

A viselkedésterápia eredményeinek vizsgálata az elhízás kezelésében egy év távlatában

Papp Ildikó^{1, 2, 4} ■ Czeglédi Edit² ■ Udvardy-Mészáros Ágnes¹
Vizin Gabriella³ ■ Perczel Forintos Dóra¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ¹Klinikai Pszichológia Tanszék,

²Magatartástudományi Intézet, ³Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

⁴Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

Bevezetés: Az elhízás kezelése korunk egyik legnagyobb kihívása. **Célkitűzés:** A szerzők célja egy önsegítéssel kombinált viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program eredményeinek bemutatása a program során és egy év távlatában. **Módszer:** A 24 hetes testsúlycsökkentő programban 41, az utánkövetésben pedig 33 felnőtt vett részt. Vizsgálták az antropometriai mutatókat (testsúly, testmagasság), és a résztvevőket kérdőívek kitöltésére kérték fel (21 tételű Háromfaktoros Evési Kérdőív, Testgyakorlás: A változás stádiumai – [rövidített forma]). **Eredmények:** A program során a résztvevők 87,8%-a elérte a professzionális súlycsökkentő kezelések számára előírt legalább 5%-os fogyást. Az evési magatartás terén, valamint a rendszeres testedzést végzők arányában szignifikáns javulás mutatkozott. A táplálékbevitel tudatos korlátozásának fokozódása nagyobb arányú fogyással járt együtt. A program lezárása után egy évvel a válaszadók 75,8%-a megtartotta a legalább 5%-os testsúlycsökkenést. Az utánkövetésnél az evési magatartás továbbra is szignifikáns javulást mutatott, azonban a rendszeres testedzést végzők aránya már nem volt lényegesen magasabb a program elején mért értékekhez képest. **Következtetések:** Az eredmények alátámasztják, hogy az elhízás standard viselkedésterápiás kezelésének kiegészítése önsegítő elemekkel költséghatékony módja lehet a sikeres fogyás elősegítésének. *Orv. Hetil., 2014, 155(30), 1196–1202.*

Kulcsszavak: elhízás, viselkedésterápia, testsúlycsökkenés, transteoretikus modell

Outcome of a one-year behavior therapy weight loss program

Introduction: Treatment of obesity has become one of the most challenging issues. **Aim:** The aims of the authors were to present the results of standard behavior therapy weight loss program combined with self-help and the results of one-year follow-up. **Method:** The 24-week program involved 41 participants of which 33 subjects participated in the follow-up. Anthropometric data were obtained and the participants were asked to fill questionnaires (the 21 items Three Factor Eating Questionnaire Revised 21 items; Physical Exercise: Steps of change [Short Form]). **Results:** 87.8% of participants achieved a minimum weight loss of 5% which is the rate expected in professional therapies for obesity. Significant changes in maladaptive eating pattern and an increase in the rate of regular exercise were observed. Significant association was found between the increase of cognitive restraint and the rate of weight loss during treatment. At one-year follow-up the majority of participants (75.8%) did keep their minimum weight loss of 5% and they showed significant change in eating pattern. **Conclusions:** The results suggest that standard behavior therapy extended with self-help elements may be a cost-effective treatment of obesity.

Keywords: obesity, behavior therapy, weight loss, transtheoretical model

Papp, I., Czeglédi, E., Udvardy-Mészáros, Á., Vizin, G., Perczel-Forintos, D. [Outcome of a one-year behavior therapy weight loss program]. *Orv. Hetil., 2014, 155(30), 1196–1202.*

(Beérkezett: 2014. április 14.; elfogadva: 2014. május 18.)

Az elhízás kezelése korunk egyik legnagyobb kihívása. Terjedése napjainkra járványszerű méreteket öltött, mind a felnőttek, mind a gyermekek körében. Kialakulásának okai komplexek és multifaktoriálisak, genetikai, fiziológiai, pszichológiai, társas és kulturális tényezők egyaránt szerepet játszanak benne [1, 2]. Az elhízás kezelésének bizonyítékalapú megközelítései közé tartozó viselkedésterápiás kezelés kidolgozása az 1960-as évekre vezethető vissza [3]. A viselkedésterápia fő célja, hogy azonosítsa és javítsa azokat a maladaptív szokásokat, amelyek hozzájárulnak a páciens súlyproblémáihoz, illetve a testsúlycsökkentő próbálkozások kudarcához [4]. Korábban ez leginkább az étkezési szokások megváltoztatására és a fizikai aktivitás növelésére vonatkozott [5]. Mára számos programot dolgoztak ki, amelyek egyre árnyaltabbakká váltak, számos kognitív elemmel gazdagodtak [6, 7]. Az elhízás viselkedésterápiája általában 10–20 fős csoportokban történik, hetenkénti ülésgyakorisággal, 16–26 héten keresztül [6]. A programokra jellemző, hogy kezelési elvei világosan áttekinthetőek, az ülések menete protokoll alapján történik. A nagyszámú kutatási eredmény szerint a viselkedésterápia mérsékelt, átlagosan tíz százalékos testsúlycsökkenést eredményez [6, 8]. Azonban már az ilyen mértékű súlycsökkenés is mind statisztikailag, mind klinikailag jelentős javulással jár együtt a glükózintolerancia, a vérnyomás, a lipidszint és más egészségi mutatók [9, 10], az életminőség és a mentális egészség tekintetében egyaránt [11].

Hazánkban az elhízás viselkedésterápiáját először 1988-ban alkalmazták [12], de sajnos kevésbé terjedt el. Éppen ezért kutatásunk célja ennek a folytatása volt, nagyobb hangsúlyt fektetve arra, hogy a testsúlycsökkentő csoport támogató önszorgító csoporttá alakuljon. Emellett célunk az eredmények felmérése volt mind a terápia periódusa alatt, mind a program lezárását követő egy év távlatában. Programunk alapja a viselkedésváltozás transz-teoretikus modellje (TTM), amely a szándékolt viselkedésváltozáshoz szükséges lépéseket írja le, és megmutatja, hogy milyen folyamat vezet a kívánatos viselkedés elsajátításához és a nemkívánatos viselkedésekkel való felhagyáshoz [13, 14]. A TTM-et kezdetben főként adiktív betegek kezelésénél használták [15, 16], manapság azonban már többféle egészségkárosító magatartás megváltoztatásában is alkalmazzák [17]. A modell alkalmazási lehetőségeiről az elhízás kezelésében a hazai szakirodalomban is jelent már meg közlemény [18, 19, 20].

Módszer

Vizsgálati személyek

A viselkedésterápiás testsúlycsökkentő programban túlsúlyos, illetve elhízott felnőttek vettek részt. Az érdeklődők hirdetés alapján, önként jelentkeztek a csoportba. Kizárási kritérium volt a súlyos mentális betegség (például súlyos depresszió, személyiségzavar, akut pszichotikus állapot), valamint a testsúlyt jelentősen befolyásoló

testi betegségek (például pajzsmirigybetegség), illetve ilyen gyógyszerek szedése. A program kezdete előtt minden résztvevő állapotfelmérésen vett részt. 2010. január és 2012. június között összesen öt viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportot indítottunk, átlagosan 10 (8–12) fővel. Összesen 49 személy kezdte el és 41 résztvevő fejezte be a programot. A lemorzsolódás aránya 16,3%, amely kedvezőnek tekinthető. A végső mintába 41 személy (11 férfi és 30 nő) került. Átlagéletkoruk 40,3 év volt (SD = 11,13 év; terjedelem: 25–60 év). A program kezdetén a testtömegindex (BMI) átlaga 37,9 kg/m² (SD = 7,79 kg/m²; terjedelem: 26,9–66,0 kg/m²). A résztvevők 4,9%-a alapfokú, 41,5%-a középfokú, 53,6%-a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezett. A családi állapot tekintetében a minta 24,4%-a házas, 58,5%-a élettársi vagy házastársi kapcsolatban él, 17,1%-a elvált. A lakóhelyet illetően 85,4%-uk Budapesten, 14,6%-uk városban él. Az utánkövetésben 33 fő vett részt (9 férfi és 24 nő).

Az utánkövetésben is részt vevők és a részvételt visszautasítók között nem találtunk szignifikáns különbséget a nemi összetétel, az iskolai végzettség, valamint a kiinduláskor mért tápláltsági állapot (testsúly, BMI), rendszeres testedzés, táplálékbevitelre irányuló kognitív korlátozás, kontrollálatlan evés, illetve a program végére elért sikeres (legalább 5%-os) fogyás előfordulási gyakorisága tekintetében. Egyedül a kiinduláskor mért érzelmi evés kapcsán mutatkozott szignifikáns és statisztikailag nagymértékű különbség: az utánkövetésben részt vevők átlaga magasabb volt, mint a részvételt visszautasítóké: $t(38) = 2,212$, $p = 0,033$, Cohen- $d = 0,94$.

Eljárás

A program során a kérdőívcsomag kitöltésére az első és a 24. héten került sor, személyesen, a csoportüléseket megelőzően. Az utánkövetéses kérdőíveket a program lezárását követő 12. hónap elteltével küldtük ki e-mail formájában. A kérdőívek felvételére és a kutatásban való felhasználására szóbeli és írásbeli tájékoztatás után, a résztvevők írásos beleegyezésével, illetve az etikai engedély birtokában került sor (38/2012). A kérdőívcsomagok kitöltése 40–45 percig tartott. A kérdőívvel kapcsolatos kérdések megbeszélésére minden esetben volt lehetőség.

Mérőeszközök

Demográfiai adatok: nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, lakóhely. Antropometriai adatok: a testsúly (kg) és a testmagasság (cm) a program során objektív méréssel történt felsőruházatban, cipő nélkül. Az utánkövetés során az antropometriai adatokat önbeszámolóval nyertük.

Testgyakorlás: A változás stádiumai (rövidített forma) [21, 22]: a mérőeszköz egyetlen tételből áll és a fizikai aktivitással kapcsolatos változásra való készenlétet méri fel. A rendszeres testedzés meghatározása után rákérdez

arra, hogy végez-e a személy a definícióban foglaltaknak megfelelő fizikai aktivitást. Válaszlehetőségek: „Igen, több mint 6 hónapja”; „Igen, kevesebb mint 6 hónapja”; „Nem, de tervezem az elkövetkező 30 napban”; „Nem, de tervezem az elkövetkező 6 hónapban”; „Nem és nem is tervezem az elkövetkező 6 hónapban”. A jelen tanulmányban az első és második válaszlehetőséget adókat egy kategóriába, a rendszeres testedzést végzők csoportjába, míg a harmadik, negyedik és ötödik válaszlehetőséget adó résztvevőket a rendszeres testedzést nem folytatók csoportjába vontuk össze.

21 tétel *Háromfaktoros Evési Kérdőív* [23, 24]: az önbeszámoló kérdőív három skálából áll. A *Kognitív korlátozás skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy mennyire korlátozza a személy tudatosan a táplálékbevitelét annak érdekében, hogy befolyásolja a testsúlyát vagy az alakját. Ez a skála nem a merev, önsanyargató diétát, hanem az egészségtudatos táplálkozást méri (például hizláló ételek fogyasztásának elkerülése), amely adaptív, a súlygyarapodás elkerülését segítő viselkedésnek tekinthető. Az *Érzelmi evés skála* azt méri fel, hogy a személy hajlamos-e a túlevésre negatív hangulati állapotban, például amikor magányosnak, kedvetlennek érzi magát vagy szorong. A *Kontrollálatlan evés skála* az arra való hajlamot méri, hogy elveszíti-e a személy a kontrollt az evése felett, amikor éhes vagy amikor vonzó külső ingereknek van kitéve. A magasabb pontszám az adott evési magatartásra való nagyobb tendenciát jelzi. A kérdőív belső megbízhatósága a jelen mintán elfogadhatónak bizonyult: a skálák Cronbach- α -mutató 0,61–0,94 közötti értéket vett fel a három adatfelvétel során.

Intervenció

A viselkedésterápiás alapokon nyugvó testsúlycsökkentő program 24 héten át, kiscsoportos foglalkozások keretében, heti egy alkalommal 120 perces ülésben zajlott a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékén, két pszichológus vezetésével. Az önsegítést fokozatosan vezettük be, ezáltal is elősegítve a csoporttagok belső kontrolljának növekedését és a viselkedésváltozás tartóssá válását. Ennek megfelelően a 24 hetes program 3 blokkból állt. A csoportvezetők az első 8 héten hetente, a második 8 héten kéthetente, az utolsó 8 hetes blokkban pedig már csak havonta egy alkalommal vettek részt a foglalkozásokon [12]. A terápiás folyamat felépítése a viselkedésváltozás transzteoretikus modellje [14] alapján három szakaszból állt, úgymint előkészület, cselekvés, illetve fenntartás (részletesen l. [14, 20]).

Statisztikai módszerek

A Háromfaktoros Evési Kérdőív skálái belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α -mutatókat számítottunk. Az időbeli változások felmérésére diszkrét változók esetében McNemar-próbát, míg folytonos változók esetében összetartozó mintás t-próbát, illetve ismételt mé-

réses varianciaanalízist alkalmaztunk. Az előbbi esetben Cohen-d hatásméret-mutatók is számításra kerültek.

Az evési magatartások és a tápláltsági állapot változását oly módon mértük, hogy a program elején mért érték és a program végén, illetve az utánkövetésnél mért érték különbségét képeztük. (Kivéve a Kognitív korlátozás skálát, amely esetében a könnyebb értelmezhetőség érdekében a program végén mért értékből, illetve az utánkövetés során mért értékből vontuk ki a kiinduláskor mért értéket.) Az eredményként kapott mutató nagyobb értéke nagyobb mértékű súlycsökkenést, valamint az adott evési magatartás nagyobb mértékű, kedvező irányú változását jelenti. Az evési magatartások, és a testsúly változásának lineáris kapcsolatát korrelációs elemzéssel teszteltük. Az elemzéseket az SPSS 17.0 és a ROPstat statisztikai programcsomagokkal végeztük el.

Eredmények

A tápláltsági állapot alakulása

A testsúly és a testtömegindex egyaránt szignifikáns csökkenést mutatott a 24 hetes program alatt [testsúly: $t(40) = 10,625$, $p < 0,001$, Cohen-d: 2,56; BMI: $t(38) = 11,196$, $p < 0,001$, Cohen-d = 2,61]. A résztvevők átlagosan 9,7 kg-ot fogytak (SD = 5,87 kg; terjedeleme: 2,0–27,0 kg), nagy egyéni eltérésekkel. Átlagosan a kiindulási testsúlyuk 8,6%-át sikerült leadni (SD = 4,33%; terjedeleme: 2,1–19,0%). A csoporttagok 87,8%-a elérte a professzionális súlycsökkentő kezelések számára előírt legalább 5%-os fogyást. Egynegyedikük (24,4%) súlycsökkenése elérte a 10%-ot. Az utánkövetésnél a résztvevők testsúlya átlagosan 11,2 kilogrammal (SD = 13,12 kg; terjedeleme: –3,0–59,0 kg) volt kevesebb a program elején mérthez képest, ami a kiindulási testsúly átlag 9,6%-ának elvesztését jelenti (SD=9,47%, terjedeleme: –3,19–39,86%). A válaszadók 75,8%-a egy év távlatában is megtartotta a legalább 5%-os fogyást. 36,4%-nál a súlycsökkenés elérte a 10%-ot. Egy évvel a program lezárása után csoportszinten nem mutatkozott további szignifikáns súlycsökkenés (1. táblázat).

Az evési magatartás alakulása

Az összetartozó mintás t-próba eredményei szerint minden vizsgált evési magatartás szignifikánsan és statisztikailag nagymértékben javult a program során. A résztvevők körében megnőtt az evés kognitív korlátozására való törekvés [$t(35) = 6,003$; $p < 0,001$, Cohen-d = 1,43], míg ezzel párhuzamosan csökkent az érzelmi evésre [$t(35) = 5,455$; $p < 0,001$, Cohen-d = 1,31], valamint a kontrollálatlan evésre [$t(36) = 3,461$; $p = 0,001$, Cohen-d = 0,82] való hajlam. Az utánkövetésben is részt vevők almintáján végzett elemzések eredményei szerint e kedvező változások a súlycsökkentő kezelés lezárása után is megmaradtak a kiinduláshoz képest, jóllehet, a progra-

1. táblázat | A tápláltsági állapot és az evési magatartások alakulása az utánkövetésben is részt vevők almintáján

Változók	Kiindulás ^a	A program vége ^b	Utánkövetés ^c	A mérések összehasonlítása (F ₍₂₎)
	átlag (szórás)			
Testsúly (n = 33)	111,9 ^{bc} (28,04)	101,6 ^a (25,36)	100,7 ^a (26,15)	26,599***
Testtömegindex (n = 33)	37,7 ^{bc} (8,18)	34,3 ^a (7,53)	34,0 ^a (7,77)	28,771***
Kontrollálatlan evés (n = 31)	2,4 ^{bc} (0,43)	2,0 ^a (0,58)	2,1 ^a (0,46)	8,898***
Kognitív korlátozás (n = 31)	2,4 ^{bc} (0,48)	3,0 ^a (0,39)	2,9 ^a (0,60)	15,539***
Érzelmi evés (n = 30)	2,8 ^{bc} (0,65)	2,2 ^a (0,52)	2,3 ^a (0,81)	18,464***

Megjegyzés: ***p<0,001. A felső indexek a páronkénti összehasonlítással kapott szignifikáns (p<0,05) különbségeket jelzik.

2. táblázat | Az evési magatartások változásának összefüggése a súlycsökkenés százalékos arányával (korrelációs együtthatók)

Az evési magatartások változása	A fogyás százalékos aránya	
	A program során (n = 36–37)	Az utánkövetésnél (n = 32–33)
Kognitív korlátozás	0,52**	0,51**
Érzelmi evés	0,32 ⁺	0,30 ⁺
Kontrollálatlan evés	0,28 ⁺	0,10

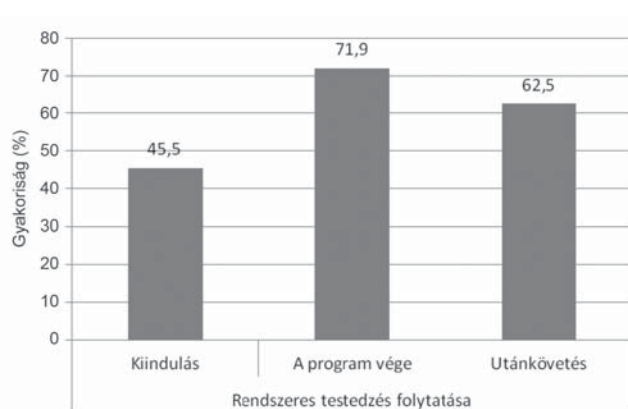
Megjegyzés: ⁺p<0,10; **p<0,01

mot követően nem lépett fel további szignifikáns változás eme evési magatartások tekintetében (1. táblázat).

A korrelációs elemzés eredményei szerint a táplálékbevitel kognitív korlátozására irányuló törekvés fokozódása szignifikánsan nagyobb arányú fogyással járt együtt a súlycsökkentő program során ($r = 0,52$, $p = 0,001$) és az utánkövetésnél ($r = 0,51$, $p = 0,003$) egyaránt. Az érzelmi evésre való hajlam csökkenése mérsékelt erősségű, tendenciaszintű kapcsolatot mutatott az elért fogyással (program vége: $r = 0,32$, $p = 0,058$; utánkövetés: $r = 0,30$, $p = 0,096$). A kontrollálatlan evésre való hajlam csökkenése csak a program végén járt tendenciaszinten nagyobb arányú fogyással ($r = 0,28$, $p = 0,092$). Az eredményeket a 2. táblázatban részletezzük.

A rendszeres testedzés alakulása

A kiindulásnál a válaszadók fele (50,0%) nem végzett rendszeres testedzést. Egy résztvevő (2,5%) a fontolgatás előtti stádiumban volt e tekintetben, ugyanis nem tervezte a rendszeres testedzés elkezdését az elkövetkező hat hónapban. 9 fő (22,5%) a fontolgatás fázisában, 10 válaszadó (25,0%) pedig a felkészülés stádiumában volt, ugyanis tervezték, hogy belátható időn (fél éven, illetve 30 napon) belül rendszeresen fognak testgyakorlást folytatni. A fizikailag aktív válaszadók közül 9 résztvevő (22,0%) már a fenntartás szakaszában járt, lévén több mint fél éve végzett rendszeresen testedzést. A fennma-



1. ábra | A rendszeres testedzést folytatók aránya az utánkövetésben is részt vevők almintáján

radó 11 személy (26,8%) pedig a cselekvés szakaszában volt, ugyanis hat hónapnál kevesebb ideje edzett rendszeresen.

A súlycsökkentő program végére mindenki túllépett a fontolgatás előtti fázison. A résztvevők 74,4%-a folytatott rendszeresen testedzést, amely szignifikánsan nagyobb arányt jelent a kiinduláshoz képest [$\chi^2(1) = 9,000$, $p = 0,003$]. A fenntartás fázisában már 51,3%-uk (20 személy) járt. A fontolgatás szakaszában 4 válaszadó (9,8%), a felkészülés stádiumában pedig 6 résztvevő (14,6%) volt.

Az egyéves utánkövetésnél a rendszeres testgyakorlás előfordulási gyakorisága 62,5% volt, amely sem a kiindulással [$\chi^2(1) = 1,923$, $p = 0,166$], sem pedig a program végével [$\chi^2(1) = 0,400$, $p = 0,527$] összevetve nem mutatott szignifikáns különbséget. Az utánkövetés során sem talákoztunk a fontolgatás előtti fázisban álló válaszadóval. 40,6%-uk (13 személy) a fenntartás, 21,9%-uk (7 fő) a cselekvés, 25,0%-uk (8 résztvevő) a felkészülés, míg 12,5%-uk (4 válaszadó) a fontolgatás fázisában járt. A rendszeres testedzés előfordulási gyakoriságát az utánkövetésben is részt vevők almintáján az 1. ábrán mutatjuk be.

Megbeszélés

Prospektív, másfél éves időintervallumot felölelő kutatásunk tárgya a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékén zajló, 24 hetes, önségítő elemekkel kombinált csoportos viselkedésterápiás testsúlycsökkentő program eredményeinek vizsgálata volt. Ennek során egyrészt a testsúly alakulását, másrészt az egészség-magatartásban (evési magatartás, rendszeres testedzés) bekövetkező változásokat vizsgáltuk meg a program során, valamint egy évvel a program lezárását követően.

A fogyás tekintetében elmondható, hogy a 24 hetes program során a testsúly átlagosan 9,7 kilogrammal csökkent. A résztvevők 88%-a ért el legalább 5 százalékos súlycsökkenést, amely a professzionális súlycsökkentő kezelések esetében a sikeres fogyás kritériuma [25]. Ez a hatékonyság megfelel a külföldi viselkedésterápiás csoportok eredményeinek, amelyekben 30 hét alatt átlagosan 10,7 kg fogyás érhető el [6]. A válaszadók 76%-a a program után egy évvel is meg tudta tartani a legalább 5%-os fogyást. Egyharmaduk esetében a megtartott fogyás elérte a 10%-ot is. A nemzetközi adatok szerint a páciensek jellemzően a leadott testsúlyuk átlag 30%-át hízzák vissza a kezelést követő első évben, az ötödik évnél pedig a betegek körülbelül fele visszatér a kezelés előtti testsúlyához [6]. *Cooper és munkatársai* [26] 3 évet felölelő utánkövetéses vizsgálatuk során azt találták, hogy a program lezárását követő egy évben a vizsgálati személyek a program során leadott testsúly felét, három év alatt pedig közel 90%-át hízták vissza. Noha a jelen vizsgálatban kapott eredmények ennél kedvezőbb képet festenek, e kutatások felhívják arra a figyelmet, hogy további utánkövetések szükségesek a hatékonyság hosszú távú vizsgálatához.

A viselkedésterápiás súlycsökkentő kezelés kiemelt célja az evési szokások javítása és a fizikai aktivitás gyakoriságának növelése, amelyek kulcsfontosságúak a sikeres testsúlykontroll szempontjából. Programunk során jelentős javulás volt tapasztalható az evési mintázat terén. Az evés tudatos korlátozására irányuló törekvés megnövekedett, míg a maladaptív evési magatartásokra irányuló tendenciák (kontrollálatlan evés, emocionális evés) csökkentek. Ezek a változások a program lezárása után egy évvel is szignifikánsak maradtak. A nemzetközi eredményekkel összhangban az evési magatartás kedvező változásai nagyobb mértékű fogyással jártak együtt, különösen a kognitív korlátozás esetében [27, 28].

A résztvevők már a program indulásakor fizikailag igen aktívnak voltak mondhatóak, hiszen 50% számolt be arról, hogy rendszeresen végez testedzést. Ez lényegesen magasabb, mint ami az átlag magyar lakosságra jellemző. A 2009-ben folytatott Európai Lakossági Egészségfelmérés hazai eredményei szerint a felnőtt lakosság fele egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, egyharmada még mérsékelt testmozgást sem folytat, egyötöde pedig még napi 10 percet sem gyalogol [29]. Azonban például az Országos Egészségfejlesztési Intézet által 2009-ben

meghirdetett III. Közös-Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny során ugyanezen mérőszámok alkalmazva szintén azt találták, hogy a súlyproblémákkal küzdő résztvevők 49,3%-a végez rendszeres testedzést [30, 31]. Kutatási eredményeink szerint a 24 hetes testsúlycsökkentő program végére a magas indulási érték mellett is lényegesen, 74%-ra nőtt a rendszeres testedzést végzők aránya. Az utánkövetés idejére azonban a rendszeres testedzés előfordulási gyakorisága visszaesett 63%-ra. A testgyakorlás tekintetében tehát nem sikerült tartós változást elérni. A formalizált testgyakorlás végzése számos akadályba ütközhet, mint amilyen például a szegénylősség, az időhiány, a társas támogatás hiánya, a sportolási lehetőségekhez való hozzáférés hiánya vagy akár a zord időjárás. Ezen akadályok leküzdésére megjelent az úgynevezett életmód-aktivitás megközelítés, amely a formális testedzés alternatívája a fizikai aktivitás növelésében [32]. E megközelítés lényege az, hogy arra bátorítjuk a személyeket, hogy a mindennapjaik során keressék a lehetőséget a mozgásra és energiafelhasználásra, azaz mozgástudatos életmódot alakítsanak ki. Ez lehet egy rövid időtartamú séta (például a következő buszmegállóiig), azzal a céllal, hogy a nap folyamán „összegyűjtsék” a szükséges aktivitás mennyiségét. A legalább 10 perces időtartamban végzett fizikai aktivitások összeadódnak a nap folyamán. Egy harmincperces séta hatása megegyezik három rövidebb, tízperces séta hatásával [33]. A randomizált kontrollcsoportos vizsgálatok eredményei szerint az életmód-aktivitás növeli az állóképességet, és ugyanolyan hatékony a jótékony változások előidézésében a kardiorespiratorikus edzettség, a vérnyomás és a testösszetétel tekintetében, mint a strukturált, formális testgyakorlás [32]. Az életmód-aktivitást folytatók emellett jobban megtartják az elért fogyást, mint a programozott testedzésben részesült társaik [34], vélhetően azért, mert beépülve az életvitelbe, rutinszerűvé válva, az életmód-aktivitás a súlycsökkentő kezelés után is fokozott marad, míg a formális testedzést a kezelést követően az említett okok miatt kevésbé folytatják. Az életmód-aktivitás megközelítés előnye, hogy alkalmazásával feltételezhetően kisebb ellenállásba ütközünk az elhízottak részéről. Emellett az ilyen jellegű tevékenységeket kevésbé megterhelőnek vagy kínosnak érezve nagyobb valószínűséggel fognak bele a fizikai aktivitásuk növelésébe, amely a jótékony egészségi hatások mellett sikerélményt és énrhatékonyág-élményt is nyújthat a számukra, megteremtve az alapot ahhoz, hogy a fokozott fizikai aktivitás valóban a mindennapi életük részévé váljon, ami végső soron elősegíti a sikeres, hosszú távú testsúlyszabályozást.

A jelen kutatás számos korláttal bír, mint amilyen például az önszelektált mintavétel, valamint a minta alacsony elemszáma, amely csökkentette az alkalmazott próbák statisztikai erejét. A testsúlyra vonatkozó adatokat az utánkövetés során önbeszámolóval gyűjtöttük, amelyek validitása megkérdőjelezhető a résztvevők megfelelési igénye miatt. Annak lehetősége is felmerül, hogy azok a

csoporthoz tartozók vettek részt nagyobb valószínűséggel az utánkövetésben, akik sikeresebben tudták tartani a testsúlyukat. Az életmódváltozók terén szélesebb körű felmérésre lett volna szükség. Például a résztvevők által vezetett táplálkozási napló elemzésével pontos adatokat kaphattunk volna az elfogyasztott ételek és italok kalória- és tápanyagtartalmáról, illetve ezeknek az alakulásáról a program során. Szintén részletesebb képet kaphattunk volna a naplók elemzésének segítségével a táplálkozási szokások megváltozásáról (például a késő esti étkezés elmaradása, a kisebb adagok fogyasztása, vagy az édesség helyettesítése mondjuk gyümölcscsel). A mozgás terén szintén érdemes lett volna a formális testedzés mellett az életmód-aktivitás felmérése is. További korlátot jelent, hogy a program hatékonyságvizsgálatához randomizált kontrollcsoportos vizsgálat lefolytatására lenne szükség. Ennek hiányában a jelenlegi eredmények csak iránymutatónak tekinthetők.

A gyengeségek mellett számos erősség is jellemzi kutatásunkat. Tudomásunk szerint magyar viszonylatban elsőként alkalmaztuk a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét [13, 14] a túlsúlyos és elhízott személyek fogyását elősegítése érdekében. A vizsgálat további érdeme a résztvevők előzetes szűrése és a prospektív kutatási elrendezés. Eredményeink alapján elmondható, hogy az általunk alkalmazott, önszorgító elemekkel kombinált viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport költséghatékony módja lehet a súlyfelesleggel élő pácienseknél a fogyás elősegítésének. Mivel az elhízás több krónikus betegség kockázati tényezője [1], a szakorvosi ellátás területén számos helyen indokolt lenne ennek a testsúlycsökkentő módszernek a bevezetése. Hasznosnak tartjuk emellett a testsúlycsökkentő program kiterjesztését további speciális csoportokra is, mint amilyenek például a 2-es típusú cukorbetegséggel élők.

Anyagi támogatás: A szerzők anyagi támogatásban nem részesültek.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] *Hu, F. B.*: Obesity epidemiology. Oxford University Press, New York, 2008.
- [2] *Simonyi, G., Pados, Gy., Bedros, J. R.*: Position statement and guidelines of the Hungarian Society of Obesity and Training Therapy: Professional and organizational guideline for obesity treatment. [Az elhízás kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei. A Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság állásfoglalása és ajánlása.] Medition Kiadó, Budapest, 2012. [Hungarian]
- [3] *Adachi, Y.*: Behavior therapy for obesity. *JMAJ*, 2005, 48(11), 539–544.
- [4] *Wadden, T. A., Butryn, M. L.*: Behavioral treatment of obesity. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.*, 2003, 32(4), 981–1003.
- [5] *Wilson, T.*: Behavioral approaches to the treatment of obesity. In: *Brownell, K. D., Fairburn, C. G.* (eds.): *Eating disorders and obesity*. Guilford Press, New York, 1995.
- [6] *Jones, L. R., Wadden, T. A.*: State of the science: behavioral treatment of obesity. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.*, 2006, 15(Suppl.), S30–S39.
- [7] *Perczel Forintos, D., Czeglédi, E.*: Cognitive (and) behaviour therapeutic approach to the treatment of obesity. In: *Túry, F., Pászthy, B.* (eds.): *Current issues of psychotherapy of eating disorders*. [Az elhízás kognitív (és) viselkedésterápiás megközelítési lehetőségei. In: *Túry, F., Pászthy, B.* (szerk.): *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései*.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [8] *Levy, R. L., Finch, E. A., Crowell, M. D., et al.*: Behavioral intervention for the treatment of obesity: strategies and effectiveness data. *Am. J. Gastroenterol.*, 2007, 102(10), 2314–2321.
- [9] *Wing, R. R., Jeffery, R. W.*: Effect of modest weight loss on changes in cardiovascular risk factors: Are there differences between men and women or between weight loss and maintenance? *Int. J. Obes. Relat. Metab. Dis.*, 1995, 19(1), 67–73.
- [10] *Case, C. C., Jones, P. H., Nelson, K., et al.*: Impact of weight loss on the metabolic syndrome. *Diabetes Obes. Metab.*, 2002, 4(6), 407–414.
- [11] *Fabricatore, A. N.*: Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: Is there a difference? *J. Am. Diet. Assoc.*, 2007, 107(1), 92–99.
- [12] *Géczy, A., Perczel, D.*: An attempt made toward a new dietary method – summary of a group behaviour therapy program for weight-loss. [Kísérlet egy új típusú fogyókúrás módszer kialakítására – beszámoló a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportmódszerről.] *Ideggyógyászati Szemle*, 1988, 41(6), 266–276. [Hungarian]
- [13] *Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C.*: In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am. Psychol.*, 1992, 47(9), 1102–1114.
- [14] *Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C.*: Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. [Valódi újraéledés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére.] *Ursus Libris, Budapest*, 2009. [Hungarian]
- [15] *Rácz, J.*: Addictology: Symptomatology and interventions. [Addiktológia. Tünettan és intervenciók.] *Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest*, 1999. [Hungarian]
- [16] *Bodrogi, A.*: Cognitive behaviour therapy (CBT) for addictions. In: *Perczel-Forintos, D., Mórotz, K.* (eds.): *Cognitive behaviour therapy*. [Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: *Perczel Forintos, D., Mórotz, K.* (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 2010. [Hungarian]
- [17] *Prochaska, J. O., Prochaska, J. M.*: Behavior change. In: *Nash, D. B., Reifsnnyder, J., Fabius, R. J., et al.* (eds.): *Population health: Creating a culture of wellness*. *Jones and Bartlett, Sudbury*, 2011.
- [18] *Perczel Forintos, D., Papp, I.*: Psychosomatics of obesity. [Az elhízás pszichoszomatikája.] *Orvostovábbképző Szemle*, 2014. In press. [Hungarian]
- [19] *Czeglédi, E.*: The application of transtheoretical model of behavior change for the treatment of obesity. [A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében.] *Mentálhig. Pszichosz.*, 2012, 13(4), 411–434. [Hungarian]
- [20] *Sal, I., Papp, I., Perczel Forintos, D.*: Possibilities of behavioral therapy in diabetes mellitus and obesity. [Magatartás-orvoslási lehetőségek a cukorbetegség és az elhízás kezelésében.] *Orv. Hetil.*, 2012, 153(11), 410–417. [Hungarian]
- [21] *Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., et al.*: Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res. Q. Exerc. Sport*, 1992, 63(1), 60–66.
- [22] *Czeglédi, E., Bartha, E., Urbán, R.*: Correlates of eating behavior among female college students. [Az éves magatartás összefüggéseinek vizsgálata főiskolai hallgatóknál.] *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2011, 66(2), 299–320. [Hungarian]

- [23] *Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P., et al.*: Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2005, *81*(3), 564–569.
- [24] *Czeglédi, E., Urbán, R.*: Hungarian adaptation of Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Item. [A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Item) hazai adaptációja.] *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2010, *65*(3), 463–494. [Hungarian].
- [25] Professional guideline of the Office of Health Authorisation and Administrative Procedures: Diagnosis and treatment of Obesity. [Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Az elhízás diagnosztikája és kezelése.] 2008. <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/belgyogyaszat> [Hungarian]
- [26] *Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., et al.*: Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav. Res. Ther.*, 2010, *48*(8), 706–713.
- [27] *Bryant, E. J., Caudwell, P., Hopkins, M. E., et al.*: Psycho-markers of weight loss. The roles of TFEQ Disinhibition and Restraint in exercise-induced weight management. *Appetite*, 2012, *58*(1), 234–241.
- [28] *Elfhag, K., Rossner, S.*: Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes. Rev.*, 2005, *6*(1), 67–85.
- [29] *Hungarian Central Statistical Office*: Well being measurement, 2009. [Központi Statisztikai Hivatal: Egészségfelmérés, 2009.] *Statisztikai Tükör*, 2010, *4*(50), 1–7. [Hungarian]
- [30] *Czeglédi, E., Csizmadia, P.*: Summary of a questionnaire survey made at the ‘3rd Together-Easier Lifestyle Changing Workplace’ team competition – 1st part. [Beszámoló a III. Közös-Könynyekben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről. I. rész.] *Egészségfejlesztés*, 2010, *51*(3), 17–21. [Hungarian]
- [31] *Czeglédi, E., Csizmadia, P.*: Summary of a questionnaire survey made at the ‘3rd Together-Easier Lifestyle Changing Workplace’ team competition – 2nd part. [Beszámoló a III. Közös-Könynyekben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről. II. rész.] *Egészségfejlesztés*, 2010, *51*(4), 13–17. [Hungarian]
- [32] *Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., et al.*: Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *JAMA*, 1999, *281*(4), 327–334.
- [33] *Blair, S. N., Leermakers, E. A.*: Exercise and weight management. In: Wadden, T. A., Stunkard, A. J. (eds.): *Handbook of obesity treatment*. Guilford Press, New York, 2004.
- [34] *Andersen, R. E., Wadden, T. A., Bartlett, S. J., et al.*: Effects of lifestyle activity vs. structured aerobic exercise in obese women. *JAMA*, 1999, *281*(4), 335–340.

(Papp Ildikó,
Budapest, Tömő u. 25–29., 1083
e-mail: papp.ildiko@med.semmelweis-univ.hu)

A TELLER és az AMBÍCIÓ ÉS KIVÁNCSISÁG
sikerkönyvek szerzőjének új könyve

Hargittai István
Eltemetett dicsőség
avagy hogyan tették a szovjet tudósok superhatalommá a Szovjetuniót

www.akademiaikiado.hu

AKADÉMIAI KIADÓ