

AZ ÉLETMÓDVÁLTÁS TESTKÉPRE GYAKOROLT HATÁSÁNAK NYOMON KÖVETÉSEK VIZSGÁLATA A NARRATÍV PSZICHOLÓGIA TÜKRÉBEN

Zilahi Tímea

PTE BTK Pszichológia Intézet, tmzilahi@gmail.com

Az obesitas a WHO szerint napjaink egyik legkomolyabb egészségügyi problémája, melynek gyakorisága egyre jobban nő a nyugati és fejlett országokban. Mennyire hatásosak hosszú távon az elhízás kezelésére szolgáló intervenciók? Kutatásomban egy, az optimális testsúly kialakítását szolgáló életmódváltó program hatékonyságát vizsgáltam. Narratív tartalomelemzéssel a résztvevők (N=17) ágenségének változását írásos beszámolóikon követtem nyomon. A program után aktuális állapotukra vonatkozóan a Testi Attitűdök Tesztjével (BAT) saját testükhöz való viszonyulásukról nyertem bővebb információt. A 70 napos program tartósságát vizsgálva összehasonlítottam a 0. napon, 70. napon és a program befejezte után minimum 8. hónapban mért testsúlyokat. A program befejeztével az ágenség lecsökkent, a beszámolók az aktív-passzív dimenziója a passzív felé tolódtak el; az intencionalitás-kényszer dimenzióban nem történt változás, a negatív értékelések aránya lecsökkent. A résztvevők többsége nem tudta megtartani a programmal elért testsúlyát, ennek ellenére a leadott kilóinak felénél nem halmozott fel több súlyfelesleget. A Testi Attitűdök Tesztjében elért átlagpontoszámok (átlag=42,26; szórás=13,06) kóros értékeket jelentettek meg. Valószínűleg önmagában sem a testsúlyvesztés, sem az ennek következtében megjelenő pozitív testorientációjú pszichológiai változások nem lesznek jó és pontos prediktorai a testképpel való elégedettségnek a későbbiekre nézve.

Kulcsszavak: testkép; obesitas; narratív tartalomelemzés; ágenség;
Transzsteoretikus Modell; PARS

Köszönetnyilvánítás: Hálával tartozom témavezetőmnek, Dr. Révész Györgynek, aki a legnagyobb körültekintéssel és türelemmel kísérte végig munkámat. Köszönöm dr. Vincze Orsolyának a narratív tartalomelemzésben való segítségét, továbbá köszönöm a Lifetilt Hungary Kt.-nek és a programban résztvevőknek önzetlen segítségüket.

Korunk egyik legsúlyosabb közegészségügyi problémája az elhízás, melyet világviszonylatban is az elsőszámú megelőzhető halálozási okként tartanak számon (Barness, Opitz és Gilbert-Barness, 2007). A WHO 2008-as adatai szerint 1,4 milliárd felnőtt túlsúlyos, és 500 millió elhízott. Az obesitas kategorizációját a BMI testtömeg index alapján kaphatjuk meg, mely a kilencvenes években vált nemzetközi standard mérőeszközzé, 30 feletti értéktől beszélünk elhízásról. Kialakulásához hozzájárul a helytelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód, és több tényező is befolyásolja, mint genetikai adottságok, kulturális tényezők, környezeti hatások. Az obesitas számos betegséghez járul hozzá, mint szív- és érrendszeri betegségek, hypertonia, II típusú diabetes mellitus, ízületi - mozgásszervi betegségek vagy akár daganatos betegségek (Szumska, 2006). Vajon mennyire lehetnek sikeresek hosszútávon az elhízás kezelésére szolgáló intervenciók? Elegendő-e csupán az előírt utasítások betartása egy meghatározott időtartamra? Mi következik a program végeztével? Mennyire elégedettek testükkel a résztvevők? Dolgozatomban e kérdésekre kerestem a választ egy életmódváltó program hatékonyságát vizsgálva.

A testkép

A testkép fogalmát több faktor alapján Paul Schilder alkotta meg. Elképzelése szerint a testkép a testet egységben jeleníti meg, vizuális és taktilis ingereket foglal magába, és különböző emocionális élmények hatnak rá. Ugyancsak tartalmazza saját testünkkel kapcsolatos attitűdjeinket és értékeinket, melynek forrásai saját introspektív élményeink, valamint másokkal való összehasonlítások eredményei. Emellett meghatározóak társas tapasztalataink is, melynek során folyamatosan változnak mások fizikai megjelenésünkkel kapcsolatos impressziói, illetve ezekre adott reakcióink (Schilder, 1923; In: Cash és Pruzinsky, 1991). A testkép nem csak egyszerű érzés vagy fantázia, hanem egyfajta önmegjelenítése a testnek. Nem nevezhető pusztán észleletnek, habár csakis érzékszerveken keresztül valósul meg, ugyanakkor mentális képek és reprezentációk is involválódnak benne. Tehát a test és lélek kapcsolatainak közvetítőjeként, a fiziológiai, pszichológiai és szociális magyarázatok fókuszpontjaként fogható fel (Csabai és Erős, 2000). Rendkívül fontos, hogy testképünk nagymértékben meghatározza személyiségünk központi részét: az önértékelést és az énképet, befolyásolva így viselkedésünket és közérzetünket (Túry és Szabó, 2000). Mindennapi életünkben különösen fontos szerepet játszik megjelenésünk, kinézetünk, melyhez szorosan kapcsolódik testsúlyunk is (Kirkpatrick és Caldwell, 2004).

A testideál kérdése korszakról-korszakra változik, illetve erősen kultúrafüggő. Évszázadokon keresztül a telt alak volt a kívánatos, hiszen az a jólétet és hatalmat szimbolizálta, a nőknél a termékenységet, az anyaságot volt hivatott hirdetni (Túry és Szabó, 2000). Az ideál korszakos változásáról árulkodik az is, hogy a XVII. századi Rubens telt idomokkal megfestett nőalakjait Modigliani karcsú hölgyei váltották fel. Az 1950-es években robbant be Marilyn Monroe a tömegkommunikáció segítségével, melyet más szex szimbólumok

követtek, például Jayne Mansfield, majd az ezt követően feltűnő szupermodell, Twiggy soványsága jelezte az testideál teljes átalakulását (Riskó, 1993).

A Szabó és Túry (2000) által végzett hazai felmérések arra világítottak rá, hogy a magyar nők elégedetlenek alakjukkal, de még szembetűnőbb a különbség az aktuális testsúlyuk és az ideálisnak vélt között. Ez mind az egyetemista, mind a dolgozó nők körében is jelen van, sőt az idősebb generációra is jellemző. A hamis testideál fenntartása nagy bevételt jelent a gazdaságnak, hiszen az újabbnál-újabb fogyókúra praktikákra bőven van kereslet: a fogyasztói társadalommal e csodamódszerek állandósultak. Mindig lesz valamilyen alkalom az ember életében, melyre fogyókúrázni „kell”. A korunkra jellemző fogyasztói társadalom legalapvetőbb normája és elvárása a mértéktelen többletfelhalmozás, melybe bele tartozik az evés és az ivás is (Csabai és Erős, 2000). Gazdasági szempontból a fejlett nyugati országok a legveszélyeztetettebbek, hiszen szinte már minden sarkon fellelhető egy McDonald's vagy Burger King (Kirkpatrick és Caldwell, 2004).

Az átalakult étkezési szokások egyik következménye a globális mértékű elhízás. Magyarországon Szumska kutatása szerint majdnem a népesség ötöde elhízott és további 35 százaléka túlsúlyos, melynek aránya a középkorba lépőknél drasztikusan megemelkedik. Az obesitas a kompetencia érzésének csökkenésével is együttjár, tehát kevésbé vannak arról meggyőződve, hogy képesek aktívan befolyásolni a velük történő eseményeket, illetve kontrollálni azokat, aktívan részt venni bennük, és megbirkózni a stresszel (Szumska, 2006). Továbbá az elhízás legkonzisztensebb pszichológiai következménye a testképpel való elégedetlenség (Matz, Foster, Faith és Wadden, 2002). Hatása az egészségügyi állapotra nem azonnal jelentkezik, így abban a szakaszban lenne fontos a prevenció vagy a promóció, amíg a különböző egészségügyi problémák korrigálhatók (Szumska, 2006). Például az egészségpromóció és egyben prevenció sport formájában könnyen beépíthető lenne életmódunkba.

A komplex intervenció fontossága

Világszerte egyre elterjedtebb az ülő életmód, melynek orvoslására az európai és amerikai egészségügyben százával indítottak el fejlesztő, strukturált mozgásprogramokat (Harrison, 2005). Ezek különböző megbetegedésekben - pl. obesitas, stressz, szív- és érrendszeri megbetegedések, diabétesz - szenvedő kliensek fizikai erőnlétének fejlesztésére szolgálnak. A szóban forgó program a Physical Activity Referral Schemes, rövidítve PARS néven ismert, mely orvosi beutalóval vehető igénybe és átlagosan 10-14 hétig tart (Graham, 2005).

Dudgill és munkatársai ezen intervenció program (PARS) hosszútávú eredményességét vizsgálták: nyomon követéses vizsgálatukban a résztvevők fiziológias aktivitásváltozásának időbeli tartósságát kísérték figyelemmel. A kutatók azt tapasztalták, hogy csupán a résztvevők 35-45 százaléka tartott ki a 3 hónapos előírt program mellett, és közülük is inkább az idősebb korosztály. Habár nőtt a fizikai aktivitás mennyisége, mégis annak hatékonyságát konkrét bizonyítékok nem támasztották alá. Egyik lehetséges magyarázat, hogy a program az emberek igényeinek csak leszűkítve tesz eleget: a mozgásprogram a

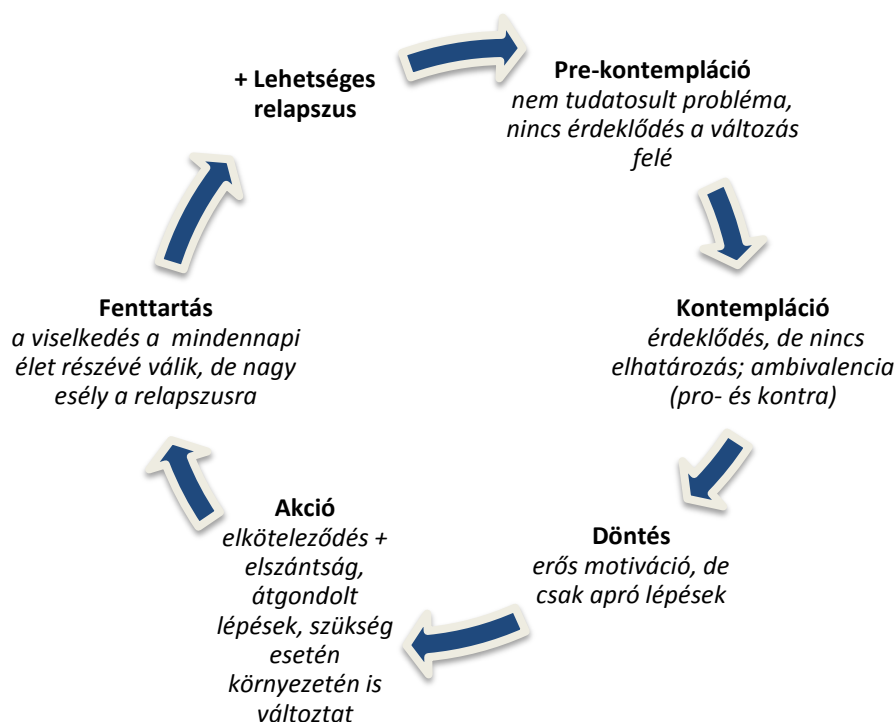
népesség egy bizonyos részére jótékony hatással van, de nem szükségszerűen mindenkire (Dugdill, Graham és McNair, 2005). Egy másik kutatás szerint a PARS sokkal hatékonyabb az idősebbeknél - mivel ők a program után kifejezetten igénylik a későbbiekre nézve kulcsfontosságú rendszeres szupervíziót (Gidlow et al., 2007)-, illetve a férfiaknál. Azonban kevésbé tud sikeres lenni az állandó időhiányban szenvedőknél, melynél a fiatalokat és a nőket emelték ki; illetve úgy látszik a program nem képes 100 százalékosan segíteni olyan problémák esetében, mint az elhízás (James et al., 2008). Lényegében elmondható, hogy a program alatt kimutatható a pszichológiai változás, mégis mindez kevésnek bizonyul ahhoz, hogy a személy egészségügyi állapotán tartósan javítson. A kutatók szerint a változás akkor fogja hosszútávú hatását kifejteni, ha a kliens eddigi életmódját kritikusan szemügyre veszi (pl. rendszeres testmozgás, tudatos táplálkozás, káros szenvedélyek mellőzése tekintetében), és annak alapján próbál pozitív irányba változtatni. Valószínűsíthető, ha a program tovább tartana 10-12 hétnél, több pozitív változás jelenne meg a résztvevőknél (Dugdill et al., 2005).

Prochaska, DiClemente és Norcross (1992) több kognitív- és viselkedésmódel integrálásával alkotta meg a viselkedésváltozás Transzteoretikus Modelljét (TTM), mely a szándékolt viselkedésváltozást írja le, továbbá rámutat a pozitív viselkedés elsajátításának lehetséges módjára. A modell képes demonstrálni az egyén viselkedésében zajló folyamatokat, mellyel az egyén besorolható annak valamely stádiumába. Gyakorlatilag minden betegséghez vagy életmódbeli változáshoz illeszkedik, megkönnyítve így a lépésről-lépésre történő kommunikációt; továbbá betekintést kaphatunk felbukkanó problémákról is pl.: melyik szinten akadt el az egyén, milyen nehézségekbe ütközött stb. A magatartásváltozás öt egymást követő stádiumból épülnek fel, azonban egyes állomások ismétlődően jelentkezhetnek egészen a tartós változás eléréséig, tehát nincs kizárólagos lineáris sorrend. A modell segítségével feltérképezhetjük, hogy az egyén melyik lépcsőfoknál tart a változás tekintetében: 1. Pre-kontempláció 2. Kontempláció 3. Döntés 4. Akció 5. Fenntartás + Lehetséges relapszus (lásd 1. ábra)

A szakaszokban különböző intervenciós technikákkal tovább segíthetjük az egyént, nagymértékben növelve a siker valószínűségét. A pre-kontempláció szakaszában fontos például az én-hatékonyság felépítése és az alternatívák nyújtása; az akció szakaszában a rendszeres kapcsolat, az én-hatékonyság és az önbizalom megerősítése, a relapszus megelőzése (Miller és Rollnick, 1992). A modell arra hívja fel a figyelmet, hogy bármilyen viselkedéses, életmódbeli változás komplexen tevődik össze, nem redukálható csupán előírt utasítások betartására (Prochaska és DiClemente, 1983).

A motiváció a sikeres viselkedésváltozás egyik legfontosabb prediktora a legtöbb kognitív viselkedésmódelben, ugyanígy a TTM-ben is. Svéd kutatók olyan PARS-ban résztvevő személyeket vizsgáltak meg tüzetesebben, akiknél a program hosszú távon sikertelennek bizonyult: vajon miért nem tudták pontosan betartani a program utasításait a későbbiekben is? A kutatók szerint legfőképp az alacsony motiváció hiúsította meg a viselkedésváltozás folyamatát. A fiatalabbak (18-29 év) inkább a környezeti tényezőkben és főképp az idejük

hiányában látták sikertelenségük okát, míg az idősebbek (65 évtől) inkább a fizikális állapotukból eredő fájdalmat nevezték meg visszatartó erőként. Emellett nagyon érdekes, hogy az alacsonyabb motiváció az egyénileg, otthon elvégzendő "sablon" feladatok kapcsán jelentkezett, míg a képesség alapú feladatok elvégzésében a résztvevők a későbbiekben is motiváltabbak voltak. Valószínűleg a személyre szabott, tehát képességéhez illesztett feladatkört az egyén sokkal szívesebben látja el hosszabb távon, mint egy kevésbé hozzá illő munkát (Leijon et al., 2011).



1. ábra: Prochaska, DiClemente és Norcross (1992) modellje a szándékolt viselkedésváltozás stádiumairól

Több vizsgálat azt mutatja, hogy a gyakorlatban mégis sokszor egysíkúan közelítik meg az intervenciót (Hutchison és Johnston, 2013). Dugdill és munkatársai (2005) is megemlíti, hogy a szakemberek hajlamosak általában a kliensek fiziológiás adatainak kigyűjtésére fókuszálni, miközben az igazán fontos pszichológiai és környezeti tényezőket figyelmen kívül hagyják. Hutchison és Johnston párhuzamot von a PARS és az egészségpszichológiában is ismert biomedikális modell között, mivel mindkettő redukcionista: ignorálja a pszichológiai tényezőket, hangsúlyozva a jól látható és megfigyelhető fiziológiai jegyeket. Ezt a következő példa jól szemlélteti: ha csak testmozgást írnak elő a kardiovaszkuláris megbetegedésének kezelésére, az hasonló, mintha egy sebtappasszal ragasztanánk be egy fertőzött sebet, hiszen csak tüneti kezelést alkalmaztunk, viszont a probléma gyökerét még nem kezeltük (Hutchison és Johnston, 2013).

McDonald, Garg és Haynes kutatásukban hangsúlyozzák, hogy a terápiahűség és hatékonyság fokozásának módja különböző intervenciók kombinációiból tevődnek össze: fokozott törődés, informálás, tanácsadás, emlékeztetők, önmonitorozás, megerősítés, család bevonása, kiegészítő szupervíziók. Ismételten a komprehenzív probléma-megközelítés kerül fókuszba, hiszen akár egy irrelevánsnak tűnő komponensen is sok múlhat pl.: megfelelően informáljuk-e lehetőségeiről a klienst, kap-e elegendő megerősítést céljaival kapcsolatban (McDonald, Garg és Haynes, 2002). A legfontosabb pozitív változást előidéző mentális tényezők (pl.: motiváció, kitartás, pillanatnyi elégedettség vagy lelkesedés) sokkal kevésbé maradnak fenn a PARS után, mint a fizikális tényezők (Hutchison és Johnston, 2013).

A kutatók tehát felhívják a figyelmet a problémák komplex áttekintésére, az individuális különbségek fontosságára. Sok elmélet létezik az egészséges életmód legmegfelelőbb kivitelezéséről, viszont nem lehet egyetlen módot mindenkire ráerőltetni. Inkább irányt mutatva, az egyén szükségleteihez igazítva lenne ideális az alkalmazása. A fő probléma, hogy nincsenek ilyen univerzális, de mégis valamennyire személyre szabott, gyakorlatban is alkalmazható programok.

Énhatékonyság, ágencia

Egy új viselkedés mélyebb rögzülésében rendkívül fontos szerepet játszhat az énhatékonyság. Bandura nevéhez köthető a hatékonyság (self-efficacy) fogalma, melyet a kontroll szinonimájaként is számon tartanak. Az énhatékonyság egy olyan hiedelem, miszerint az egyén képes elérni célját speciális viselkedésén keresztül: egyszóval az önmagába vetett hitet jelenti, egy elképzelést, elvárást arról, hogy mennyire képes saját célkitűzéseit megvalósítani. A személyes hatékonyság érzése meghatározza az egyén befektetett energiáját, illetve a cél iránti kitartását, az önmotiváció mértékét. Ezáltal mondhatni, hogy a tanulási motiváció egyik számottevő komponense. Bandura számos kórképnél felhívta a hatékonyságélmény jelentőségére a figyelmet pl.: étkezési zavarok, narkománia. Kutatásaiban rávilágított arra is, hogy e képesség fejleszthető, és szerinte a pszichoterápiákban a hatékonyság elérése az egyik legfontosabb feladat. Négy tényező határozza meg az énhatékonyságot az általa leírt modellben: a korábbi sikerek és kudarcok; mások sikerének vagy kudarcának megélése (modell hatás); szociális bátorítás és meggyőzés; végezetül pedig a fiziológiai visszajelzések (Kulcsár, 1998).

A magukat hatékonyabbnak érző személyek sokkal több önbizalommal látnak neki feladataikhoz. Általában nehezebb, kihívást jelentő célokat tűznek ki maguk elé, és sokkal kitartóbbak, hajlandók nagyobb erőfeszítésre is azok megvalósításáért, mélyebben elköteleződnek tevékenységeik mellett. Ezzel ellentétben az alacsony énhatékonysággal bíró egyének könnyebben adják fel a nagyobb erőfeszítést igénylő feladatokat, mivel a megoldás helyett inkább saját gyengeségeikre és nehézségeikre koncentrálnak. Minél inkább azt élik meg egy helyzetben, hogy az feléjük állított elvárások saját képességeiken túlmutatnak, annál valószínűbb, hogy kevesebbet fognak elvárni saját maguktól, mellyel

gyakorlatilag csökken a befektetett energia mennyisége, és ezáltal a teljesítményük is (Péter-Szarka, 2007). Tehát az énhatékonyság pozitív összefüggésben áll a mentális erőfeszítéssel, a kitartással, a teljesítménnyel, a problémákkal szembeni rugalmassággal, és a magabiztossággal is (Szalai, 2011). Az énhatékonyság komplex dimenziót takar, mely az életvezetés különböző területein fejt ki hatását, befolyásolva így az egyén szubjektív és objektív jóllétét (Putz, 2007).

Szalai disszertációjában az énhatékonysággal összefüggésbe hozta az ágencia nyelvi változóit, mellyel például a kitartás mértékét még folyamatában ki lehet mutatni (Szalai, 2011). Ebbe mélyebben betekintést enged a narratív tartalomelemzés. Vizsgálatomban a program után írt beszámolókat narratív tartalomelemzéssel elemeztem, azt kutatva, hogy a fentebb leírt lehetséges verziók közül vajon melyik valósul majd meg: vajon mennyire volt hatásos az intervenció? Módszertani választásomat az indokolta, hogy ez a fajta tartalomelemzés alkalmas pszichológiai állapotváltozások kimutatására is (Ehmann, 2002).

A kutatás kereteit nyújtó életmódváltó program: Lifetilt

A kutatásomban résztvevők személyek a Lifetilt Hungary Kft. által biztosított 70 napos életmódváltó programban vettek részt, mely komplett edzéstervből és személyre szabott étrendből állt. Heti 3-4 alkalommal egyedül vagy csoportosan edzettek, és a cégvezetővel heti rendszerességgel tartották a kapcsolatot. A 70 napos programok 2011-től 2013-ig folyamatosan zajlódtak, tehát nem egyszerre indultak, illetve nem is egy időben fejeződtek be. A résztvevők beválogatását a cégtulajdonos intézte. Mivel kutatásom a programok lefolyása után kezdődött meg, így nem volt lehetőségem a programot befolyásolni. A 70 nap alatt minden releváns fiziológiai adat dokumentálva lett a weboldalukon: magasság, kezdő súly és fénykép. Emellett a kezdés előtt és befejezés után mindegyik résztvevő kötetlenül papírra vethette érzéseit és gondolatait a programmal és saját magával kapcsolatban. Az írások tartalmát illetően a résztvevők nem kaptak konkrét utasítást a cégvezetőtől.

A KUTATÁS KERETEI ÉS A HIPOTÉZISEK

1. A kutatás első fázisa: Tartalomelemzés

Kutatásom első szakaszában az életmódváltást képező sport és helyes táplálkozás hatásaként feltételezett változások megnyilvánulásait vizsgáltam a résztvevők beszámolóiban a narratív pszichológiai tartalomelemzés segítségével. Úgy gondoltam, hogy a visszahízást a viselkedésváltozás sikertelensége okozhatja, mely már írásos szinten is kimutatható lesz az énhatékonyság változásában, melyet narratív szinten az ágenciával és annak mutatóival lehet feltérképezni. Azt feltételeztem, hogy a személyek kevésbé lesznek majd aktív ágensek programjuk befejeztével, az előbbieken említett tényezők

megszilárdulásának hiánya miatt. Lehetséges, hogy a programba nagy elszántsággal, tenni akarással, tudatossággal, és felelősségvállalással vágtak bele, de ez feltehetően nem fog a legvégéig kitartani. Így az ágencia csökkenését vártam a közvetlen program utáni beszámolóokban. Mivel egy ilyen rövidtávú program során nincs lehetőség a szerzett tudás elmélyítésére és a remélt személyiségszintű változás bekövetkeztére, így joggal merülhet fel a kérdés, hogy képesek-e a résztvevők ezt a fajta életmódot hosszú távon folytatni? Ha ilyen irányú kétségeket érez az egyén, akkor az már írásos szinten is meg fog mutatkozni közvetlenül a program befejeztével.

Továbbá arra is kíváncsi voltam, hogyan értékelik a résztvevők a 70 nap eseményeit. Dudgill és munkatársai (2005) eredményére alapozva úgy véltem, hogy a program rövidtávon (pl.: sport és diéta kedvező élettani hatása) mindenféleképp pozitív hatással lehet a résztvevőkre, így a negatív értékelés aránya alulmarad a pozitívhoz képest, azonban ez csak egy pillanatnyi állapotot mutat. Kutatásom első felében érdeklődésem fókuszában módszertanilag a narratív tartalomelemzés prognosztikai értéke állt: vajon írásos szinten is megmutatkozik a mentális tényezők hosszanti fennmaradásának kudarca már közvetlen a program befejezte után?

2. A kutatás második fázisa: Nyomonkövetés

Kutatásom második felében megkerestem a résztvevőket a program befejezte után hosszabb idő elteltével (min. 8, max. 30 hónap), aktuális mentális állapotuk és testsúlyuk felől érdeklődve. Hutchison és Johnston (2013) eredményére támaszkodva feltételeztem, hogy a hosszútávú eredményesség kevésbé marad meg: tehát kevesen tartják ugyanazt a testsúlyt, melyet a program alatt elértek. Úgy gondoltam, hogy a fogyásnak kedvező pozitív testorientációjú pszichológiai tényezők (pl.: az új alakkal való pillanatnyi elégedettség, saját testéhez való szeretetteljesebb viszonyulás) nem képesek mélyen rögzülni. Ezáltal az is kérdéses lesz, hogy hosszútávon képesek-e megtartani elért súlyukat. Továbbá ha visszahíztak, feltételezhető a testükkel szembeni elégedetlenség is. Másik megközelítésből, Túry és Szabó (2000) kutatására alapozva az is valószínűsíthető, hogy a fogyásuk ellenére elégedetlenek saját testképükkel, melynek igazolását a Testi Attitűdök Tesztjének magas pontszáma támaszthatná alá.

Hipotézisek

Hutchison és Johnston (2013) szerint az obesitas kezelésére szolgáló életmódváltó programok hosszútávon sikertelenek, a résztvevők többsége visszahízik. A sikertelen viselkedésváltozás okai a mentális, pszichés tényezőkben keresendő. Az énhatékonyság például kulcsfontosságú lehet a program sikerességét tekintve, hiszen nagymértékben befolyásolja olyan tényezők tartósságát is, mint a motivációs szint, kitartás, melyek pedig a viselkedésváltozás kimenetelét befolyásolják. Hutchisonékéhoz (2013) hasonló

eredményt vártam saját kutatásomban: az elért testsúly megtartásának kudarcát. Hipotéziseim tehát a következők voltak: 1. A vizsgálati személyek ágenciája a program előrehaladtával egyre csökken. 1. 1. A vizsgálati személyek program utáni beszámolóiban az aktivitás-passzivitás dimenzióban a passzivitás felé tolódnak el a program előtti beszámolókhöz képest. 1. 2. A vizsgálati személyek program utáni beszámolóiban az intencionalitás-kényszer dimenzióban a kényszer felé tolódnak el a program előtti beszámolókhöz képest. 2. A vizsgálati személyek program utáni beszámolóiban felerősödnek a pozitív értékelések, míg a negatív értékelések kevésbé lesznek kifejezettek az első beszámolókhöz képest. 3. A programban résztvevők súlytöbbletet halmoztak fel a programmal elért testsúlyukhoz viszonyítva. 4. A program befejeztével a vizsgálati személyek a fogyás ellenére még mindig elégedetlenek saját testképükkel.

MÓDSZEREK

Résztvevők

A mintámat 17 személy képezte. A kutatás első felében a 17 résztvevő (14 nő és 3 férfi) szöveges beszámolóit állt módomban kielemezni. A kutatásom második részében a 17-ből 15 személyt (12 nő és 3 férfi) sikerült nyomon követnem.

Vizsgálati eszközök

A szövegeket a NooJ nevű szoftver segítségével elemeztem ki. A magyar modulokhoz a pécsi és budapesti székhelyű Narratív Pszichológiai Kutatócsoport jóvoltából kaptam hozzáférést. A nyomon követéses vizsgálatnál 2013 októberében 15 résztvevővel felvettem a Testi Attitűdök Tesztjét (BAT).

I. A NooJ elemző program

A szoftver program képes morfo-szintaktikai elemzésre, illetve nem pusztán szólistákat, hanem a szavak nyelvtani környezetét is értelmezni és kezelni tudja. Évek munkájának gyümölcseként a magyar modulokat a Narratív Pszichológiai Kutatócsoport pécsi és budapesti tagjai fejlesztették ki. Kutatásomban az aktivitás-passzivitás (Szalai és László, 2006), intencionalitás-kényszer (Ferenczhalmy és László, 2006) és értékelés (Csertő, 2009) modulokat használtam fel. Az elemzés első fázisában a szöveg előkészítése történik meg, az úgynevezett annotálás, mely során a program megtanul egyes szavakhoz megfelelő nyelvtani kategóriákat, vagy akár szemantikai jelentést is hozzárendelni. A kifejlesztett algoritmusok különböző pszichológiai relevanciával bíró szavakat találnak meg és címkéznek a szövegben. A program lokális nyelvtanokat, úgynevezett gráfokat is használ az elemzés során, melynek segítségével lehetséges a különböző nyelvtani szerkezetek és szókapcsolatok kigyűjtése. Ezzel a módszerrel könnyebb az aktív-passzív dimenzióknál sokszor kérdéses igék beazonosítása, hiszen ugyanazon szótári szó

esetében figyelembe veszi az őt körülvevő környezetet is, és következőképp különböző kimenettel látja el a szót (Szalai, 2011).

II. Testi attitűdök tesztje (*Body Attitude Test, BAT*) (lásd 1. számú melléklet)

A Probst, Van Coppenolle és munkatársai által kifejlesztett mérőeszköz a szubjektív testélményt és a saját testtel kapcsolatos attitűdöt méri fel. A kérdőív megalkotásához az anorexia nervosa, illetve a bulimia nervosa betegségben szenvedők testélményével kapcsolatos elképzeléseket vették figyelembe, mint a testtel való elégedetlenség, a test deperszonalizációja, kövérség érzése, saját testtel kapcsolatos bizalom hiánya és hiperaktivitás. A kérdőív méri a testképpel való elégedetlenséget, de jóval túlmutatva azon a testkép egyéb aspektusait is figyelembe veszi, mint a testtel való distressz és diszkomfort érzést. A kérdőív 20 állításból áll, melyet egy 6 fokú Likert-skálán kell megítélnie a kitöltőnek. A 20 állítás 4 alfaktorba oszlik el: 1. A testméret negatív értékelése; 2. A saját test ismeretének hiányos volta; 3. A testtel való általános elégedetlenség; 4. Külső megjelenés. A kérdőívben elérhető maximális pontszám 100, melyből a 36 pontnál nagyobb érték kóros testi attitűdöt jelent. A teszt képes differenciálni az elhízott nők és a normális súlyúak között: az elhízott nők magasabb pontszámot érnek el a teljes kérdőívben és az alsókálakon is. A mérőeszköz magyar nyelvre történő adaptálását Túry Ferenc és Szabó Pál végezte el 2000-ben (Czegledi, Urbán és Csizmadia, 2010).

A VIZSGÁLAT MENETE

I. Tartalomelemzés

Első ízben a kutatásomhoz szükséges előtte és utána szöveges beszámolókat gyűjtöttem össze, majd ezeken a NooJ szoftver segítségével az ágenciát megjelenítő, alkotó modulokat futtattam le: aktivitás-passzivitás, intencionalitás-kényszer. Emellett kíváncsi voltam a résztvevők saját magukról alkotott értékelésükre is, így az értékelés modult is felhasználtam. A kapott konkordanciákon összeszámoltam a találatokat, melyek számát elosztottam a beszámolót alkotó szavak számával, így állandó hányadost kaptam. A részmodulok után az ágencia meghatározásához a következő képletet használtam fel Szalai (2011) alapján: $\text{ágencia} = (\text{aktivitás} / \text{passzivitás}) / (\text{intencionalitás} / \text{kényszer})$. Az elemzésem során az énhatékonysággal összefüggésbe hozott ágencia nyelvi jeleinek érvényesülését kerestem a szövegek alapján. A vizsgálat eredményeit az IBM SPSS Statistics 20-as verziójú program segítségével elemeztem ki. A tartalomelemzés során a beszámolókon összetartozó mintás T-próbát futtattam le.

Ágencia

Pszichológiai nézőpontból az ágencia a tudatos, akaratlagos cselekvés képességét jelöli. Az ágencia az egészségpszichológián belül az egyénre fókuszálva, aktív

ágensként a cselekvésre, a problémamegoldásra, a copingra, emocionálisan és fizikálisan is egyensúlyra törekvő egyént tekintjük ágensnek. Az ágencia szintje függ a személyes kontrolltól is: aki a hatékonyság képességével magasabb szinten rendelkezik, az jobban tudja magát motiválni, illetve kitartása megnő, problémahelyzetekben kisebb stressz lép fel. A magasabb ágencia-érzés az egészséges életvitelhez is hozzátesz, hiszen azt élheti meg a személy, hogy a környezetét aktívan képes befolyásolni. Az ágencia olyan pszichológiai jelenségekben nyilvánulhat meg, mint kontroll, teherbírás, fejlődés, dominancia, autonómia és függetlenség. Továbbá az ágencia szoros kapcsolatban áll Bandura énhatékonyságával (Szalai, 2011).

Az ágenciát kutatásomban különböző szavak és kifejezések implicit jelentése mentén értelmezhetjük (aktív és passzív igék, illetve explicit intencionális kifejezések). Az ágencia négy összetevőből áll: aktivitás, passzivitás, intencionalitás, kényszer.

Aktivitás - passzivitás dimenzió

Az aktív és passzív kifejezések szövegszázalékainak vizsgálata rávilágít arra, hogy az elbeszélő egymáshoz képest milyen arányban használja azokat az adott szövegrészletben. Minél több az aktív a passzívok rovására, annál nagyobb mértékben van jelen a történetben a cselekmény alanya hatékony cselekvőként; tehát magáról környezetét befolyásolni bíró ágensként tanúskodik. Ezzel szemben a passzív kifejezések fölényével az elbeszélő saját passzivitását, a helyzetben való cselekvőképtelenségét hangsúlyozza. Az aktív igenembe tartoznak mindazon igék, melyeknek alanya akarattal, szándékkal és tudatos közreműködéssel viszi véghez cselekedetét (pl.: ad valakinek valamit). A passzív igenemet olyan tevékenységet kifejező igék alkotják, melyben az alany pusztán elszenvetője a cselekedetnek, átkerülve így a figyelmi fókusz a cselekvés végrehajtójáról a cselekvés elviselőjére (pl.: valamilyen helyzetbe kerül) (Szalai, 2011).

Intencionalitás - kényszer dimenzió

Az intencionalitás és kényszer olyan pszichológiai jelenségeket jelenítenek meg, mint kontrollérzet és felelősségvállalás a saját cselekedetre vonatkozóan (Ferenczhalmy, Hargitai, Szalai és László, 2010). Az intenció a célirányos cselekvések mögött meghúzódó kognitív és motivációs bázist jelent: milyen szándékok, vágyak és célok motiválnak minket cselekvéseinkben, egyfajta szándéktulajdonítást jelent. A motivációs bázis alatt pedig azon innát hajtóerőket értjük, melyek önmagunk és környezetünk átalakítására, formálására készítetnek. Továbbá az intenció jelöli még az elért cselekvések fenntartásáért szolgáló igyekezetet (Szalai, 2011.) A kényszerrel jelölő kifejezések az intenció hiányát vagy a külső kényszerítést, illetve kényszerítettséget jelenítik meg expliciten a szövegben (Ferenczhalmy et al., 2010).

Értékelés

Ugyan az értékelés nem összetevője az ágenciának, mégis kutatásom szempontjából fontos bemutatnom e narratív modult is. Az ide tartozó szavak (pl.: igék, morálisan értékelt aktusok, melléknevek, főnevek, érzelmi és kognitív állapotok) értékelő jelentést hordoznak az elbeszélő vagy más szereplőre vonatkozóan (Csertő, 2009).

II. Nyomonkövetés

A résztvevőket tájékoztattam a vizsgálat anonimitásáról és önkéntességéről. A 15 vizsgálati személy beleegyezett a követéses vizsgálatba, így rákérdeztem jelenlegi testsúlyukra a korábbival való összehasonlítás érdekében. A személyeket két szempont szerint csoportosítottam: 1. Az aktuális testsúlyuk meghaladja-e közvetlen a program után elért testsúlyukat? 2. Visszaszedték-e a program során leadott kilóiknak legalább felét, vagy sem?

Például ha 80-ról 70 kg-ra csökkent a testsúly, az aktuális 75 kilogrammnál több-e, vagy sem? Továbbá testükhöz való viszonyulásukra kíváncsian kitölttettem velük a *Testi Attitűdök Tesztjét*: a vizsgálati személyeket arra kértem, hogy saját testükkel kapcsolatos állításokra adjanak választ. Az immáron kitöltött válaszlapokhoz elektronikus úton, a Google Drive segítségével jutottam hozzá.

EREDMÉNYEK

I. A tartalomelemzés eredményei

Az ágenciával kapcsolatos eredmények

Első hipotézisemben valószínűsítettem, hogy az ágencia mértéke lecsökken a program végére. A program előtti beszámolókból kimutatható ágencia mértéke (átlag=7,144; szórás=8,534) és a program utáni közt (átlag=2,532; szórás=2,940) *szignifikáns különbség* adódott, mégpedig *csökkenés* figyelhető meg ($t(16)=2,177$, $p=0,045$).

Az aktív- passzív modul eredményei

Az ágencia csökkenését várva megfogalmaztam azt az elvárást, miszerint az aktív és passzív kifejezések aránya megváltozik a későbbi beszámolókból: az aktív csökken és a passzív nő. *Aktivitás*: A megelőző beszámolókból fellelhető aktív kifejezések (átlag=7,272; szórás=1,269) és az utólagos beszámolókból fellelhető (átlag=5,980; szórás=1,824) előfordulása között *szignifikáns különbség* adódott, mégpedig az aktív kifejezések száma a másodjára íródott beszámolókból *lecsökkent* ($t(16)=2,662$, $p=0,017$). *Passzivitás*: Az elsőnek íródott beszámolókból fellelhető passzív kifejezések (átlag=1,346; szórás=0,659) és az utána következő beszámolókból fellelhető (átlag=2,369;

szórás=1,698) előfordulása között *szignifikáns különbség* adódott, mégpedig a passzív kifejezések száma *megnőtt* a másodjára készült beszámolókbán ($t(16)=-2,432, p=0,027$).

Az intencionalitás - kényszer modul eredményei

Az ágencia csökkenését várva azt feltételeztem, hogy az intencionalitást jelző kifejezések csökkennek, míg a kényszert jelzők megnőnek. *Intencionalitás*: Az elsőként íródott beszámolókbán fellelhető intencionalitást jelző kifejezések (átlag=1,371; szórás=0,960) és az utána következő beszámolókbán fellelhetők (átlag=1,308; szórás=0,422) előfordulása közt nem adódott szignifikáns különbség ($t(16)=0,232, p=0,819$). *Kényszer*: Az elsőnek íródott beszámolókbán fellelhető kényszert jelző kifejezések (átlag=0,903; szórás=0,634) és az utána következő beszámolókbán fellelhetők (átlag=0,722; szórás=0,517) előfordulása között nem adódott szignifikáns különbség ($t(16)=1,696, p=0,109$).

Az értékelés modul eredményei

A második hipotézisemben azt feltételeztem, hogy a pozitív értékelés az első beszámolókhöz képest a második beszámolókbán megnő, míg a negatív értékelés lecsökken. *Pozitív értékelés*: Az elsőnek íródott beszámolókbán fellelhető pozitív értékelések (átlag=1,966; szórás=0,638) és az utána következő beszámolókbán fellelhetők (átlag=2,037; szórás=0,970) előfordulása között nincs szignifikáns különbség ($t(16)=-0,240, p=0,813$). *Negatív értékelés*: Az elsőnek íródott beszámolókbán fellelhető negatív értékelések (átlag=0,962; szórás=0,554) és az utána következő beszámolókbán fellelhetők (átlag=0,686; szórás=0,549) előfordulása között *szignifikáns különbség* adódott, mégpedig a negatív értékelések száma *lecsökkent* a másodjára készült beszámolókbán ($t(16)=2,567, p=0,021$, lásd 1. táblázat).

	Előtte átlag	Utána átlag	Szignifikancia
Ágencia	7,144	2,532	p=0,045
Aktivitás	7,272	5,980	p=0,017
Passzivitás	1,346	2,369	p=0,027
Intencionalitás	1,371	1,308	n. s. p= 0,819
Kényszer	0,903	0,722	n.s. p=0,109
Pozitív értékelés	1,966	2,037	n.s. p=0,813
Negatív értékelés	0,962	0,686	p=0,021

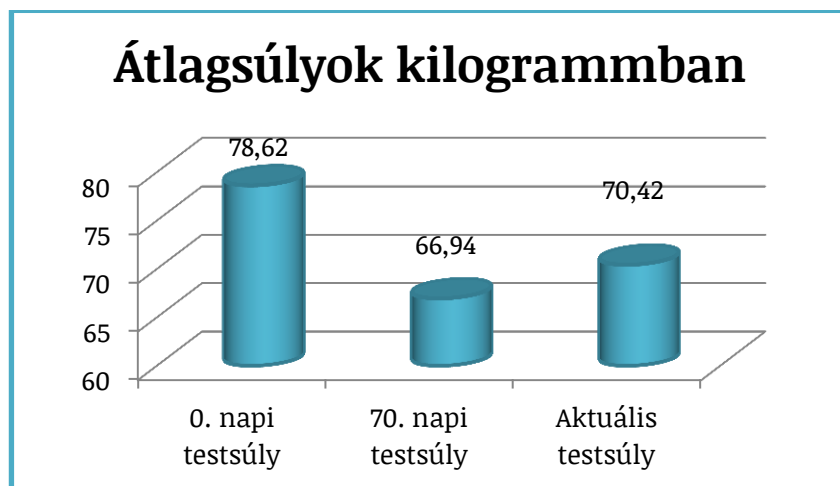
1. táblázat: A tartalomelemzés eredményei

II. A nyomon követéses vizsgálat eredményei

Testsúlyok összehasonlítása

Harmadik hipotézisem igazolást nyert. A Lifetilt Kft. által nyújtott 70 napos programot mindenki sikeresen teljesítette. Az átlag kezdősúly 78,62 (szórás=15,71) kg volt, mely a program befejeztével 66,94 (szórás=14,18) kg-ra csökkent. A 17

személy átlagban 11,78 (szórás=3,74) kg-t veszített súlyából, míg összesítve 200,30 kg-t fogytak. A további 15 vizsgálati személy aktuális átlagtestsúlya 70,42 (szórás=12,26) kg. A 15-ből csupán 3 nem szedett magára többletsúlyt a program befejezte után, tehát 80 százalékuk *nem tartotta meg az elért súlyát*, és 15-ből 11, tehát 73,3 százalék a program befejezte után *sem szedte vissza leadott kilóinak 50 százalékát* (lásd 2. táblázat).



2. táblázat: Átlagsúlyok kilogrammban

Testi Attitűdök Tesztje (BAT) eredményei

Utolsó hipotézisem beigazolódt, miszerint a résztvevők átlagban *elégedetlenek a testükkel*, mely a 36 pontnál magasabb értékben nyilvánul meg, *kóros testi attitűdöt rajzolva így ki* (átlag=42,26; szórás=13,06). A faktorokat vizsgálva a legmagasabb átlagérték a testtel való elégedetlenségénél mutatkozott (átlag=14,00; szórás=5,89), ezután következik a testméret negatív értékelése (átlag=13,80; szórás=6,49), majd a test ismeretének hiányos mivolta (átlag =10,53; szórás=5,91), utoljára pedig a külső megjelenés (átlag=8,00; szórás=2,13). A vizsgálati személyek 73,3 százaléka *kóros testi attitűdöt* mutat, míg a 26,7 százaléka *normál* értéken belülit.

MEGVITATÁS

Kutatásomból kiderült, hogy az életmódváltó programban résztvevők ágenciája lecsökkent, melyre leginkább az aktivitás-passzivitás dimenzióban a passzivitás felé tolódás mutat rá. A negatív értékelések száma szintén lecsökkent. A nyomon követéses vizsgálat rávilágított arra, hogy a fogyás ellenére a résztvevők többsége elégedetlen saját testképével, illetve a 80 százalékuk nem tartotta a programmal elért súlyát, de 73 százalékuk akkor sem szedte vissza többet a leadott súly felénél.

Vizsgálatom első részében Hutchison és Johnson (2013) cikkére alapozva bebizonyosodott feltételezésem, miszerint az életmódváltó programban az ágencia csökkenő tendenciát mutat, és az újonnan megjelenő pozitív változást előidéző mentális tényezők sem maradnak fenn feltétlenül hosszútávon. Az

énhatékonyság kulcsfontosságú szerepet tölt be a program sikerességét tekintve, mivel nagymértékben képes befolyásolni a többi mentális tényező tartósságát is (motivációs szint, elköteleződés, kitartás). Az énhatékonyságnak megfelelően az ágencia csökkenését az mutatja, hogy az aktivitást megjelenítő kifejezések száma a program befejezte után lecsökkent, a passzivitást kifejezők száma ezzel szemben megnőtt. A program elején az aktív kifejezések nagyobb arányával az elbeszélő cselekvő ágensként határozta meg magát, aki aktívan részt vesz helyzete és környezete formálásában (Szalai, 2011). A program befejeztével viszont ezek száma lecsökkent, míg a passzívoké megnőtt, mellyel az elbeszélő a helyzetben való passzivitását hangsúlyozhatja. Valószínűleg a személyek nem érzik magukat kontrollképesnek, feltehetőleg a program egyfajta "holding" funkcióval rendelkezett. Úgy gondolhatják, hogy csak egy külső programmal lehetnek sikeresek, saját maguktól nem, és ez tükröződik is az énhatékonyságukban. A viselkedésváltozás sikertelensége így már írásos szinten is kimutatott. Ez alátámasztja a Hutchison és Johnston által taglalt mentális tényezők elkopásának valószínűségét, hiszen az ezeket befolyásoló ágencia mutatói az aktív-passzív dimenzióon belül a passzív irányába tolódtak el (Hutchison és Johnston, 2013). Az intencionalitás-kényszer dimenzióban nem adódott olyan eredmény, amely pszichológiai állapotváltozásra utalna. Kiderült továbbá, hogy a program végére a beszámolóikban található negatív értékelések száma lecsökkent. Feltételezhető ugyanis, hogy Dugdill által említett szignifikáns pozitív pszichológiai változás itt is megjelenhetett, ezáltal a személy negatív értékelésének gyakorisága, mint a panaszkodás, lecsökkent. Valószínűleg mégiscsak mindnyájan elégedettek az elért alakjukkal, büszkék kapcsolataikban bezsebelt elismerésekre, eddigi teljesítményeikre, vagy csak pozitív értelemben izgalmat nyújt a másfajta, eddig szokatlan életvitel. Azonban ezen tényezők hosszútávú tartóssága továbbra is kérdéses (Dugdill et al., 2005). Ezzel vizsgálatomban a longitudinálisan keletkező szövegekhez felhasznált narratív tartalomelemzés releváns pszichológiai állapotváltozásokat felfedve prognosztikai értékre is szert tett (Ehmann, 2002).

Második vizsgálatom a program befejeztével elért testsúlycsökkenés időbeli tartósságát, a kimutatott negatív értékelés csökkenésének megmaradását; a résztvevők aktuális mentális állapotát, illetve a saját testükkel kapcsolatos attitűdjeiket kívánta feltérképezni. A 15 résztvevő 80 százaléka halmozott fel súlytöbbletet a programmal elért testsúlyához képes. Természetesen nem jelenthető ki teljes bizonyossággal, hogy a többletsúly következképpen tiszta zsírtöbbletet is jelent, hiszen nem zárható ki a testösszetétel átalakulásának lehetősége sem. 73 százalék mégsem szedett vissza többet, mint a leadott kilóinak fele. Ezen eredmény párhuzamba állítható Dugdill és munkatársainak vizsgálatával (2005) ahol a személyek elért sikereinek tartóssága megkérdőjelezhető volt. Hutchison és Johnston cikkére alapozva lehetséges, hogy az elért testsúly megtartása az egyoldalú problémamegközelítés miatt ütközött nehézségekbe, ugyanis a legadaptívabb megoldás minden esetben az adott célkitűzés (pl. optimális testsúly kialakítása) többoldalú megközelítése. Egyszóval mindenféleképp figyelembe kell venni az egyén személyiségét, szociökönómiai státuszát, temperamentumát, és nemét is,

amikor egyéni megoldást kínálunk számára. Továbbá a fogyás hosszútávú sikerességét az is befolyásolja, hogy az életmódváltás képes volt-e a gondolkodásmód egészét áthatni (Hutchison és Johnston, 2013). Ugyanis ha a vizsgálati személyek csupán a program 70 napos időtartamára tartják be az előírt diétát, majd ezek után folytatják a program előtti életmódjukat, akkor feltételezhetően a diétát követő időszakban súlygyarapodás következik be a sikertelen viselkedésváltoztatás következtében.

A viselkedésváltozás több stádiumon megy keresztül a kívánt sikerig, jelen esetben nem tudhatjuk, hogy a résztvevők a TTM modell szerint melyik stádiumot érték el a program befejeztével. Bizonyosan minden résztvevőben megfogalmazódott a változtatás szükségessége, hiszen ez lehetett jelentkezésük oka, így feltételezhetően a kontempláció stádiumáig eljutottak, melyben az egyén erős érdeklődést mutat, de nincs meg a kellő elhatározás, és ambivalens érzéseket táplál az életmódváltással kapcsolatban. Valószínűleg a döntés vagy az akció szakaszt, ha máshogy nem, a programmal el tudták érni a résztvevők: előbbinél erős motiváció, kismértékű haladás; utóbbinál elszántság és elköteleződés mutatkozhatott meg. Az ezt követő periódusra pedig nem lehet egyértelmű predikciót tenni, hiszen nem tudhatjuk, melyik lépcsőfokon állt az egyén a program végeztével. Erre vonatkozó információ birtokában intervenció technikákkal támaszt nyújthatnánk a viselkedés további fenntartásában, vagy magasabb stádium elérésében (Miller és Rollnick, 1992). A program végeztével, ha nem internalizálódtak a szükségletek (pl.: egészséges táplálkozás, rendszeres testmozgás), akkor az egyén érzésétől, gondolkodásmódjától függően visszaesés következhetett (mennyire érezte magáénak az elmúlt 70 nap eseményeit; teher vagy "megtérülő befektetés" volt-e a 70 nap, Prochaska és DiClemente, 1991). Mindenféleképpen hasznos lehetne a változás folyamatának („10 technika“) áttekintése, mely növelhetné a sikeresség valószínűségét, beleértve az olyan technikákat, mint a környezet értékelése, stimulus kontroll, támogató kapcsolatok kialakítása (Prochaska et al., 1983). Ezek a feltételezések alkalmas magyarázatul szolgálhatnak az eredményeket tekintve, hiszen a résztvevők 80 százaléka nem tartotta a programmal elért súlyát. Vajon ha a program 70 napnál több időt ölelt volna fel, akkor a mentális tényezők mélyebb szinten is rögzülhettek volna a gondolkodásmódban, és ezáltal jobban tartották volna a résztvevők az elért súlyukat? Dugdill kutatásában erre a kérdésre igennel válaszolt: valószínűsíthető, hogy a program hosszának növelésével e tényezők is mélyebben és komplexebben tudatosulnak, illetve a személy sokkal tudatosabban és minőségibb módon alakítja a frissen megszerzett információt a sajátjává (Dugdill et al., 2005).

A vizsgálati személyek a Testi Attitűdök Tesztjében elért pontszámok átlagát tekintve a kóros tartományba esnek, rávilágítva ezzel lehetséges testképzavarukra: a testüket a valóságtól sokkal eltérőbbnek, torznak élik meg. A faktorok közül legjobban a testtel való általános elégedetlenség dominált, tehát a résztvevők általában elégedetlenek külső megjelenésükkel. A Testi Attitűdök Tesztjében elért emelkedett pontszámok lehetséges magyarázataként szolgálhatnak, hogy az elhízás legkonzisztensebb pszichológiai következménye a testképpel való elégedetlenség (Matz et al., 2002). Joggal lenne feltételezhető, ha

az illető többé nem túlsúlyos, akkor a testképével sem lesz elégedetlen. Annak ellenére, hogy a vizsgálati személyek jelentős súlymennyiségtől szabadultak meg, a fogyás mégsem formálta kedvezően saját testképüket, így a program abszolválásának ellenére általános elégedetlenség rajzolódott ki. Nem meglepő az eredmény, hiszen Túry és Szabó kutatása (2000) is kimutatta már, hogy a magyar nők körében általános elégedetlenség uralkodik testrészeikkel és alakjukkal kapcsolatban. Valószínűsíthető hát, hogy önmagában sem a testsúlyvesztés, sem az ennek következtében megjelenő pozitív testorientációjú pszichológiai változások nem lesznek jó és pontos prediktorai a testképpel való elégedettségnek a későbbiekre nézve.

Említésre méltó az életmódváltó programmal kapcsolatban, hogy az elért súly megtartásának sikertelenségének ellenére a többség nem csúszott vissza a kezdősúlyához, tehát az optimális testsúlyt tekintve mindenféleképpen pozitív hatással volt a a program, azonban pszichológiai perspektívából nézve valószínűleg hosszabb távon is jóval eredményesebb lehetett volna egy *pszichológus* bevonásával. A pszichológia tanácsadás kulcsfontosságú szereppel bírhatna egy ilyen program keretein belül, tehát legalább ugyanolyan hangsúlyt kéne fektetni e komponensre is, mint a tréning többi többi részére (pl.: edzés és étrend). A programot célszerű lenne több alkalmas pszichológiai konzultációval bővíteni, melyben pszichológus szakemberek a résztvevők különböző kompetenciáit fejlesztik, legfőképpen az énhatékonyságot, hiszen a pszichoterápiában is az egyik legfőbb cél a kliens énhatékonyságának növelése. Ugyanakkor a szakképzett pszichológusnak feladata lenne a programba jelentkezők motivációs hátterének minél alaposabb feltérképezése. Az életmódváltás időtartama alatt mindenféleképp szükséges lenne figyelemmel kísérni a résztvevők mentális állapotát, a változáshoz való viszonyulásukat, és ennek fényében tanácsadással segíteni őket. A program befejeztével a pszichológusnak hosszabb ideig rendelkezésre kéne állnia a résztvevő igénye esetén, ezáltal kiküszöbölhető lenne a különböző kisebb elakadások és a régebbi életmódhoz való visszatérés is.

Az obesitas legoptimálisabb kezelését valószínűleg a megelőzés és egészségpromóció jelenthetné: minél korábban találkozik a gyermek a sport és az egészséges táplálkozás megfelelő kombinációjával a megfelelő érzelmi környezet mellett, annál kisebb lesz a rizikófaktor. Hiszen az elhízás gyermek- és fiataalkori megelőzése a legjobb stratégia (Szumska, 2006). Dicséretes a felnőtt vagy fiataalkori, saját életmódunkkal kapcsolatos felismerés és változtatni akarás, mégis az obesitas, így a testképet érintő általános elégedetlenség leghatékonyabb orvoslását az egészségpromóció, illetve a korai prevenció nyújthatná.

Az eredmények megbízhatósága és általánosíthatósága tekintetében figyelembe kell venni, hogy kutatásom kis mintával dolgozott. A résztvevők nem egy időben teljesítették a 70 napos programot, így a nyomon követéses vizsgálat nem azonos időtartamot mért be a program végeztétől. Lehetséges, hogy a program után eltelt idő hossza is befolyásolhatta a kapott eredményeket. Továbbá kérdéses a résztvevők jelentkezésének oka. Nem mindegy, hogy külső vagy belső motivációval vágtak bele az életmódváltásba, hiszen a külső

kényszerítettség vagy valakinek/valamivel való megfelelni akarás rontja a hosszú távú eredményességet. Érdemes lenne nagyobb mintával hasonló vagy hosszabb időtartamú, egyszerre elinduló programot figyelemmel kísérni, továbbá a program előtt is felvenni a Testi Attitűdök Tesztjét későbbi összehasonlítás céljából. Mindemellett törekedni kellene a minta homogenitására az elkövetkezendőkben, és a jelentkezők beválogatásánál a kutatás perspektívájából intézni. További kutatás tárgyát képezheti az a felvetés is, hogy vajon a program időtartamának növelése tényleg erősebb alapul szolgálna egy újfajta életmódhoz?

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Barness, L. A, Opitz, J. M., Gilbert-Barness, E. (2007). „Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects”. *Am. J. Med. Genet. A.* 143A (24), 3016–34.
- Czeglédi E., Urbán R., Csizmadia P. (2010). A testkép mérése: A Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65, 431-461
- Csabai M., Erős F. (2000). *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei.* Budapest: József Műhely Kiadó.
- Csertő I. (2009). A személy- és csoportközi értékelés pszichológiai szempontú elemzése elbeszélő szövegekben. VI. *Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia*, 272-284
- Dugdill, L., Graham, R.C., McNair, F. (2005). Exercise referral: the public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Ergonomics*, 48:11-14, 1390-1410
- Ehmann B. (2002). *A szöveg mélyén. A pszichológiai tartalomelemzés.* Budapest: Új mandátum Könyvkiadó.
- Ferenczhalmy R., Hargitai R., Szalai K. - László J. (2010). Az ágencia megjelenése és szerepe élettörténeti elbeszélésekben. In: *Egyén és kultúra: a pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira.* A Magyar Pszichológiai Társaság XI. Országos Tudományos Nagygyűlése, Pécs.
- Ferenczhalmy R., László J. (2006). Az intencionalitás modul kidolgozása NooJ tartalomelemző programmal. IV. *Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia*, 285-295
- Gidlow, C., Johnston, L. H., Crone, D., Morris, C., Smith, A., Foster, C., James, D. V. (2007). Socio-demographic patterning of referral, uptake and attendance in Physical Activity Referral Schemes. *Journal of Public Health*. 29 (2), 107-113
- Graham, R. C., Dugdill, L., Cable, T. C. (2003). Health practitioner perspectives of exercise referral: implications for the referral process. *Communication to the 5th International Conference on Sport, Leisure and Ergonomics*, Burton Manor, UK.
- Harrison, R. A., McNair, F., Dugdill, L. (2005). *Access to exercise referral schemes –*

- a population based analysis.* Journal of Public Health: Oxford University Press.
- Hutchison, A. J., Johnston, L. H. (2013). Exploring the Potential of Case Formulation Within Exercise Psychology. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 7, 60-67
- James, D. V., Johnston, L. H., Crone, D., Sidford, A. H., Gidlow, C., Morris, C., Foster, C. (2008). Factors associated with physical activity referral uptake and participation. *Journal of Sports Sciences*. 26 (2), 217-224
- Kirkpatrick, J., Caldwell, P. (2004). *Évészavarak*. Debrecen: Hajja and Fiai Könyvkiadó.
- Kulcsár Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Leijon, M. E., Faskunger, J., Bendtsen, P., Festin, K., Nilsen P. (2011). Who is not adhering to physical activity referrals, and why? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 29, 234-240
- Matz, P. E., Foster, G. D., Faith, M. S., Wadden, T. A. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1040-1044
- McDonald, H. P., Garg, A. X., Haynes, R. B. (2002). *Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions; scientific review.* JAMA. 288 (22), 2868-2879
- Miller, W., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395
- Péter-Szarka G. (2007). Az idegennyelvi-tanulási motiváció jellemzői és változásai a felső tagozatos életkorban. *Doktori (PhD) értekezés.*
- Putz G. (2007). A megváltozott munkaképességű emberek én-hatékonyosságát befolyásoló tényezők. *Szakedolgozat*. Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézet.
- Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114
- Riskó Á., Magyar Pszichiátriai Társaság. (1993). *Étkezési zavarok: Anorexia, bulimia, obesitas*. Budapest: Print-Tech Kft.
- Schilder, P. (1923). *Das Körperschema*. Berlin: Springer. In: Cash, T. F., Pruzinsky, T. (1991). *Body Images. Development, Deviance, and Change*. New York, London: The Guilford Press.
- Szalai K. (2011). Az ágencia nyelvi jegyei. Az aktív és passzív igék szerepe a narratívumokban. *Doktori (PhD) értekezés.*
http://pszichologia.pte.hu/files/tiny_mce/doktori/2011-Szalai_Katalin-T.pdf
- Szalai K., László J. (2006). Az aktivitás-passzivitás modul kidolgozása Nooj tartalomelemző programmal. IV. *Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia*, 330-338
- Szumaska I. (2006). Az elhízás gyakorisága és hatása az életminősére. In Kopp M., Kovács M.E., (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.*

Budapest: Semmelweis Kiadó.

Túry F., Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

MELLÉKLET

A Testi Attitűdök Teszt (BAT)

Az alábbiakban saját testére vonatkozó állításokat olvashat. Kérem jelölje be az 1-től 6-ig terjedő skálán, hogy mennyire igaz az adott állítás Önre! A skála jelentése: 1. mindig 2. rendszerint 3. gyakran 4. néha 5. ritkán 6. Soha.

1. Ha összehasonlítom a saját testemet a kortársaiméval, elégedetlen vagyok vele. []
2. A testem érzéketlen tárgynak tűnik. []
3. A csípőm túl szélesnek tűnik számomra. []
4. Jól érzem magam a bőrömben. []
5. Nagyon vágyom arra, hogy vékonyabb legyek. []
6. Azt gondolom, hogy a melleim túl nagyok. []
7. Hajlamos vagyok elrejtteni a testemet (pl. bő ruhákat hordok). []
8. Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a testemmel. []
9. Könnyű számomra ellazítani a testemet. []
10. Azt gondolom, túl kövér vagyok. []
11. Tehernek érzem a testemet. []
12. Úgy tűnik nekem, mintha a testem nem is az enyém volna. []
13. Úgy érzem, mintha egyes testrészeim dagadtak lennének. []
14. A testem szorongást jelent számomra. []
15. A testi megjelenésem nagyon fontos számomra. []
16. Olyan nagy a hasam, mintha terhes lennék. []
17. Feszültséget érzek a testemben. []
18. Irigylem mások testi megjelenését. []
19. Olyan dolgok történnek a testemben, melyek megijesztenek. []
20. Figyelem, hogy milyennek látszom a tükörben. []