio, K. M., Zaugg, K. K., Nottingham, K., & Jensen, C. D. (2021). Maternal self-efficacy is associated with mother-child feeding practices in middle childhood. *Eating Behaviors*, 40, 101475. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101475>
- Dwivedi, A. K., Dubey, P., Cistola, D. P., & Reddy, S. Y. (2020). Association Between Obesity and Cardiovascular Outcomes: Updated Evidence from Meta-analysis Studies. *Current Cardiology Reports*, 22(4), 25. <https://doi.org/10.1007/s11886-020-1273-y>
- Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings From Project

- EAT. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 67–73.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030>
- Ek, S. (2015). Gender differences in health information behaviour: A Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, 30(3), 736–745.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dat063>
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Elgin, J., & Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(3), e96–e101. <https://doi.org/10.1007/BF03327565>
- Ellis, J. M., Galloway, A. T., Zickgraf, H. F., & Whited, M. C. (2018). Picky eating and fruit and vegetable consumption in college students. *Eating Behaviors*, 30, 5–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.001>
- Emanuel, A. S., McCully, S. N., Gallagher, K. M., & Updegraff, J. A. (2012). Theory of Planned Behavior explains gender difference in fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 59(3), 693–697.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.007>
- Emmer, C., Bosnjak, M., & Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21(1).  
<https://doi.org/10.1111/obr.12935>
- Engeln-Maddox, R., Salk, R. H., & Miller, S. A. (2012). Assessing Women’s Negative Commentary on Their Own Bodies: A Psychometric Investigation of the Negative Body Talk Scale. *Psychology of Women Quarterly*, 36(2), 162–178.  
<https://doi.org/10.1177/0361684312441593>
- Engeset, D., Alsaker, E., Ciampi, A., & Lund, E. (2005). Dietary patterns and lifestyle factors in the Norwegian EPIC cohort: The Norwegian Women and Cancer (NOWAC) study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(5), 675–684.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602129>
- Erdei, G. (2018). *A gyermekkori túlsúly és elhízás prevalenciája, regionális különbségei és ezek összefüggései egyes szociodemográfiai tényezőkkel*. [Doktori disszertáció]. Semmelweis Egyetem.

- Eurostat. (2018). *Fruit and vegetable consumption statistics*.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fruit\\_and\\_vegetable\\_consumption\\_statistics#General\\_overview](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fruit_and_vegetable_consumption_statistics#General_overview)
- Faith, M. S. (2004). Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index: Prospective Analysis of a Gene-Environment Interaction. *PEDIATRICS*, *114*(4), e429–e436. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-1075-L>
- Feng, J., Glass, T. A., Curriero, F. C., Stewart, W. F., & Schwartz, B. S. (2010). The built environment and obesity: A systematic review of the epidemiologic evidence. *Health & Place*, *16*(2), 175–190.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.09.008>
- Field, A. E., Cook, N. R., & Gillman, M. W. (2005). Weight Status in Childhood as a Predictor of Becoming Overweight or Hypertensive in Early Adulthood \*\*. *Obesity Research*, *13*(1), 163–169. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.21>
- Figueiredo, R. A. de O., Simola-Ström, S., Isomaa, R., & Weiderpass, E. (2019). Body dissatisfaction and disordered eating symptoms in Finnish preadolescents. *Eating Disorders*, *27*(1), 34–51.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1499335>
- Figuroa, R., Kalyoncu, Z. B., Saltzman, J. A., & Davison, K. K. (2019). Autonomous motivation, sugar-sweetened beverage consumption and healthy beverage intake in US families: Differences between mother–adolescent and father–adolescent dyads. *Public Health Nutrition*, *22*(06), 1010–1018.  
<https://doi.org/10.1017/S136898001800383X>
- Finnane, J. M., Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2017). Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *49*(1), 11-18.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>
- Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, *309*(1), 71.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905>
- Fong, M., Li, A., Hill, A. J., Cunich, M., Skilton, M. R., Madigan, C. D., & Caterson, I. D. (2019). Mood and appetite: Their relationship with discretionary and total

- daily energy intake. *Physiology & Behavior*, 207, 122–131.  
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.05.011>
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Martin, L. M., Meiran, N., Crosby, R. D., & Manasse, S. M. (2016). Mindful decision making and inhibitory control training as complementary means to decrease snack consumption. *Appetite*, 103, 176–183.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.014>
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444.  
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Francis, L. A., & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548–554.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.548>
- Francis, L. A., Hofer, S. M., & Birch, L. L. (2001). Predictors of maternal child-feeding style: Maternal and child characteristics. *Appetite*, 37(3), 231–243.  
<https://doi.org/10.1006/appe.2001.0427>
- Frankel, L. A., O'Connor, T. M., Chen, T.-A., Nicklas, T., Power, T. G., & Hughes, S. O. (2014). Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. *Appetite*, 76, 166–174.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.077>
- Franz, M. J., VanWormer, J. J., Crain, A. L., Boucher, J. L., Histon, T., Caplan, W., Bowman, J. D., & Pronk, N. P. (2007). Weight-Loss Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Weight-Loss Clinical Trials with a Minimum 1-Year Follow-Up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(10), 1755–1767. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.07.017>
- Frith, E., & Loprinzi, P. D. (2017). The protective effects of a novel fitness-fatness index on all-cause mortality among adults with cardiovascular disease: Fitness-Fatness Index on All-Cause Mortality among Adults with Cardiovascular Disease. *Clinical Cardiology*, 40(7), 469–473. <https://doi.org/10.1002/clc.22679>
- Fuentes Artilles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. (2019). Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly:

- Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(11), 1619–1627.  
<https://doi.org/10.1111/obr.12918>
- Gahagan, S. (2012). Development of Eating Behavior: Biology and Context. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(3), 261–271.  
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31824a7baa>
- Gallant, A. R., Tremblay, A., Pérusse, L., Després, J.-P., Bouchard, C., & Drapeau, V. (2013). Parental eating behavior traits are related to offspring BMI in the Québec Family Study. *International Journal of Obesity*, 37(11), 1422–1426.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2013.14>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413.  
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Ganson, K. T., Nagata, J. M., Jones, C. P., Testa, A., Jackson, D. B., & Hammond, D. (2023). Screen time, social media use, and weight-change behaviors: Results from an international sample of adolescents. *Preventive Medicine*, 168, 107450.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107450>
- Gariépy, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407–419.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2009.252>
- Gilbert, D., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Mindfulness*, 1(4), 227–234. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0032-3>
- Gillison, F. B., Rouse, P., Standage, M., Sebire, S. J., & Ryan, R. M. (2019). A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behaviour change from a self-determination theory perspective. *Health Psychology Review*, 13(1), 110–130. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1534071>
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348–362. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- Goldschmidt, A. B. (2017). Are loss of control while eating and overeating valid constructs? A critical review of the literature: Validity of binge eating. *Obesity Reviews*, 18(4), 412–449. <https://doi.org/10.1111/obr.12491>

- Goldstein, S. P., Katterman, S. N., & Lowe, M. R. (2013). Relationship of dieting and restrained eating to self-reported caloric intake in female college freshmen. *Eating Behaviors, 14*(2), 237–240. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.12.002>
- Gordon, K. H., Castro, Y., Sitnikov, L., & Holm-Denoma, J. M. (2010). Cultural body shape ideals and eating disorder symptoms among White, Latina, and Black college women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 16*(2), 135–143. <https://doi.org/10.1037/a0018671>
- Gorin, A. A., Powers, T. A., Koestner, R., Wing, R. R., & Raynor, H. A. (2014). Autonomy Support, Self-Regulation, and Weight Loss. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 33*(4), 332–339. <https://doi.org/10.1037/a0032586>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2020). The role of mindful parenting and children’s weight in mothers’ child-feeding practices. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 25*(2), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0615-x>
- Gregoire, J. (2018). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests. *Journal of Testing, 18*(2), 101–134. <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: A prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-55>
- Guertin, C., Barbeau, K., & Pelletier, L. (2020). Examining fat talk and self-compassion as distinct motivational processes in women’s eating regulation: A self-determination theory perspective. *Journal of Health Psychology, 25*(12), 1965–1977. <https://doi.org/10.1177/1359105318781943>
- Guertin, C., Barbeau, K., Pelletier, L., & Martinelli, G. (2017). Why do women engage in fat talk? Examining fat talk using Self-Determination Theory as an explanatory framework. *Body Image, 20*, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.10.008>
- Guertin, C., Pelletier, L., & Pope, P. (2020). The validation of the Healthy and Unhealthy Eating Behavior Scale (HUEBS): Examining the interplay between stages of change and motivation and their association with healthy and



- unhealthy eating behaviors and physical health. *Appetite*, *144*, 104487.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104487>
- Guertin, C., Rocchi, M., Pelletier, L. G., Émond, C., & Lalande, G. (2015). The role of motivation and the regulation of eating on the physical and psychological health of patients with cardiovascular disease. *Journal of Health Psychology*, *20*(5), 543–555. <https://doi.org/10.1177/1359105315573471>
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *9*(1).  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>
- Gurung, R. A. R. (2019). Cultural influences on health. In *Cross-cultural psychology: Contemporary themes and perspectives, 2nd ed* (o. 451–466). Wiley Blackwell.  
<https://doi.org/10.1002/9781119519348.ch21>
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Harris, J. (2006). The Process by Which Relative Autonomous Motivation Affects Intentional Behavior: Comparing Effects Across Dieting and Exercise Behaviors. *Motivation and Emotion*, *30*(4), 306–320. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9046-5>
- Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Chater, A., Mallett, C., Pal, S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health-related behaviors: Between- and within-participants analyses. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *2*(1), 565–601.  
<https://doi.org/10.1080/21642850.2014.912945>
- Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, *21*(6), 770–782. <https://doi.org/10.1093/her/cyl094>
- Hamilton, T., Hoffman, J., Arsiwalla, D., Volpe, R., Schmidt, E., & Gropper, S. (2018). Gender comparisons of young adults' eating behavior regulation: Re-examination of the Regulation of Eating Behavior Scale (REBS). *Appetite*, *126*, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.03.014>
- Han, J. C., Lawlor, D. A., & Kimm, S. Y. S. (2010). Childhood obesity. *Lancet (London, England)*, *375*(9727), 1737–1748. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60171-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60171-7)

- Hart, S. R., Pierson, S., Goto, K., & Giampaoli, J. (2018). Development and initial validation evidence for a mindful eating questionnaire for children. *Appetite*, *129*, 178–185. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.010>
- Hawks, S. R., Madanat, H. N., Merrill, R. M., Goudy, M. B., & Miyagawa, T. (2002). A cross-cultural comparison of health promoting behaviors among college students. *The Journal of Health Education*, *5*, 84–92.
- Hawks, S. R., Madanat, H. N., Merrill, R. M., Goudy, M. B., & Miyagawa, T. (2003). A cross-cultural analysis of ‘motivation for eating’ as a potential factor in the emergence of global obesity: Japan and the United States. *Health Promotion International*, *18*(2), 153–162. <https://doi.org/10.1093/heapro/18.2.153>
- Hay, P. J., & Claudino, A. M. (2010). Bulimia nervosa. *BMJ Clinical Evidence*, *2010*, 1009.
- Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: Findings from EAT 2010–2018. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(1), 287–294. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00852-4>
- Hennessy, E., Hughes, S. O., Goldberg, J. P., Hyatt, R. R., & Economos, C. D. (2012). Permissive Parental Feeding Behavior Is Associated with an Increase in Intake of Low-Nutrient-Dense Foods among American Children Living in Rural Communities. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*(1), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.08.030>
- Herle, M., De Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, D. S., Loos, R. J. F., Bryant-Waugh, R., Bulik, C. M., & Micali, N. (2019). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.174>
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating1. *Journal of Personality*, *43*(4), 647–660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x>
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1983). A Boundary Model for the Regulation of Eating. *Psychiatric Annals*, *13*(12), 918–927. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19831201-03>

- Herman, K. M., Hopman, W. M., & Rosenberg, M. W. (2013). Self-rated health and life satisfaction among Canadian adults: Associations of perceived weight status versus BMI. *Quality of Life Research*, 22(10), 2693–2705.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-013-0394-9>
- Herrera, B. M., & Lindgren, C. M. (2010). The Genetics of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 10(6), 498–505. <https://doi.org/10.1007/s11892-010-0153-z>
- Hill, D., Conner, M., Clancy, F., Moss, R., Wilding, S., Bristow, M., & O'Connor, D. B. (2022). Stress and eating behaviours in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(2), 280–304.  
<https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1923406>
- Hoare, J. K., Lister, N. B., Garnett, S. P., Baur, L. A., & Jebeile, H. (2022). Mindful and Intuitive Eating Imagery on Instagram: A Content Analysis. *Nutrients*, 14(18), 3834. <https://doi.org/10.3390/nu14183834>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Hong, P. Y., Lishner, D. A., & Han, K. H. (2014). Mindfulness and Eating: An Experiment Examining the Effect of Mindful Raisin Eating on the Enjoyment of Sampled Food. *Mindfulness*, 5(1), 80–87. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0154-x>
- Hood, M., Moore, L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L., & Ellison, R. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 24(10), 1319–1325. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801396>
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673–689. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
- Hruby, A., Manson, J. E., Qi, L., Malik, V. S., Rimm, E. B., Sun, Q., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2016). Determinants and Consequences of Obesity. *American Journal of Public Health*, 106(9), 1656–1662.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303326>
- Hsu, Y.-T., Buckworth, J., Focht, B. C., & O'Connell, A. A. (2013). Feasibility of a Self-Determination Theory-based exercise intervention promoting Healthy at

- Every Size with sedentary overweight women: Project CHANGE. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(2), 283–292.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.11.007>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.  
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S., & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44(1), 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.08.007>
- Hughes, V. (2013). The big fat truth. *Nature News*, 497(7450), 428.
- Hulbert-Williams, L., Nicholls, W., Joy, J., & Hulbert-Williams, N. (2014). Initial Validation of the Mindful Eating Scale. *Mindfulness*, 5(6), 719–729.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0227-5>
- Hurley, K. M., Cross, M. B., & Hughes, S. O. (2011). A Systematic Review of Responsive Feeding and Child Obesity in High-Income Countries. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 495–501. <https://doi.org/10.3945/jn.110.130047>
- Hutchinson, D. M., & Rapee, R. M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1557–1577.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.007>
- Huxley, R., Mendis, S., Zheleznyakov, E., Reddy, S., & Chan, J. (2010). Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictors of cardiovascular risk—A review of the literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(1), 16–22. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.68>
- Inagaki, H., Ito, K., Sakuma, N., Sugiyama, M., Okamura, T., & Awata, S. (2013). [Reliability and validity of the simplified Japanese version of the WHO-Five Well-being Index (S-WHO-5-J)]. [*Nihon Koshu Eisei Zasshi*] *Japanese Journal of Public Health*, 60(5), 294–301.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, Á. M., & Samdal, O. (2020). Key findings: Overweight, underweight and body image. In *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey*

- in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data.* (Köt. 2).  
WHO Regional Office for Europe;
- Jackson, A. M., Cox, A. E., Sano, Y., Parker, L., & Lanigan, J. (2022). Body image and eating behaviors: A latent profile analysis. *Body Image, 41*, 396–405.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.04.013>
- Jackson, A. M., Parker, L., Sano, Y., Cox, A. E., & Lanigan, J. (2022). Associations between body image, eating behavior, and diet quality. *Nutrition and Health, 02601060221090696*. <https://doi.org/10.1177/02601060221090696>
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C., & Bacon, S. L. (2018). Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology, 37*(5), 417–432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- James, P., Seward, M. W., James O'Malley, A., Subramanian, S., & Block, J. P. (2017). Changes in the food environment over time: Examining 40 years of data in the Framingham Heart Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14*(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0537-4>
- Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2016). The Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28): A parsimonious version validated for longitudinal use from 2 to 5 years—ScienceDirect. *Appetite, 100*, 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.031>
- Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*(1), 130. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-130>
- Jayedi, A., Soltani, S., Zargar, M. S., Khan, T. A., & Shab-Bidar, S. (2020). Central fatness and risk of all cause mortality: Systematic review and dose-response meta-analysis of 72 prospective cohort studies. *BMJ*, m3324.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.m3324>
- Jolliffe, I. T. (Szerk.). (2002). Introduction. In *Principal Component Analysis* (o. 1–9). Springer. [https://doi.org/10.1007/0-387-22440-8\\_1](https://doi.org/10.1007/0-387-22440-8_1)

- Jordan, C. H., Wang, W., Donatoni, L., & Meier, B. P. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences, 68*, 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.013>
- Kabat-Zinn, J. (2005). Introduction. Stress, Pain, and Illness: Facing the Full Catastrophe. In *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (o. 1-16.). Delta Trade Paperbacks.
- Kaikkonen, J. E., Mikkilä, V., & Raitakari, O. T. (2014). Role of Childhood Food Patterns on Adult Cardiovascular Disease Risk. *Current Atherosclerosis Reports, 16*(10), 443. <https://doi.org/10.1007/s11883-014-0443-z>
- Kaiser, S., & Kyrrestad, H. (2019). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Verdens helseorganisasjon Well-Being Index (WHO-5)*. 9.
- Kapitány-Fövény, M., Urbán, R., Varga, G., Potenza, M. N., Griffith, M. D., Szekely, A., Paksi, B., Kun, B., Farkas, J., Kökönyei, G., & Demetrovics, Z. (2018). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): An alternative three-factor model. *Manuscript submitted for publication*.
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of nervous and mental disease, 152*(2), 181–201.
- Kato, Y., Hu, C., Wang, Y., & Kojima, A. (2021). Psychometric validity of the motivation for healthy eating scale (MHES), short version in Japanese. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01469-1>
- Kato, Y., Iwanaga, M., Roth, R., Hamasaki, T., & Greimel, E. (2013). Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES). *Psychology, 4*(2), 136–141. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.42020>
- Kawasaki, Y., Akamatsu, R., Omori, M., Sugawara, M., Yamazaki, Y., Matsumoto, S., Fujiwara, Y., Iwakabe, S., & Kobayashi, T. (2020). Development and validation of the Expanded Mindful Eating Scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 33*(4/5), 309–321. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2020-0009>
- Kayano, M., Yoshiuchi, K., Al-Adawi, S., Viernes, N., Dorvlo, A. S. S., Kumano, H., Kuboki, T., & Akabayashi, A. (2008). Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: Cross-cultural study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01772.x>

- Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 422–432.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.422>
- Keller, C., Hartmann, C., & Siegrist, M. (2016). The association between dispositional self-control and longitudinal changes in eating behaviors, diet quality, and BMI. *Psychology & Health, 31*(11), 1311–1327.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1204451>
- Keller, K., Kling, S., Fuchs, B., Pearce, A., Reigh, N., Masterson, T., & Hickok, K. (2019). A Biopsychosocial Model of Sex Differences in Children’s Eating Behaviors. *Nutrients, 11*(3), 682. <https://doi.org/10.3390/nu11030682>
- Kells, M., & Kelly-Weeder, S. (2019). Binge eating behavior among a cohort of normal weight college women. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 31*(12), 741–746.  
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000317>
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body image, 11*(4), 446–453.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.005>
- Kerin, J. L., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite, 132*, 139–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.10.011>
- Keski-Rahkonen, A., Bulik, C. M., Pietiläinen, K. H., Rose, R. J., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Eating styles, overweight and obesity in young adult twins. *European Journal of Clinical Nutrition, 61*(7), 822–829.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602601>
- Khalsa, A. S., Woo, J. G., Kharofa, R. Y., Geraghty, S. R., DeWitt, T. G., & Copeland, K. A. (2019). Parental intuitive eating behaviors and their association with infant feeding styles among low-income families. *Eating Behaviors, 32*, 78–84.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.001>

- Khan, Z., & Zadeh, Z. F. (2014). Mindful Eating and it's Relationship with Mental Well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *159*, 69–73.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.330>
- Kiefner-Burmeister, A. E., Hoffmann, D. A., Meers, M. R., Koball, A. M., & Musher-Eizenman, D. R. (2014). Food consumption by young children: A function of parental feeding goals and practices. *Appetite*, *74*, 6–11.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.11.011>
- Kininmonth, A. R., Smith, A. D., Llewellyn, C. H., & Fildes, A. (2020). Socioeconomic status and changes in appetite from toddlerhood to early childhood. *Appetite*, *146*, 104517. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104517>
- Kirk, S. F. L., Penney, T. L., & McHugh, T.-L. F. (2010). Characterizing the obesogenic environment: The state of the evidence with directions for future research. *Obesity Reviews*, *11*(2), 109–117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00611.x>
- Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I., & Anschütz, D. (2018). Picture Perfect: The Direct Effect of Manipulated Instagram Photos on Body Image in Adolescent Girls. *Media Psychology*, *21*(1), 93–110.  
<https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>
- Koh, G. A., Scott, J. A., Woodman, R. J., Kim, S. W., Daniels, L. A., & Magarey, A. M. (2014). Maternal feeding self-efficacy and fruit and vegetable intakes in infants. Results from the SAIDI study. *Appetite*, *81*, 44–51.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.008>
- Kontinen, H., Van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *16*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>
- Kratt, P., Reynolds, K., & Shewchuk, R. (2000). The Role of Availability as a Moderator of Family Fruit and Vegetable Consumption. *Health Education & Behavior*, *27*(4), 471–482. <https://doi.org/10.1177/109019810002700409>
- Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2018). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promotion International*, *33*(3), 378–389.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/daw084>



- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders, 19*(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- LaCaille, L. (2020). Eating behavior. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (o. 641–642).
- Lakshman, R., Elks, C. E., & Ong, K. K. (2012). Childhood Obesity. *Circulation, 126*(14), 1770–1779. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.047738>
- Larsson, S. C., & Burgess, S. (2021). Causal role of high body mass index in multiple chronic diseases: A systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. *BMC Medicine, 19*(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02188-x>
- Latner, J. D., Ciao, A. C., Wendicke, A. U., Murakami, J. M., & Durso, L. E. (2013). Community-based behavioral weight-loss treatment: Long-term maintenance of weight loss, physiological, and psychological outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 51*(8), 451–459. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.009>
- Lattimore, P., Fisher, N., & Malinowski, P. (2011). A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite, 56*(2), 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.12.007>
- Lavie, C. J., Carbone, S., Kachur, S., O’Keefe, E. L., & Elagizi, A. (2019). Effects of Physical Activity, Exercise, and Fitness on Obesity-Related Morbidity and Mortality: *Current Sports Medicine Reports, 18*(8), 292–298. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000623>
- Lawlor, E. R., Islam, N., Bates, S., Griffin, S. J., Hill, A. J., Hughes, C. A., Sharp, S. J., & Ahern, A. L. (2020). Third-wave cognitive behaviour therapies for weight management: A systematic review and network meta-analysis. *Obesity Reviews, 21*(7). <https://doi.org/10.1111/obr.13013>
- Ledoux, T. A., Hingle, M. D., & Baranowski, T. (2011). Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: A systematic review: FV review. *Obesity Reviews, 12*(5), e143–e150. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00786.x>
- Lee, D., Sui, X., Artero, E. G., Lee, I.-M., Church, T. S., McAuley, P. A., Stanford, F. C., Kohl, H. W., & Blair, S. N. (2011). Long-Term Effects of Changes in Cardiorespiratory Fitness and Body Mass Index on All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality in Men: The Aerobics Center Longitudinal

- Study. *Circulation*, 124(23), 2483–2490.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.038422>
- Lee, H. A., Lee, W. K., Kong, K.-A., Chang, N., Ha, E.-H., Hong, Y. S., & Park, H. (2011). The Effect of Eating Behavior on Being Overweight or Obese During Preadolescence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 44(5), 226–233. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2011.44.5.226>
- Lee, Y. S. (2009). *Consequences of Childhood Obesity*. 38(1).
- Leong, S. L., Madden, C., Gray, A., & Horwath, C. (2012). Self-Determined, Autonomous Regulation of Eating Behavior Is Related to Lower Body Mass Index in a Nationwide Survey of Middle-Aged Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(9), 1337–1346.  
<https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.04.018>
- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2006). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22(5), 691–702. <https://doi.org/10.1093/her/cyl148>
- Levine, C. S., Miyamoto, Y., Markus, H. R., Rigotti, A., Boylan, J. M., Park, J., Kitayama, S., Karasawa, M., Kawakami, N., Coe, C. L., Love, G. D., & Ryff, C. D. (2016). Culture and Healthy Eating: The Role of Independence and Interdependence in the United States and Japan. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(10), 1335–1348.  
<https://doi.org/10.1177/0146167216658645>
- Levinson, C. A., & Brosco, L. C. (2016). Cultural and Ethnic Differences in Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors. *Current Psychiatry Reviews*, 12, 163–174.
- Li, K.-K., Concepcion, R. Y., Lee, H., Cardinal, B. J., Ebbeck, V., Woekel, E., & Readdy, R. T. (2012). An Examination of Sex Differences in Relation to the Eating Habits and Nutrient Intakes of University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(3), 246–250.  
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.10.002>
- Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/eat.23509>

- Lo Coco, G., & Ricardelli, L. A. (2018). Binge eating and obesity. In C. Hankey (Szerk.), *Advanced Nutrition and Dietetics in Obesity*. (o. 78-84.). Wiley-Blackwell.
- Lohse, B., Satter, E., Horacek, T., Gebreselassie, T., & Oakland, M. J. (2007). Measuring Eating Competence: Psychometric Properties and Validity of the ecSatter Inventory. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(5, Supplement), S154–S166. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.04.371>
- Ludwig, V. U., Brown, K. W., & Brewer, J. A. (2020). Self-Regulation Without Force: Can Awareness Leverage Reward to Drive Behavior Change? *Perspectives on Psychological Science*, 15(6), 1382–1399. <https://doi.org/10.1177/1745691620931460>
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In *Handbook of Child Psychology* (Köt. 4, o. 1–101). Wiley. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1572824499416286080>
- Magarey, A., Mauch, C., Mallan, K., Perry, R., Elovaris, R., Meedeniya, J., Byrne, R., & Daniels, L. (2016). Child dietary and eating behavior outcomes up to 3.5 years after an early feeding intervention: The NOURISH RCT: Child Diet and Eating Behavior Outcomes: NOURISH. *Obesity*, 24(7), 1537–1545. <https://doi.org/10.1002/oby.21498>
- Magkos, F., Fraterrigo, G., Yoshino, J., Luecking, C., Kirbach, K., Kelly, S. C., de las Fuentes, L., He, S., Okunade, A. L., Patterson, B. W., & Klein, S. (2016). Effects of Moderate and Subsequent Progressive Weight Loss on Metabolic Function and Adipose Tissue Biology in Humans with Obesity. *Cell Metabolism*, 23(4), 591–601. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.02.005>
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A.-M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare’s search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220-233.
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A

- Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PloS One*, 11(6), e0157240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157240>
- Mantzios, M. (2021). (Re)defining mindful eating into mindful eating behaviour to advance scientific enquiry. *Nutrition and Health*, 026010602098409. <https://doi.org/10.1177/0260106020984091>
- Mantzios, M. (2023). Mindful eating: A conceptual critical review of the literature, measurement and intervention development. *Nutrition and Health*, 026010602311534. <https://doi.org/10.1177/02601060231153427>
- Mantzios, M., Egan, H., Hussain, M., Keyte, R., & Bahia, H. (2018). Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: An exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 833–840. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0548-4>
- Mantzios, M., & Wilson, J. C. (2015). Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. *Current Obesity Reports*, 4(1), 141–146. <https://doi.org/10.1007/s13679-014-0131-x>
- Markowitz, J. T., Butryn, M. L., & Lowe, M. R. (2008). Perceived deprivation, restrained eating and susceptibility to weight gain. *Appetite*, 51(3), 720–722. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.03.017>
- Martin, H. (2019). *Motivational profiles for eating behaviour and their associations with intuitive eating and body mass index in New Zealand women*. [Thesis, Master of Dietetics]. University of Otago.
- Mason, A. E., Epel, E. S., Aschbacher, K., Lustig, R. H., Acree, M., Kristeller, J., Cohn, M., Dallman, M., Moran, P. J., Bacchetti, P., Laraia, B., Hecht, F. M., & Daubenmier, J. (2016). Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the SHINE randomized controlled trial. *Appetite*, 100, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.009>
- Mason, A. E., Epel, E. S., Kristeller, J., Moran, P. J., Dallman, M., Lustig, R. H., Acree, M., Bacchetti, P., Laraia, B. A., Hecht, F. M., & Daubenmier, J. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: Data from the SHINE randomized

- controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 201–213.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-015-9692-8>
- Mattes, R., & Tan, S. (2019). Obesity: The influence of the food environment on ingestive behaviors. In *Handbook of Obesity—Epidemiology, Etiology and Physiopathology* (o. 317–325). CRC Press.
- Mensingher, J. L., Calogero, R. M., Stranges, S., & Tylka, T. L. (2016). A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite*, 105, 364–374.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.006>
- Metcalfe, J. J., & Fiese, B. H. (2018). Family food involvement is related to healthier dietary intake in preschool-aged children. *Appetite*, 126, 195–200.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.03.021>
- Meuwissen, A. S., & Carlson, S. M. (2019). An experimental study of the effects of autonomy support on preschoolers' self-regulation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 60, 11–23.  
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2018.10.001>
- Mills, J. S., & Palandra, A. (2008). Perceived caloric content of a preload and disinhibition among restrained eaters. *Appetite*, 50(2–3), 240–245.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.007>
- Min, J., Chiu, D. T., & Wang, Y. (2013). Variation in the heritability of body mass index based on diverse twin studies: A systematic review: Variation in heritability of body mass index. *Obesity Reviews*, 14(11), 871–882.  
<https://doi.org/10.1111/obr.12065>
- Minadeo, M., & Pope, L. (2022). Weight-normative messaging predominates on TikTok—A qualitative content analysis. *PLOS ONE*, 17(11), e0267997.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267997>
- Monroe, J. T. (2015). Mindful Eating: Principles and Practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 217–220. <https://doi.org/10.1177/1559827615569682>
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful Eating and Its Relationship to Body Mass Index and Physical Activity Among University Students. *Mindfulness*, 4(3), 269–274. [https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-](https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3)

- Moore, S. N., Tapper, K., & Murphy, S. (2010). Feeding goals sought by mothers of 3–5-year-old children. *British Journal of Health Psychology, 15*(1), 185–196. <https://doi.org/10.1348/135910709X447668>
- Mori N., Asakura K., & Sasaki S. (2016). Differential dietary habits among 570 young underweight Japanese women with and without a desire for thinness: A comparison with normal weight counterparts. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 25*(1), 97–107. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2016.25.2.04>
- Morrison, C. D., & Berthoud, H.-R. (2008). Neurobiology of Nutrition and Obesity. *Nutrition Reviews, 65*(12), 517–534. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2007.tb00277.x>
- Morrison, H., Power, T. G., Nicklas, T., & Hughes, S. O. (2013). Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. *Appetite, 63*, 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.12.017>
- Munkholm, A., Olsen, E. M., Rask, C. U., Clemmensen, L., Rimvall, M. K., Jeppesen, P., Micali, N., & Skovgaard, A. M. (2016). Early Predictors of Eating Problems in Preadolescence—A Prospective Birth Cohort Study. *Journal of Adolescent Health, 58*(5), 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.01.006>
- Murakami, K., Livingstone, M., & Sasaki, S. (2018). Thirteen-Year Trends in Dietary Patterns among Japanese Adults in the National Health and Nutrition Survey 2003–2015: Continuous Westernization of the Japanese Diet. *Nutrients, 10*(8), 994. <https://doi.org/10.3390/nu10080994>
- Murakami, K., Shinozaki, N., Yuan, X., Tajima, R., Matsumoto, M., Masayasu, S., & Sasaki, S. (2022). Food Choice Values and Food Literacy in a Nationwide Sample of Japanese Adults: Associations with Sex, Age, and Body Mass Index. *Nutrients, 14*(9), 1899. <https://doi.org/10.3390/nu14091899>
- Murphy, M. J., Mermelstein, L. C., Edwards, K. M., & Gidycz, C. A. (2012). The Benefits of Dispositional Mindfulness in Physical Health: A Longitudinal Study of Female College Students. *Journal of American College Health, 60*(5), 341–348. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.629260>
- Musher-Eizenman, D., De Lauzon-Guillain, B., Holub, S. C., Leporc, E., & Charles, M. A. (2009). Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite, 52*(1), 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.08.007>

- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 960–972.  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998). *MPlus User's Guide. Eighth Edition.* (Muthén&Muthén).
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85–101.  
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223–250.  
<https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Németh, Á., & Román, N. (2019). Tápláltsági állapot, testkép és testtömeg-szabályozás. In Á. Németh & D. Várnai (Szerk.), *Kamaszélelmód Magyarországon.* (o. 195-207.). ELTE PPK-L'Harmattan Kiadó.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science, 7*(4), 325–340.
- Niemeier, H. M., Leahey, T., Palm Reed, K., Brown, R. A., & Wing, R. R. (2012). An Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Loss: A Pilot Study. *Behavior Therapy, 43*(2), 427–435. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.10.005>
- Niermann, C. Y. N., Kremers, S. P. J., Renner, B., & Woll, A. (2015). Family Health Climate and Adolescents' Physical Activity and Healthy Eating: A Cross-Sectional Study with Mother-Father-Adolescent Triads. *PLOS ONE, 10*(11), e0143599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143599>
- Nightingale, B. A., & Cassin, S. E. (2019). Disordered Eating Among Individuals with Excess Weight: A Review of Recent Research. *Current Obesity Reports, 8*(2), 112–127. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00333-5>
- Ntoumanis, N., Ng, J. Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C., & Williams, G. C. (2020). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in

- the health domain: Effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 1–31.
- OECD. (2023). *Overweight or obese population*. TheOECD.  
<http://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm>
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior* (2nd ed). Wiley-Blackwell.
- Oláh, A., & Kapitány-Fövény, M. (2012). Ten years of positive psychology. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 19–45. <https://doi.org/10.1556/mpszle.67.2012.1.3>
- Osei-Assibey, G., Dick, S., Macdiarmid, J., Semple, S., Reilly, J. J., Ellaway, A., Cowie, H., & McNeill, G. (2012). The influence of the food environment on overweight and obesity in young children: A systematic review. *BMJ Open*, 2(6), e001538. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001538>
- Papp I., Czeglédi E., Udvardy-Mészáros Á., Vizin G., & Perczel Forintos D. (2014). A viselkedésterápia eredményeinek vizsgálata az elhízás kezelésében egy év távlatában. *Orvosi Hetilap*, 155(30), 1196–1202.  
<https://doi.org/10.1556/OH.2014.29948>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.  
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Peitz, D., Schulze, J., & Warschburger, P. (2021). Getting a deeper understanding of mindfulness in the context of eating behavior: Development and validation of the Mindful Eating Inventory. *Appetite*, 159, 105039.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105039>
- Pelletier, L. G., & Dion, S. C. (2007). An Examination of General and Specific Motivational Mechanisms for the Relations Between Body Dissatisfaction and Eating Behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 303–333.  
<https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.303>
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why Do You Regulate What You Eat? Relationships Between Forms of Regulation, Eating Behaviors, Sustained Dietary Behavior Change, and Psychological Adjustment. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245–277.  
<https://doi.org/10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14>



- Péneau, S., Bénard, M., Robert, M., Allès, B., Andreeva, V. A., Courtois, F., Touvier, M., Leys, C., & Bellisle, F. (2022). Validation of the Flexible and Rigid Cognitive Restraint Scales in a General French Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19), 12519. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912519>
- Pimpin, L., Ambrosini, G. L., Llewellyn, C. H., Johnson, L., van Jaarsveld, C. H., Jebb, S. A., & Wardle, J. (2013). Dietary intake of young twins: Nature or nurture? *The American Journal of Clinical Nutrition*, *98*(5), 1326–1334. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.065250>
- Polivy, J., Coleman, J., & Herman, C. P. (2005). The effect of deprivation on food cravings and eating behavior in restrained and unrestrained eaters. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(4), 301–309. <https://doi.org/10.1002/eat.20195>
- Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*, *70*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>
- Powers, T. A., Koestner, R., & Gorin, A. A. (2008). Autonomy support from family and friends and weight loss in college women. *Families, Systems, & Health*, *26*(4), 404–416. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.26.4.404>
- Proffitt Leyva, R. P., Mengelkoch, S., Gassen, J., Ellis, B. J., Russell, E. M., & Hill, S. E. (2020). Low socioeconomic status and eating in the absence of hunger in children aged 3–14. *Appetite*, *154*, 104755. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104755>
- Putterman, E., & Linden, W. (2004). Appearance Versus Health: Does the Reason for Dieting Affect Dieting Behavior? *Journal of Behavioral Medicine*, *27*(2), 185–204. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000019851.37389.a7>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M. J., Pamies Aubalat, L., Botella Ausina, J., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-

- analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199–206.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>
- Razaz, J. M., Balam, F. H., Karimi, T., Rahmani, J., Kalantari, N., Shariatpanahi, S. P., Bawadi, H., Bhagavathula, A. S., & Roudsari, A. H. (2022). Sex Differences in Healthy Eating: Investigating the Moderating Effect of Self-Efficacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 54(2), 151–158.  
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.05.011>
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A.-K., & Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: Evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 290–299. <https://doi.org/10.1017/S0029665120007004>
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35(7), 891–898.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2010.222>
- Remick, A. K., Pliner, P., & McLean, K. C. (2009). The relationship between restrained eating, pleasure associated with eating, and well-being re-visited. *Eating Behaviors*, 10(1), 42–44. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.11.001>
- Rhee, K. E., Coleman, S. M., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. A., Corwyn, R. F., Davidson, N. S., Bradley, R. H., & Lumeng, J. C. (2009). Maternal Feeding Practices Become More Controlling After and Not Before Excessive Rates of Weight Gain. *Obesity*, 17(9), 1724–1729. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.54>
- Rice, R. E. (2006). Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew surveys. *International Journal of Medical Informatics*, 75(1), 8–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.032>
- Roberts, K. C., & Danoff-Burg, S. (2010). Mindfulness and Health Behaviors: Is Paying Attention Good for You? *Journal of American College Health*, 59(3), 165–173.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2010.484452>
- Robison, J., Putnam, K., & McKibbin, L. (2007). Health at Every Size: A Compassionate, Effective Approach for Helping Individuals with Weight-Related Concerns—Part II. *AAOHN Journal*, 55(5), 185–192.  
<https://doi.org/10.1177/216507990705500503>

- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: A prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-24>
- Rodríguez-Arauz, G., Ramírez-Esparza, N., & Smith-Castro, V. (2016). Food attitudes and well-being: The role of culture. *Appetite*, *105*, 180–188. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.019>
- Rogers, J. M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C. P., & Brennan, L. (2017). Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: A meta-analysis of physical and psychological health outcomes: Mindfulness for adults who are overweight or obese. *Obesity Reviews*, *18*(1), 51–67. <https://doi.org/10.1111/obr.12461>
- Rohde, K., Keller, M., la Cour Poulsen, L., Blüher, M., Kovacs, P., & Böttcher, Y. (2019). Genetics and epigenetics in obesity. *Metabolism*, *92*, 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.10.007>
- Rohrer, J. E., Vickers-Douglas, K. S., & Stroebel, R. J. (2009). Uncontrolled eating and obesity in adult primary care patients. *Obesity Research & Clinical Practice*, *3*(2), 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2009.01.004>
- Román, N., Rigó, A., Gajdos, P., Tóth-Király, I., & Urbán, R. (2021). Intuitive eating in light of other eating styles and motives: Experiences with construct validity and the Hungarian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2. *Body Image*, *39*, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.05.012>
- Román, N., Rigó, A., Kato, Y., Horváth, Z., & Urbán, R. (2020). Cross-cultural comparison of the motivations for healthy eating: Investigating the validity and invariance of the Motivation for Healthy Eating Scale. *Psychology and Health*, *36*(3), 367–383. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1773462>
- Román, N., & Urbán, R. (2019). Mindful Awareness or Self-Regulation in Eating: An Investigation into the Underlying Dimensions of Mindful Eating. *Mindfulness*, *10*(10), 2110–2120. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01170-2>
- Romano, K. A., Swanbrow Becker, M. A., Colgary, C. D., & Magnuson, A. (2018). Helpful or harmful? The comparative value of self-weighing and calorie counting versus intuitive eating on the eating disorder symptomology of college

- students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 841–848. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0562-6>
- Roser, M., & Ritchie, H. (2021). Burden of Disease. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
- Ross, R., Neeland, I. J., Yamashita, S., Shai, I., Seidell, J., Magni, P., Santos, R. D., Arsenault, B., Cuevas, A., Hu, F. B., Griffin, B. A., Zambon, A., Barter, P., Fruchart, J.-C., Eckel, R. H., Matsuzawa, Y., & Després, J.-P. (2020). Waist circumference as a vital sign in clinical practice: A Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nature Reviews. Endocrinology*, 16(3), 177–189. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0310-7>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Rozin, P., Bauer, R., & Catanese, D. (2003). Food and life, pleasure and worry, among American college students: Gender differences and regional similarities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 132–141. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.132>
- Rozin, P., Fischler, C., Imada, S., Sarubin, A., & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to Food and the Role of Food in Life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible Implications for the Diet–Health Debate. *Appetite*, 33(2), 163–180. <https://doi.org/10.1006/appe.1999.0244>
- Russell, C. G., & Russell, A. (2019). A biopsychosocial approach to processes and pathways in the development of overweight and obesity in childhood: Insights from developmental theory and research. *Obesity Reviews*. <https://doi.org/10.1111/obr.12838>
- Russell, C. G., & Worsley, T. (2016). Associations between appetitive traits and food preferences in preschool children. *Food Quality and Preference*, 52, 172–178. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2016.04.006>
- Russell-Mayhew, S., McVey, G., Bardick, A., & Ireland, A. (2012). Mental Health, Wellness, and Childhood Overweight/Obesity. *Journal of Obesity*, 2012, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2012/281801>

- Ruzanska, U. A., & Warschburger, P. (2017). Psychometric evaluation of the German version of the Intuitive Eating Scale-2 in a community sample. *Appetite, 117*, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.06.018>
- Ruzicka, E. B., Darling, K. E., & Sato, A. F. (2021). Controlling child feeding practices and child weight: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 22*(3). <https://doi.org/10.1111/obr.13135>
- Ryan, D. H., & Yockey, S. R. (2017). Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. *Current Obesity Reports, 6*(2), 187–194. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0262-y>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- Sági A., Köteles F., & V. Komlósi A. (2013). Az Önmagunk Iránt Érzett Együttérzés (Önegyüttérzés) skála magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Pszichológia, 33*(4), 293–312. <https://doi.org/10.1556/Pszicho.33.2013.4.3>
- Salvo, V., Curado, D. F., Sanudo, A., Kristeller, J., Schweitzer, M. C., Favarato, M. L., Isidoro, W., & Demarzo, M. (2022). Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes. *Appetite, 177*, 106131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106131>
- Sanzari, C. M., Gorrell, S., Anderson, L. M., Reilly, E. E., Niemiec, M. A., Orloff, N. C., Anderson, D. A., & Hormes, J. M. (2023). The impact of social media use on body image and disordered eating behaviors: Content matters more than duration of exposure. *Eating Behaviors, 49*, 101722. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101722>
- Sarkadi Nagy E., Bakacs M., Illés É., Nagy B., Varga A., Kis O., Schreiberne Molnár E., & Martos É. (2017). Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat – OTÁP2014. II. A magyar lakosság energia- és makrotápanyag-bevitele. *Orvosi Hetilap, 158*(15), 587–597. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30718>
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics, 35*(1), 22–34. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>

- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *94*(suppl\_6), 2006S-2011S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.001685>
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, *99*(S1), S22–S25. <https://doi.org/10.1017/S0007114508892471>
- Schachter, S. (1968). Obesity and Eating: Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*, *161*(3843), 751–756. <https://doi.org/10.1126/science.161.3843.751>
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *114*(5), 734–760. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.12.024>
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., Calogero, R. M., Bardone-Cone, A. M., Higgins, M. K., Frederick, D. A., Kelly, M., Anderson, D. A., Schaumberg, K., Nerini, A., Stefanile, C., Dittmar, H., Clark, E., Adams, Z., Macwana, S., Klump, K. L., ... Swami, V. (2015). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *Psychological Assessment*, *27*(1), 54–67. <https://doi.org/10.1037/a0037917>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Silva, M. N., Markland, D., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Castro, M. M., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: Rationale and intervention description. *BMC Public Health*, *8*(1), 234. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-234>
- Silva, M. N., Marques, M. M., & Teixeira, P. J. (2014). Testing theory in practice: The example of self-determination theory-based interventions. *European Health Psychologist*, *16*(5), 171–180.
- Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: A randomized controlled trial in women.

- Journal of Behavioral Medicine*, 33(2), 110–122.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-009-9239-y>
- Silventoinen, K., Rokholm, B., Kaprio, J., & Sørensen, T. I. A. (2010). The genetic and environmental influences on childhood obesity: A systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity*, 34(1), 29–40.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2009.177>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis: Adult obesity from childhood obesity. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107.  
<https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Simone, M., Telke, S., Anderson, L. M., Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2022). Ethnic/racial and gender differences in disordered eating behavior prevalence trajectories among women and men from adolescence into adulthood. *Social Science & Medicine*, 294, 114720.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114720>
- Simor, P., Petke, Z., & Köteles, F. (2013). Measuring pre-reflexive consciousness: The Hungarian validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Learning & Perception*, 5(Supplement 2), 17–29.  
<https://doi.org/10.1556/LP.5.2013.Suppl2.2>
- Smith, K. E., Haedt-Matt, A., Dougherty, E. N., Ivins-Lukse, M., & Goldschmidt, A. B. (2020). The interactive effects of parental self-efficacy and child eating styles in relation to naturalistically-assessed craving, overeating, and loss of control eating. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1450–1459.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23296>
- Snoek, H. M., Engels, R. C. M. E., van Strien, T., & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, 67, 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.014>
- Spoor, S. T. P., Stice, E., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., Croon, M. A., & Van Heck, G. L. (2006). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 700–707. <https://doi.org/10.1002/eat.20283>
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update

- and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385–395.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Steenhuis, I., & Poelman, M. (2017). Portion Size: Latest Developments and Interventions. *Current Obesity Reports*, 6(1), 10–17.  
<https://doi.org/10.1007/s13679-017-0239-x>
- Steinsbekk, S., Barker, E. D., Llewellyn, C., Fildes, A., & Wichstrøm, L. (2018). Emotional Feeding and Emotional Eating: Reciprocal Processes and the Influence of Negative Affectivity. *Child Development*, 89(4), 1234–1246.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.12756>
- Stewart, T. M., Martin, C. K., & Williamson, D. A. (2022). The Complicated Relationship between Dieting, Dietary Restraint, Caloric Restriction, and Eating Disorders: Is a Shift in Public Health Messaging Warranted? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 491.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19010491>
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131–138. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.2.131>
- Stroebe, W., Mensink, W., Aarts, H., Schut, H., & Kruglanski, A. W. (2008). Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(1), 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2007.01.005>
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Sun, Y., Sekine, M., & Kagamimori, S. (2009). Lifestyle and Overweight Among Japanese Adolescents: The Toyama Birth Cohort Study. *Journal of Epidemiology*, 19(6), 303–310. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20080095>
- Susánszky, éVa, Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002



- országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>
- Swami, V., Caprario, C., Tovée, M. J., & Furnham, A. (2006). Female physical attractiveness in Britain and Japan: A cross-cultural study. *European Journal of Personality*, 20(1), 69–81. <https://doi.org/10.1002/per.568>
- Sweerts, J. S., Fouques, D., Lignier, B., Apfeldorfer, G., Kureta-Vanoli, K., & Romo, L. (2019). Relation between cognitive restraint and weight: Does a content validity problem lead to a wrong axis of care? *Clinical Obesity*, 9(5). <https://doi.org/10.1111/cob.12330>
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)
- Takimoto, H., Yoshiike, N., Kaneda, F., & Yoshita, K. (2004). Thinness Among Young Japanese Women. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1592–1595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.9.1592>
- Tapper, K. (2022). Mindful eating: What we know so far. *Nutrition Bulletin*, 47(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>
- Tasaki, K., & Shin, J. (2017). Japanese response bias: Cross-level and cross-national comparisons on response styles. *The Japanese Journal of Psychology*, 88(1), 32–42. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.88.15065>
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349–359. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>
- Taylor, M. B., Daiss, S., & Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 229–238. <https://doi.org/10.1037/tps0000035>
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J.-M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: A systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>

- Tenk, J., Mátrai, P., Hegyi, P., Rostás, I., Garami, A., Szabó, I., Hartmann, P., Pétervári, E., Czopf, L., Hussain, A., Simon, M., Szujó, S., & Balaskó, M. (2018). Perceived stress correlates with visceral obesity and lipid parameters of the metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *95*, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.05.014>
- The Look AHEAD Research Group. (2014). Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: The look AHEAD study. *Obesity*, *22*(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/oby.20662>
- Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P., & Karlsson, J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: The Swedish Young Male Twins Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *81*(3), 564–569. <https://doi.org/10.1093/ajcn/81.3.564>
- Thompson, J. K., Shroff, H., Herbozo, S., Cafri, G., Rodriguez, J., & Rodriguez, M. (2007). Relations Among Multiple Peer Influences, Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Self-Esteem: A Comparison of Average Weight, At Risk of Overweight, and Overweight Adolescent Girls. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl022>
- Tóth-Király, I., Bóthe, B., & Orosz, G. (2017). Exploratory Structural Equation Modeling Analysis of the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, *8*(4), 881–892. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0662-1>
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research*, *185*(1–2), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.005>
- Tribole, E., & Resch, E. (2003). *Intuitive eating: A revolutionary program that works* (Newly rev. and updated). St. Martin's Griffin.
- Tribole, E., & Resch, E. (2020). *Intuitive eating: An anti-diet revolutionary approach* (4th edition). St. Martin's Essentials.
- Truman, E., Lane, D., & Elliott, C. (2017). Defining food literacy: A scoping review. *Appetite*, *116*, 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.007>

- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology, 53*(2), 226–240.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *Journal of Obesity, Article ID 983495*, 1–19.
- Tylka, T. L., Calogero, R. M., & Daniélsdóttir, S. (2015). Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite, 95*, 166–175. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.004>
- Tylka, T. L., Calogero, R. M., & Daniélsdóttir, S. (2020). Intuitive eating is connected to self-reported weight stability in community women and men. *Eating Disorders, 28*(3), 256–264. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1580126>
- Tylka, T. L., Eneli, I. U., Kroon Van Diest, A. M., & Lumeng, J. C. (2013). Which adaptive maternal eating behaviors predict child feeding practices? An examination with mothers of 2- to 5-year-old children. *Eating Behaviors, 14*(1), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.10.014>
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology, 60*(1), 137–153. <https://doi.org/10.1037/a0030893>
- Tylka, T. L., Lumeng, J. C., & Eneli, I. U. (2015). Maternal intuitive eating as a moderator of the association between concern about child weight and restrictive child feeding. *Appetite, 95*, 158–165.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.023>
- Tylka, T. L., Rodgers, R. F., Calogero, R. M., Thompson, J. K., & Harriger, J. A. (2023). Integrating social media variables as predictors, mediators, and moderators within body image frameworks: Potential mechanisms of action to consider in future research. *Body Image, 44*, 197–221.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.01.004>
- Ul-Haq, Z., Mackay, D. F., Fenwick, E., & Pell, J. P. (2013). Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36: BMI and Health-Related Quality of Life. *Obesity, 21*(3), E322–E327. <https://doi.org/10.1002/oby.20107>

- Ulian, M. D., Aburad, L., da Silva Oliveira, M. S., Poppe, A. C. M., Sabatini, F., Perez, I., Gualano, B., Benatti, F. B., Pinto, A. J., Roble, O. J., Vessoni, A., de Moraes Sato, P., Unsain, R. F., & Baeza Scagliusi, F. (2018). Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: A systematic review: A systematic review on HAES® interventions. *Obesity Reviews*, *19*(12), 1659–1666. <https://doi.org/10.1111/obr.12749>
- Vainik, U., García-García, I., & Dagher, A. (2019). Uncontrolled eating: A unifying heritable trait linked with obesity, overeating, personality and the brain. *European Journal of Neuroscience*, *50*(3), 2430–2445. <https://doi.org/10.1111/ejn.14352>
- van der Horst, K., Ferrage, A., & Rytz, A. (2014). Involving children in meal preparation. Effects on food intake. *Appetite*, *79*, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.030>
- van Dyck, Z., Herbert, B. M., Happ, C., Kleveman, G. V., & Vögele, C. (2016). German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. *Appetite*, *105*, 798–807. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.019>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. *Public Health Nutrition*, *17*(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, *66*, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>
- van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, *5*(2), 295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
- van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2014). Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, *76*, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.015>

- van Strien, T., & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *International Journal of Eating Disorders, 41*(1), 72–81.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20424>
- van Strien, T., Peter Herman, C., & Verheijden, M. W. (2012). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite, 59*(3), 782–789. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.009>
- Van Tine, M. L., McNicholas, F., Safer, D. L., & Agras, W. S. (2017). Follow-up of selective eaters from childhood to adulthood. *Eating Behaviors, 26*, 61–65.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.003>
- Vandenbosch, L., & Eggermont, S. (2012). Understanding Sexual Objectification: A Comprehensive Approach Toward Media Exposure and Girls' Internalization of Beauty Ideals, Self-Objectification, and Body Surveillance: Media, Adolescent Girls, and Self-Objectification. *Journal of Communication, 62*(5), 869–887.  
<https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2012.01667.x>
- Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umali, E., & Swinburn, B. A. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization, 93*(7), 446–456.  
<https://doi.org/10.2471/BLT.14.150565>
- Varkevisser, R. D. M., van Stralen, M. M., Kroeze, W., Ket, J. C. F., & Steenhuis, I. H. M. (2019). Determinants of weight loss maintenance: A systematic review: Determinants of weight loss maintenance. *Obesity Reviews, 20*(2), 171–211.  
<https://doi.org/10.1111/obr.12772>
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., & Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: A self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*(1), 21.  
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-21>
- Vettori, V., Lorini, C., Milani, C., & Bonaccorsi, G. (2019). Towards the Implementation of a Conceptual Framework of Food and Nutrition Literacy: Providing Healthy Eating for the Population. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5041.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16245041>
- Vollmer, R. L., & Mobley, A. R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.015>
- Wadden, T. A., & Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 32(4), 981–1003.  
[https://doi.org/10.1016/S0889-8529\(03\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0889-8529(03)00072-0)
- Ward, A., & Mann, T. (2000). Don't mind if I do: Disinhibited eating under cognitive load. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 753–763.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.4.753>
- Wardle, J., Chida, Y., Gibson, E. L., Whitaker, K. L., & Steptoe, A. (2011). Stress and Adiposity: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Obesity*, 19(4), 771–778.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2010.241>
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963–970.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisie, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 107–116.  
[https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702\\_5](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_5)
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(02), 272–283.  
<https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Webb, J. B., Rogers, C. B., Etzel, L., & Padro, M. P. (2018). “Mom, quit fat talking—I'm trying to eat (mindfully) here!”: Evaluating a sociocultural model of family fat talk, positive body image, and mindful eating in college women. *Appetite*, 126, 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.003>
- Webb, J. B., Vinoski, E. R., Bonar, A. S., Davies, A. E., & Etzel, L. (2017). Fat is fashionable and fit: A comparative content analysis of Fatspiration and Health at

- Every Size® Instagram images. *Body Image*, 22, 53–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.05.003>
- Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424–441. <https://doi.org/10.1159/000454837>
- Westenhofer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: Is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16(1), 45–55. [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(91\)90110-E](https://doi.org/10.1016/0195-6663(91)90110-E)
- Westenhofer, J., Engel, D., Holst, C., Lorenz, J., Peacock, M., Stubbs, J., Whybrow, S., & Raats, M. (2013). Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eating Behaviors*, 14(1), 69–72.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.10.015>
- What evidence for the benefits of ‘5-a-day’, a Mediterranean diet and sodium restriction on health? (2015). *Drug and Therapeutics Bulletin*, 53(1), 6–9.  
<https://doi.org/10.1136/dtb.2015.1.0301>
- White, B. A., Horwath, C. C., & Conner, T. S. (2013). Many apples a day keep the blues away—Daily experiences of negative and positive affect and food consumption in young adults. *British Journal of Health Psychology*, 18(4), 782–798. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12021>
- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). (2019). *Severe obesity among children aged 6-9 years*. World Health Organization.
- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). (2021). *Report on the fourth round of data collection, 2015-2017*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341189/WHO-EURO-2021-2495-42251-58349-eng.pdf>
- Wiedemann, A. A., & Saules, K. K. (2013). The relationship between emotional eating and weight problem perception is not a function of body mass index or depression. *Eating Behaviors*, 14(4), 525–528.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.07.003>
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 70(1), 115–126.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.1.115>
- Wilson, R. E., Marshall, R. D., Murakami, J. M., & Latner, J. D. (2020). Brief non-dieting intervention increases intuitive eating and reduces dieting intention, body image dissatisfaction, and anti-fat attitudes: A randomized controlled trial. *Appetite*, 148, 104556. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104556>
- Wind, M., de Bourdeaudhuij, I., te Velde, S. J., Sandvik, C., Due, P., Klepp, K.-I., & Brug, J. (2006). Correlates of Fruit and Vegetable Consumption Among 11-Year-Old Belgian-Flemish and Dutch Schoolchildren. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(4), 211–221.  
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.02.011>
- Wing, R. R., Lang, W., Wadden, T. A., Safford, M., Knowler, W. C., Bertoni, A. G., Hill, J. O., Brancati, F. L., Peters, A., Wagenknecht, L., & the Look AHEAD Research Group. (2011). Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 34(7), 1481–1486. <https://doi.org/10.2337/dc10-2415>
- Winkens, L. H. H., van Strien, T., Barrada, J. R., Brouwer, I. A., Penninx, B. W. J. H., & Visser, M. (2018). The Mindful Eating Behavior Scale: Development and Psychometric Properties in a Sample of Dutch Adults Aged 55 Years and Older. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(7), 1277-1290.e4.  
<https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.01.015>
- Winkens, L. H. H., van Strien, T., Brouwer, I. A., Penninx, B. W. J. H., & Visser, M. (2019). Mindful eating and change in depressive symptoms: Mediation by psychological eating styles. *Appetite*, 133, 204–211.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.009>
- World Health Organization. (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008*.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44583>
- World Health Organization. (2019). *Body mass index—BMI*.  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- World Health Organization. (2023). *Obesity*. <https://www.who.int/health-topics/obesity>



- World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. WHO Regional Office for Europe.
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image, 7*(2), 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.003>
- Yee, A. Z. H., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>
- Yokoyama, Y., Onishi, K., Hosoda, T., Amano, H., Otani, S., Kurozawa, Y., & Tamakoshi, A. (2016). Skipping Breakfast and Risk of Mortality from Cancer, Circulatory Diseases and All Causes: Findings from the Japan Collaborative Cohort Study. *Yonago Acta Medica, 59*(1), 55–60.
- Zervos, K., Koletsis, M., Mantzios, M., Skopeliti, N., Tsitsas, G., & Naska, A. (2022). An Eight-Week Mindful Eating Program Applied in a Mediterranean Population With Overweight or Obesity: The EATT Intervention Study. *Psychological Reports, 125*(2), 1011–1040. <https://doi.org/10.1177/0033294120988104>
- Zhang, Q., Hugh-Jones, S., & O'Connor, D. B. (2022). Investigation of psychometric properties of the Mindful Eating Questionnaire in Chinese adolescents and young adults using mixed methods. *Appetite, 176*, 106097. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106097>
- Zimmer-Gembeck, M. J., McKay, A., & Webb, H. J. (2019). The Food-Related Parenting Context: Associations with Parent Mindfulness and Children's Temperament. *Mindfulness, 10*(11), 2415–2428. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01219-2>

## Melléletek

### 1. melléklet: A doktori értekezés részeként adaptálásra és validálásra került kérdőívek

1/A melléklet – A Jelentudatos Evés Kérdőív magyar változata és skálaképzése

#### Jelentudatos Evés Kérdőív

*Az alábbiakban az evéssel kapcsolatos élményeivel, szokásaival összefüggő állításokat olvashat. Kérjük, jelölje meg a négyfokú skálán, hogy milyen gyakorisággal tapasztalja a megadott állításokat. Azt a válaszlehetőséget jelölje meg, amely Ön szerint általában a leginkább jellemző saját magára, és ne azt, amelyiket ideálisnak véli!*

1 = Soha/Ritkán 2 = Néha, 3 = Gyakran, 4 = Általában/Mindig

#### Gátolatlanság

Abbahagyom az evést, ha már úgy érzem, hogy jól laktam, akkor is, ha olyasmit eszek, amit nagyon szeretek.	1	2	3	4
Amikor az étteremben túl nagy adag ételt adnak, abbahagyom az evést, amikor úgy érzem, hogy már tele vagyok.	1	2	3	4
Jellemző, hogy túl sokat eszek, amikor az étteremben korlátlan ételfogyasztásra van lehetőség. <sup>F</sup>	1	2	3	4
Ha még maradt belőle, repetázok abból az ételből, amit nagyon szeretek, akkor is, ha már jól laktam. <sup>F</sup>	1	2	3	4
Ha egy buliban finom az étel, akkor is eszek még, ha már tele vagyok. <sup>F</sup>	1	2	3	4
Amikor az egyik kedvenc ételemet eszem, nem veszem észre, hogy mikor elég. <sup>F</sup>	1	2	3	4
Amikor étteremben eszek, észreveszem, ha a felszolgált adag túl nagy a számomra.	1	2	3	4
A nagyobb adag ételt vagy italt választom attól függetlenül, hogy mennyire vagyok éhes, ha az nem kerül sokkal többbe. <sup>F</sup>	1	2	3	4

### **Tudatos figyelem**

Észreveszem az ételek kifinomultabb ízvilágát is.	1	2	3	4
Mielőtt hozzáfognék az evéshez, gyönyörködöm az étel színeiben és illatában.	1	2	3	4
Külön jó érzést kelt bennem, ha egy étel jól is néz ki a tányéromon.	1	2	3	4
Észreveszem, ha egy kellemes étel elfogyasztása megnyugtat.	1	2	3	4
Az étel minden falatját megízlelem.	1	2	3	4
Észreveszem, ha az étel hatással van a lelki állapotomra.	1	2	3	4
Olyan gyorsan eszek, hogy meg sem ízlelem az ételt. <sup>F</sup>	1	2	3	4

### **Külső ingerek**

Észreveszem, ha az ételreklámok hatására jön meg az étvágyam.	1	2	3	4
Észreveszem, amikor egy édességes tálból csak azért eszek, mert az előttem van.	1	2	3	4
Észreveszem, ha úgy eszek, hogy nem is vagyok éhes.	1	2	3	4
Észreveszem, amikor csak azért kívánom meg az édességet vagy pattogatott kukoricát, mert moziban vagyok.	1	2	3	4
Észreveszem, ha egy nagyobb étkezés után nehéznek vagy lelassultnak érzem magam.	1	2	3	4
Észreveszem, amikor arra készítek egy összejövetelen a sok finom étel, hogy többet egyek, mint kellene.	1	2	3	4

### **Érzelmi válasz**

Amikor szomorú vagyok, eszek, hogy jobban érezzem magam. <sup>F</sup>	1	2	3	4
Amikor feszültnek érzem magam a munkahelyemen, keresek valamit enni. <sup>F</sup>	1	2	3	4

Nehezemre esik, hogy ne egyek fagyit, sütit vagy chips-et, ha van otthon.<sup>F</sup> 1 2 3 4

---

Nassolok anélkül, hogy észrevenném, hogy eszek.<sup>F</sup> 1 2 3 4

---

### **Figyelem elterelődése**

---

Evés közben könnyen elterelődnek a gondolataim.<sup>F</sup> 1 2 3 4

---

Szoktam a teendőimen gondolkodni evés közben.<sup>F</sup> 1 2 3 4

---

**Megjegyzés.** <sup>F</sup> = Fordított tétel.

**1/B melléklet – Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála magyar változata és skálaképzési útmutatója**

**Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála**

*Gondoljon az egészséges táplálkozásra! Mit gondol, igazak Önre a következő állítások?  
(Kérjük, karikázza be a megfelelő válasz számát!)*

1 = Egyáltalán nem értek egyet, 6 = Teljes mértékben egyetértek

1. Úgy gondolom, hogy az egészséges táplálkozástól jobban érzem magam.	1	2	3	4	5	6
2. Hozzám közel állók ragaszkodnak ahhoz, hogy egészségesen táplálkozzam.	1	2	3	4	5	6
3. Elvárják tőlem, hogy egészségesen táplálkozzam.	1	2	3	4	5	6
4. Nem igazán tudom, de van egy olyan érzésem, hogy csak időpazarlás azzal próbálkozni, hogy szabályozzam az evési szokásaimat.	1	2	3	4	5	6
5. Szerintem az egészséges táplálkozás nem olyan fontos.	1	2	3	4	5	6
6. Úgy gondolom, hogy szégyenteljes, ha valaki nem táplálkozik egészségesen.	1	2	3	4	5	6
7. Úgy gondolom, hogy jó hatással van testre és lélekre is.	1	2	3	4	5	6
8. Az egészséges táplálkozás alapvető fontosságú az életemben.	1	2	3	4	5	6
9. Szeretek olyan új ételeket kitalálni, melyek jót tesznek az egészségemnek, egészségesek.	1	2	3	4	5	6
10. Az egészséges táplálkozás szerves része az életemnek.	1	2	3	4	5	6
11. Az egészséges táplálkozás az élet fontos aspektusa.	1	2	3	4	5	6
12. Megalázó lenne, ha nem tudnám kontrollálni az evési szokásaimat.	1	2	3	4	5	6
13. Úgy gondolom, hogy az egészséges táplálkozás egy jó eszköz arra, hogy jobban érzem magam a bőrömben általa.	1	2	3	4	5	6
14. Élvezet olyan ételeket készíteni, melyek jót tesznek az egészségemnek.	1	2	3	4	5	6
15. Szégyelleném magam, ha nem táplálkoznék egészségesen.	1	2	3	4	5	6
16. Mások figyelmeztetnek, hogy egészséges táplálkozási szokásokat kövessek.	1	2	3	4	5	6
17. Nem értem, hogy miért kell igyekezni egészségesen táplálkozni.	1	2	3	4	5	6
18. Örömet okoz számomra, ha egészséges ételeket készíthetek.	1	2	3	4	5	6

Fordított tételt a skála nem tartalmaz.

**Az alskálák tételei:**

Intrinzik motiváció: 9, 14, 18

Integrált szabályozás: 8, 10, 11

Identifikált Szabályozás: 1, 7, 13

Introjektált Szabályozás: 6, 12, 15

Externális Szabályozás: 2, 3, 16

Amotiváció: 4, 5, 17

## 1/C melléklet – Az Intuitív Étkezés Skála 2. magyar változata és skálaképzése

### Intuitív Étkezés Skála 2.

*Az alábbiakban az étkezéssel kapcsolatos élményeivel, szokásaival összefüggő állításokat olvashat. Kérjük, jelölje meg minden állítás esetében, hogy mennyire ért vele egyet!*

1 = Egyáltalán nem értek egyet

2 = Nem értek egyet

3 = Egyet is értek, meg nem is

4 = Egyetértek

5 = Teljes mértékben egyetértek

#### Az Evés Feltétel Nélküli Megengedése

1. Igyekszem kerülni azokat az élelmiszereket, amelyeknek magas a zsír-, a szénhidrát- vagy a kalóriatartalma. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5
2. Megtiltottam magamnak bizonyos élelmiszerek fogyasztását. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5
3. Haragszok magamra, amikor egészségtelen ételt eszek. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5
4. Ha megkívánok egy bizonyos ételt, akkor megengedem magamnak, hogy egyek belőle.	1	2	3	4	5
5. Megengedem magamnak, hogy abból az ételből egyek, amire éppen vágyom.	1	2	3	4	5
6. NEM követek étkezési szabályokat vagy fogyókúra előírásokat, amik megmondanák, hogy mit, mikor és/vagy mennyit egyek.	1	2	3	4	5

#### Az Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz

7. Amikor előttenek az érzelmek (pl. ideges, lehangolt vagy szomorú vagyok), azon kapom magam, hogy eszek, még akkor is, ha nem is vagyok éhes. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5
8. Amikor magányosnak érzem magam, van, hogy azon kapom magam, hogy eszek, még akkor is, ha nem is vagyok éhes. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5
9. Evéssel próbálom csillapítani a negatív érzéseimet. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5

10. Amikor stresszelek valami miatt, azon kapom magam, hogy eszek, akkor is, ha nem is vagyok éhes. <sup>F</sup>	1	2	3	4	5
11. Meg tudok birkózni a negatív érzéseimmel (pl. idegesség, szomorúság) anélkül, hogy az evésbe menekülnek.	1	2	3	4	5
12. Unalmamban NEM kezdek el enni csak azért, hogy éppen legyen mit csinálnom.	1	2	3	4	5
13. Amikor magányos vagyok, akkor nem eszem csak azért, hogy jobban érezzem magam.	1	2	3	4	5
14. Az evésen kívül más módokat is találok a stresszel vagy a szorongással való megküzdésre.	1	2	3	4	5

### Az Éhség és a Telítettség Érzeteire Való Hagyatkozás

15. Bízom benne, hogy a testen jelzi számomra, hogy mikor kell ennem.	1	2	3	4	5
16 Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mit egyek.	1	2	3	4	5
17. Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mennyit kell ennem.	1	2	3	4	5
18. Az éhségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor egyek.	1	2	3	4	5
19. A teltségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor hagyjam abba az evést.	1	2	3	4	5
20. Megbízom a testem jelzéseiben arra vonatkozóan, hogy mikor kell abbahagynom az evést.	1	2	3	4	5

### Test és Ételválasztás Közötti Kongruencia

21. Többnyire egészséges élelmiszereket kívánok fogyasztani.	1	2	3	4	5
22. Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek elősegítik a szervezetem jó működését.	1	2	3	4	5
23. Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek energiát és megfelelő állóképességet biztosítanak a szervezetemnek.	1	2	3	4	5

*Megjegyzés.* <sup>F</sup> = Fordított tétel.



## 2. melléklet: A 2. és 3. vizsgálathoz tartozó kiegészítő táblázatok

**Kiegészítő táblázat 1.** Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak leíró statisztikái, Kolmogorov-Smirnov Z és Cronbach- $\alpha$  mutatói.

Alskálák	Átlag (szórás)			Kolmogorov-Smirnov Z			Cronbach- $\alpha$		
	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No
<b>Intrinzik Motiváció</b>	11,50 (3,92)	12,54 (3,22)	12,07 (4,24)	0,082**	0,085**	0,085**	0,89	0,80	0,91
<b>Integrált Szabályozás</b>	11,17 (2,77)	14,60 (2,77)	11,51 (3,78)	0,062**	0,125**	0,084**	0,87	0,86	0,90
<b>Identifikált Szabályozás</b>	14,14 (2,80)	15,73 (2,21)	14,86 (3,31)	0,132**	0,154**	0,143**	0,85	0,81	0,75
<b>Introjektált Szabályozás</b>	7,27 (3,35)	9,38 (3,65)	7,90 (3,29)	0,115**	0,089**	0,095**	0,74	0,84	0,71
<b>Külső Szabályozás</b>	7,84 (3,56)	11,56 (3,56)	9,27 (3,64)	0,122**	0,074**	0,070*	0,82	0,80	0,70
<b>Amotiváció</b>	5,51 (2,51)	6,20 (3,22)	5,20 (2,72)	0,188**	0,160**	0,181**	0,71	0,87	0,74

**Megjegyzés.**  $n$  (magyar minta) = 381,  $n$  (japán minta) = 264,  $n$  (norvég minta) = 293.

\*\*Az eredmény legalább  $p < 0,001$  szinten szignifikáns.

\*Az eredmény legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikáns

**Kiegészítő táblázat 2.** Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak, valamint a 2. vizsgálatban alkalmazott validáló konstruktumok korrelációs mátrixa a magyar és a norvég mintákban.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. Életkor	-	-0,10	<b>0,16</b>	-0,07	<b>0,13</b>	0,06	<b>0,12</b>	-0,01	-0,05	-0,07	-0,01	0,05	-0,01	0,01
2. Nem	-0,04	-	-0,09	-0,02	-0,04	<b>0,19</b>	0,11	<b>0,17</b>	0,07	-0,04	<b>-0,14</b>	0,06	<b>0,23</b>	<b>0,18</b>
3. Túlsúly/elhízás	<b>0,25</b>	<b>-0,20</b>	-	0,06	-0,07	0,00	<b>-0,14</b>	-0,00	<b>0,13</b>	-0,01	0,10	-0,01	<b>0,16</b>	<b>0,13</b>
4. Reggeli kihagyása	0,05	<b>-0,16</b>	<b>0,14</b>	-	<b>-0,16</b>	<b>-0,21</b>	<b>-0,19</b>	<b>-0,12</b>	-0,04	-0,05	0,11	-0,01	0,02	0,03
5. Jólét (WBI-5)	<b>0,11</b>	0,00	0,06	<b>-0,13</b>	-	<b>0,24</b>	<b>0,32</b>	<b>0,19</b>	-0,06	0,04	<b>-0,17</b>	-0,05	<b>-0,20</b>	-0,09
6. Intrinzik Motiváció (MHES)	-0,02	<b>0,29</b>	<b>-0,15</b>	<b>-0,25</b>	<b>0,26</b>	-	<b>0,61</b>	<b>0,35</b>	0,07	-0,01	<b>-0,41</b>	-0,06	0,01	<b>0,17</b>
7. Integrált Szabályozás (MHES)	-0,03	<b>0,20</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,32</b>	<b>0,30</b>	<b>0,69</b>	-	<b>0,44</b>	<b>0,14</b>	0,03	<b>-0,53</b>	-0,06	-0,08	<b>0,18</b>
8. Identifikált Szabályozás (MHES)	0,03	<b>0,23</b>	-0,04	<b>-0,30</b>	<b>0,20</b>	<b>0,66</b>	<b>0,72</b>	-	<b>0,27</b>	<b>0,18</b>	<b>-0,37</b>	0,03	<b>0,13</b>	<b>0,26</b>
9. Introjektált Szabályozás (MHES)	-0,09	0,06	-0,04	<b>-0,16</b>	0,07	<b>0,35</b>	<b>0,42</b>	<b>0,36</b>	-	<b>0,29</b>	0,07	0,01	<b>0,23</b>	<b>0,33</b>
10. Külső Szabályozás (MHES)	-0,09	0,01	0,01	0,04	-0,07	0,09	<b>0,16</b>	<b>0,12</b>	<b>0,27</b>	-	<b>0,13</b>	0,03	<b>0,13</b>	<b>0,14</b>
11. Amotiváció (MHES)	0,02	<b>-0,20</b>	<b>0,13</b>	<b>0,26</b>	<b>-0,19</b>	<b>-0,47</b>	<b>-0,56</b>	<b>-0,56</b>	<b>-0,16</b>	0,09	-	0,02	<b>0,12</b>	-0,10
12. Külső Evés (DEBQ)	-0,07	0,08	<b>-0,15</b>	-0,05	-0,08	-0,02	<b>-0,13</b>	-0,04	0,03	0,05	0,07	-	<b>0,43</b>	-0,06
13. Érzelmi Evés (DEBQ)	-0,03	<b>0,22</b>	0,03	<b>-0,11</b>	<b>-0,18</b>	0,07	-0,02	0,08	<b>0,13</b>	0,09	0,00	<b>0,43</b>	-	<b>0,18</b>
14. Korlátozó Evés (DEBQ)	0,01	<b>0,27</b>	0,10	<b>-0,17</b>	0,07	<b>0,33</b>	<b>0,36</b>	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>	0,03	<b>-0,30</b>	0,03	<b>0,27</b>	-

**Megjegyzés.** Pearson-féle korrelációs együtthatók. A magyar mintához ( $n = 381$ ) tartozó korrelációs együtthatók az átló alatt, a norvég mintához ( $n = 293$ ) tartozó korrelációs együtthatók az átló felett találhatók.

Nem kódolása: 0 = férfi, 1 = nő. Túlsúly/elhízás kódolása: 0 = nem igaz, 1 = igaz. Alultápláltság kódolása: 0 = nem igaz, 1 = igaz. Reggeli kihagyásának kódolása: 0 = rendszerint reggeliző, 1: a reggelit rendszerint kihagyó.

MHES = Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála; DEBQ-C = Holland Evési Magatartás Kérdőív; WBI-5 = WHO Jól-lét Index 5.

Az MHES alsókálai megfigyelt változóként kerültek bevonásra az elemzésbe.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

**Kiegészítő táblázat 3.** Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála faktorainak és a 2. vizsgálatban alkalmazott validáló konstruktumok korrelációs mátrixa a japán mintában.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Életkor	-												
2. Nem	0,07	-											
3. Túlsúly/elhízás	-0,02	-0,10	-										
4. Reggeli kihagyása	-0,08	-0,07	-0,02	-									
5. Jóllet (WBI-5)	-0,03	<b>-0,19</b>	-0,02	0,04	-								
6. Intrinzik Motiváció (MHES)	0,09	<b>0,18</b>	<b>-0,16</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,27</b>	-							
7. Integrált Szabályozás (MHES)	0,08	0,12	-0,10	-0,07	<b>0,28</b>	<b>0,66</b>	-						
8. Identifikált Szabályozás (MHES)	0,09	0,09	-0,10	-0,00	<b>0,19</b>	<b>0,50</b>	<b>0,67</b>	-					
9. Introjektált Szabályozás (MHES)	0,06	-0,06	<b>-0,14</b>	-0,03	<b>0,24</b>	<b>0,48</b>	<b>0,34</b>	<b>0,20</b>	-				
10. Külső Szabályozás (MHES)	-0,01	-0,01	-0,07	0,05	<b>0,18</b>	<b>0,34</b>	<b>0,35</b>	<b>0,33</b>	<b>0,38</b>	-			
11. Amotiváció (MHES)	-0,08	<b>-0,18</b>	0,04	0,09	0,10	<b>-0,22</b>	<b>-0,39</b>	<b>-0,43</b>	0,08	0,06	-		
12. Külső Evés (DEBQ)	<b>-0,15</b>	<b>0,22</b>	0,03	<b>0,13</b>	0,03	<b>0,19</b>	0,10	0,11	0,06	0,08	0,06	-	
13. Érzelmi Evés (DEBQ)	-0,03	<b>0,19</b>	0,07	0,07	-0,01	<b>0,16</b>	0,04	0,05	<b>0,16</b>	0,07	<b>0,21</b>	<b>0,51</b>	-
14. Korlátozó Evés (DEBQ)	<b>0,13</b>	<b>0,22</b>	-0,04	-0,07	0,08	<b>0,32</b>	<b>0,14</b>	0,06	<b>0,19</b>	0,09	<b>0,15</b>	<b>0,19</b>	<b>0,17</b>

*Megjegyzés.*  $n = 264$ . Pearson-féle korrelációs együtthatók.

*Nem kódolása:* 0 = férfi, 1 = nő. *Túlsúly/elhízás* kódolása: 0 = nem igaz, 1 = igaz. *Alultápláltság* kódolása: 0 = nem igaz, 1 = igaz. *Reggeli kihagyásának* kódolása: 0 = rendszerint reggeliző, 1: a reggelit rendszerint kihagyó.

*MHES* = Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála; *DEBQ-C* = Holland Evési Magatartás Kérdőív; *WBI-5* = WHO Jól-lét Index 5.

Az MHES alsókálái megfigyelt változókként kerültek bevonásra az elemzésbe.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.

**Kiegészítő táblázat 4.** Az Egészséges Táplálkozási Motiváció Skála tételeinek a megerősítő faktorelemzés eredményeként kapott faktortöltései a magyar, a norvég és a japán mintában.

Tételek	Amotiváció			Külső Szabályozás			Introjektált Szabályozás			Identifikált Szabályozás			Integrált Szabályozás			Intrinzik Motiváció		
	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No
1. Úgy gondolom, hogy az egészséges táplálkozástól jobban érzem magam.	0,706	0,867	0,725															
2. Hozzám közel állók ragaszkodnak ahhoz, hogy egészségesen táplálkozzam.	0,760	0,807	0,735															
3. Elvárják tőlem, hogy egészségesen táplálkozzam.	0,576	0,816	0,663															
4. Nem igazán tudom, de van egy olyan érzésem, hogy csak időpazarlás azzal próbálkozni, hogy szabályozzam az evési szokásaimat.				0,828	0,769	0,702												
5. Szerintem az egészséges táplálkozás nem olyan fontos.				0,920	0,893	0,644												
6. Úgy gondolom, hogy szégyenteljes, ha valaki nem táplálkozik egészségesen.				0,597	0,600	0,655												

Tételek	Amotiváció			Külső Szabályozás			Introjektált Szabályozás			Identifikált Szabályozás			Integrált Szabályozás			Intrinzik Motiváció		
	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No
7. Úgy gondolom, hogy [az egészséges táplálkozás] jó hatással van testre és lélekre is.							0,710	0,739	0,565									
8. Az egészséges táplálkozás alapvető fontosságú az életemben.							0,579	0,787	0,669									
9. Szeretek olyan új ételeket kitalálni, melyek jót tesznek az egészségemnek, egészségesek.							0,801	0,863	0,791									
10. Az egészséges táplálkozás szerves része az életemnek.										0,795	0,663	0,664						
11. Az egészséges táplálkozás az élet fontos aspektusa.										0,773	0,829	0,805						
12. Megalázó lenne, ha nem tudnám kontrollálni az evési szokásaimat.										0,855	0,813	0,698						
13. Úgy gondolom, hogy az egészséges táplálkozás egy jó eszköz arra, hogy jobban érzem magam a bőrömben általa.													0,796	0,746	0,853			

Tételek	Amotiváció			Külső Szabályozás			Introjektált Szabályozás			Identifikált Szabályozás			Integrált Szabályozás			Intrinzik Motiváció		
	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No	Ma	Ja	No
14. Élvezet olyan ételeket készíteni, melyek jót tesznek az egészségemnek.													0,753	0,843	0,906			
15. Szégyelleném magam, ha nem táplálkoznék egészségesen.													0,785	0,890	0,846			
16. Mások figyelmeztetnek, hogy egészséges táplálkozási szokásokat kövessek.																0,735	0,760	0,854
17. Nem értem, hogy miért kell igyekezni egészségesen táplálkozni.																0,925	0,805	0,847
18. Örömet okoz számomra, ha egészséges ételeket készíthetek.																0,929	0,695	0,919

**Megjegyzés.** A tételek standardizált faktortöltései. *Ma* = Magyar minta ( $n = 381$ ), *Ja* = japán minta ( $n = 264$ ), *No* = Norvég minta ( $n = 293$ ).

**Kiegészítő táblázat 5.** Az Intuitív Értékezés Skála 2. (IES-2) faktorainak és a 3. vizsgálatban alkalmazott validáló konstruktumok korrelációs mátrixa nemi bontásban.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
<b>1. Az Evés Feltétel Nélküli Megengedése (IES-2)</b>	-	0,22	0,44	-0,41	-0,17	-0,25	-0,56	-0,57	-0,02	-0,85	-0,26	0,49	0,10	0,21	0,23	-0,11	-0,13	0,36	-0,51	-0,35	-0,45	-0,43
<b>2. Érzelmi Helyett a Fizikai Éhség Jeleire Adott Evési Válasz (IES-2)</b>	0,32	-	0,48	0,19	0,05	-0,27	-0,10	-0,24	-0,52	-0,13	-0,91	0,49	0,16	0,34	0,08	0,40	0,35	-0,12	0,06	-0,13	-0,24	-0,11
<b>3. Éhség és a Telítettség Érzeteire Való Hagyatkozás (IES-2)</b>	0,49	0,52	-	0,22	-0,05	-0,22	-0,19	-0,29	-0,35	-0,35	-0,44	0,51	0,34	0,30	0,10	0,26	0,20	-0,07	0,09	-0,13	-0,34	-0,16
<b>4. Test és Étleválasztás Közötti Kongruencia (IES-2)</b>	-0,33	0,26	0,12	-	0,16	-0,05	0,31	0,19	-0,26	0,35	-0,15	0,15	0,20	0,03	-0,15	0,25	0,23	-0,44	0,66	0,22	-0,06	0,25

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
<b>5. Életkor</b>	-0,04	-0,11	-0,06	-0,14	-	<b>0,17</b>	0,04	<b>0,11</b>	<b>-0,12</b>	<b>0,13</b>	-0,03	<b>0,07</b>	0,00	0,01	<b>-0,34</b>	<b>0,08</b>	<b>0,12</b>	<b>-0,09</b>	0,06	0,05	-0,04	<b>-0,10</b>
<b>6. BMI</b>	-0,39	-0,21	-0,30	0,01	0,39	-	0,20	<b>0,28</b>	<b>0,17</b>	<b>0,27</b>	0,29	<b>-0,29</b>	-0,06	-0,05	<b>-0,02</b>	<b>-0,12</b>	<b>-0,07</b>	<b>-0,01</b>	0,03	0,09	0,11	<b>-0,01</b>
<b>7. Jelenlegi diétázás</b>	-0,54	-0,10	-0,18	0,25	0,11	<b>0,31</b>	-	<b>0,63</b>	<b>-0,07</b>	<b>0,35</b>	0,10	<b>-0,17</b>	-0,05	-0,09	<b>-0,07</b>	<b>0,02</b>	<b>-0,02</b>	<b>-0,24</b>	0,34	0,08	0,16	<b>0,18</b>
<b>8. Diétázás az elmúlt évben</b>	-0,39	-0,05	-0,14	0,25	0,21	<b>0,25</b>	0,62	-	<b>0,05</b>	<b>0,39</b>	0,23	<b>-0,29</b>	-0,14	-0,16	<b>-0,09</b>	<b>-0,07</b>	<b>-0,01</b>	<b>-0,18</b>	0,30	0,15	0,23	<b>0,18</b>
<b>9. Kontrollálatlan Evés (TFEQ-R21)</b>	0,06	-0,30	-0,21	-0,07	0,04	<b>0,12</b>	0,05	<b>-0,06</b>	-	<b>0,02</b>	0,56	<b>-0,44</b>	-0,07	-0,49	<b>-0,02</b>	<b>-0,43</b>	<b>-0,38</b>	<b>0,24</b>	-0,12	0,07	0,22	<b>0,11</b>
<b>10. Kognitív Korlátozás (TFEQ-R21)</b>	-0,86	-0,31	-0,45	0,17	0,17	<b>0,41</b>	0,47	<b>0,35</b>	<b>0,04</b>	-	0,22	<b>-0,45</b>	-0,07	-0,10	<b>-0,18</b>	<b>0,10</b>	<b>0,16</b>	<b>-0,31</b>	-0,41	0,26	0,46	<b>0,43</b>
<b>11. Érzelmi Evés (TFEQ-R21)</b>	-0,32	-0,87	-0,51	-0,19	0,12	<b>0,19</b>	0,20	<b>0,17</b>	<b>0,42</b>	<b>0,37</b>	-	<b>-0,50</b>	-0,14	-0,34	<b>-0,07</b>	<b>-0,37</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,11</b>	-0,02	0,15	0,29	<b>0,16</b>
<b>12. Elfogadás (MES)</b>	0,53	0,37	0,41	0,14	0,05	<b>-0,27</b>	-0,18	<b>-0,05</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,49</b>	-0,43	-	0,15	0,35	<b>0,10</b>	<b>0,32</b>	<b>0,25</b>	<b>-0,00</b>	-0,13	-0,26	-0,53	<b>-0,30</b>



	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
<b>13. Tudatos Figyelem (MES)</b>	0,17	0,19	0,16	0,06	0,14	<b>0,12</b>	-0,01	<b>0,11</b>	<b>-0,08</b>	<b>-0,07</b>	-0,14	<b>0,06</b>	-	0,10	<b>-0,05</b>	<b>0,40</b>	<b>0,13</b>	<b>-0,19</b>	0,19	-0,01	-0,11	<b>-0,03</b>
<b>14. Nem-reaktivitás (MES)</b>	0,19	0,17	0,15	-0,06	0,01	<b>0,14</b>	-0,28	<b>-0,17</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,09</b>	-0,24	<b>0,16</b>	0,20	-	<b>0,21</b>	<b>0,28</b>	<b>0,20</b>	<b>-0,10</b>	-0,07	-0,15	-0,15	<b>-0,22</b>
<b>15. Megszokás (MES)</b>	0,22	-0,01	0,07	-0,13	-0,05	<b>0,12</b>	-0,29	<b>-0,24</b>	<b>0,06</b>	<b>-0,20</b>	-0,09	<b>0,14</b>	0,07	0,16	-	<b>0,02</b>	<b>-0,04</b>	<b>0,03</b>	-0,12	-0,16	-0,06	<b>-0,20</b>
<b>16. Tudatos Cselekvés (MES)</b>	0,01	0,38	0,19	0,15	0,10	<b>0,15</b>	0,09	<b>0,24</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,06</b>	-0,32	<b>0,16</b>	0,54	0,13	<b>0,05</b>	-	<b>0,51</b>	<b>-0,32</b>	0,20	-0,07	-0,12	<b>0,03</b>
<b>17. Strukturálatlan Étkezés (MES)</b>	0,04	0,21	0,02	-0,07	0,15	<b>0,13</b>	-0,01	<b>0,13</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,05</b>	-0,22	<b>0,24</b>	0,17	0,10	<b>0,04</b>	<b>0,45</b>	-	<b>-0,17</b>	0,15	0,03	-0,08	<b>0,04</b>
<b>18. Amotiváció az egészséges táplálkozásra (MHES)</b>	0,25	-0,11	-0,01	-0,20	0,08	<b>-0,16</b>	-0,15	<b>-0,17</b>	<b>0,15</b>	<b>-0,07</b>	0,11	<b>0,01</b>	-0,23	-0,18	<b>-0,12</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,10</b>	-	-0,60	-0,07	-0,04	<b>-0,24</b>
<b>19. Autonóm motiváció az egészséges táplálkozásra<sup>a</sup> (MHES)</b>	-0,43	0,02	0,16	0,67	-0,10	<b>0,05</b>	0,33	<b>0,23</b>	<b>0,12</b>	<b>0,29</b>	0,08	<b>-0,16</b>	0,10	-0,10	<b>-0,10</b>	<b>0,16</b>	<b>-0,10</b>	<b>-0,29</b>	-	0,36	0,16	<b>0,42</b>

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
<b>20. Kontrollált motiváció az egészséges táplálkozásra<sup>b</sup> (MHES)</b>	-0,19	-0,05	-0,10	0,22	-0,22	<b>-0,00</b>	0,04	<b>-0,01</b>	<b>0,16</b>	<b>0,19</b>	0,07	<b>-0,30</b>	-0,08	-0,19	<b>-0,21</b>	<b>-0,18</b>	<b>-0,04</b>	<b>0,27</b>	0,28	-	0,24	<b>0,28</b>
<b>21. A Karcsúság Ideáljának Internalizálása (SATAQ-4)</b>	-0,43	-0,18	-0,28	-0,19	-0,06	<b>0,18</b>	0,26	<b>0,11</b>	<b>0,15</b>	<b>0,48</b>	0,25	<b>-0,57</b>	-0,13	-0,18	<b>-0,16</b>	<b>-0,03</b>	<b>-0,02</b>	<b>0,08</b>	0,06	0,22	-	<b>0,43</b>
<b>22. Izmos/Atletikus Testalkat Ideáljának Internalizálása (SATAQ-4)</b>	-0,27	0,10	0,05	0,29	-0,24	<b>-0,03</b>	0,30	<b>0,14</b>	<b>0,08</b>	<b>0,19</b>	-0,01	<b>-0,19</b>	0,06	-0,29	<b>-0,13</b>	<b>0,08</b>	<b>-0,16</b>	<b>-0,07</b>	0,41	0,34	0,36	-

**Megjegyzés.**  $n$  (férfi) = 127;  $n$  (nő) = 558. Átló alatti terület: férfiak almintájának eredményei, átló feletti terület: nők almintájának eredményei. Az IES-2. faktorai látens változókként szerepelnek az elemzésben.

*Nem* kódolása: 0 = férfi, 1 = nő. *A jelenlegi, illetve az előző évi diétázás* kódolása: 0 = nem diétázik/diétázott, 1 = diétázik/diétázott.

A félkövérrel kiemelt együtthatók legalább  $p < 0,05$  szinten szignifikánsak.