

Problematicus evési magatartás és elhízás reziliencia fókuszú vizsgálata szív- és érrendszeri betegek körében

Tartalomjegyzék

1. ABSZTRAKT	1
2. ELŐSZÓ	1
3. ELMÉLETI BEVEZETŐ	2
3.1 A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK ELŐFORDULÁSA MAGYARORSZÁGON	2
3.2 AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS A KARDIOLÓGIAI RIZIKÓTÉNYEZŐK ÖSSZEFÜGGÉSEI	3
3.2.1 Táplálkozás	4
3.2.2. Testmozgás	5
3.2.5. Túlsúly és elhízás	6
3.3 POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉS, REZILIENCIA FOGALMÁNAK BEMUTATÁSA	6
3.4 A POZITÍV PSZICHÉS TÉNYEZŐK ÉS SZEREPÜK A KARDIOLÓGIAI KÖRKÉPEKBEN	7
3.5 PROBLEMATIKUS EVÉSI MAGATARTÁS SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGEK KÖRÉBEN	9
CÉLITÜZÉS	11
4. HIPOTÉZISEK	11
5. MÓDSZER	12
5.1 RÉSZTVEVŐK	12
5.2 ELJÁRÁS	12
5.3 ESZKÖZÖK	13
5.4 STATISZTIKAI ELEMZÉS MÓDSZERE	14
6. EREDMÉNYEK	14
6.3 HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE	19
6.4. TOVÁBBI EREDMÉNYEK	23
7. MEGVITATÁS, KÖVETKEZTETÉSEK	27
8. LIMITÁCIÓK ÉS KITEKINTÉS	31
9. IRODALOMJEGYZÉK	32

Ábrajegyzék

1. ábra: A minta életkori eloszlása	15
2. ábra: A minta eloszlása a munkarend típusa szerint	21
3. ábra: Az egészséggel kapcsolatos attitűdök átlagértékeit bemutató grafikon	23
4. ábra: A minta testalkattal való elégedettsége	17
5. ábra: A Fallon-Rozin teszthez tartozó alakok	17
6. ábra: A jóllét, reziliencia és önértékelés mértéke 60 év alattiak és felettiek körében	26
7. ábra: A minta testtömeg szerinti eloszlása	19
8. ábra: Pszichológiai tényezők összefüggése a kóros evési magatartás formáival	25
9. ábra: Kóros evési magatartások rizikótényezői	26
10. ábra: Pszichológiai tényezők összefüggése a szubjektív egészségi állapottal, testképpel, egészségkontrollhittel	27

Táblázatjegyzék

1. táblázat: Kardiológiai rizikófaktorok Rozanski (2016) alapján.....	4
2. táblázat: Életkori adatok nemek szerinti csoportosítása	14
3. táblázat: A minta jellemzése	16
4. táblázat: Diétázó betegek sajátossága	16
5. táblázat: Mérőeszköz skáláinak belső megbízhatóságának vizsgálata	19
6. táblázat: Különböző BMI kategóriákba tartozó betegek kontrollálatlan evés skálán elért eredményei	20
7. táblázat: Különböző BMI kategóriákba tartozó betegek kontrollálatlan evés skálán elért eredményei	21
8. táblázat: A negyedik hipotézis eredményeit összefoglaló táblázat.....	22
9. táblázat: A testképükkel elégedettek és testképükkel nem elégedettek közötti különbség a kontrollálatlan evés és érzelmi evés tekintetében.....	22
10. táblázat: A diagnózis óta eltelt idő és hozzá tartozó reziliencia szintje	23
11. táblázat: A reziliencia skálán elért érték különböző csoportok tekintetében.....	23
12. táblázat: Nemi különbségek a kóros evési magatartások tekintetében	24

1. Absztrakt

Dolgozatom központi témája a kardiológia betegek evési magatartásának vizsgálata, melyhez pozitív pszichológiai megközelítést választottam. A negatív érzelmek egészségre gyakorolt hatását már számos kutatásban vizsgálták, azonban a pozitív pszichológiai tényezők egészségügyi hatásainak vizsgálata eddig kevésbé került a kutatások fókuszába. Mivel a kardiológiai beteg számára elengedhetetlen a táplálkozás iránti fokozott figyelem (például testsúlycsökkentési törekvés, szívbarát étkezés), így az evési magatartás vizsgálata fontos kutatási terület lehet. Az evési szokások megváltozása, a táplálkozás és testkép iránti fokozott figyelem kockázati tényezője lehet a kóros evési magatartásformáknak és evészavartüneteknek. Kérdőíves eljárás során, papír-ceruza módszerrel 74 fő kardiológiai rehabilitációs programban résztvevő beteget vizsgáltam a Balatonfüredi Állami Szívkórházban.

Arra kerestem a választ, hogy az egyén reziliencia szintje hogyan függ össze az evési magatartással és a testömeggel. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy az egyének számára erőforrást jelenthet a reziliencia, továbbá a testképpel való elégedettség, a vágyott és jelenlegi testkép közötti diszkrepancia hiánya szintén protektív tényezői a kontrollálatlan evési magatartásnak és érzelmi evésnek. Mivel a kontrollálatlan evési magatartás mértéke összefüggésben áll az egyén testtömeindexével, ezért arra következtethetünk, hogy a pozitív pszichológiai faktorok hiánya, a testképpel való elégedetlenség és a kóros evési magatartás - közvetett módon- kardiológiai szempontból rizikótényezőknek tekinthetők. Kutatási eredményeink felhívják a figyelmet a reziliencia szerepére, mint kardioprotektív tényező.

kulcsszavak: szív- és érrendszeri betegségek, evési magatartás, érzelmi evés, kontrollálatlan evés, evészavartünetek, testkép, reziliencia,

2. Előszó

A szív- és érrendszeri betegségek világszinten vezető halálokok közé tartoznak, az utóbbi években a magyarországi halálozás közel feléért felelősek. Számos kutatásban vizsgálták a betegség hatterében álló folyamatokat, azonosították a kockázati tényezőket, mind viselkedéses, mind pszichológiai mind genetikai szinten. Bizonyították, hogy a szív- és érrendszeri betegség okán bekövetkező halálozások közel 80%-a elkerülhető lenne, ha az egyén a kockázati tényezőket csökkentené, protektív tényezőket vezetne be életébe. Vizsgálatom megkezdésekor az alábbi kérdések foglalkoztattak: „Miért nem teszünk azért, hogy elkerüljük a tragédiát? Miért nem hagyunk fel káros szokásainkkal és kockázatos életvitelünkkel? Miért nem csökkentjük a stresszt, eszünk jól és mozgunk az ajánlásoknak megfelelően?”

Kutatásomban arra kerestem a választ, hogy az egyén rugalmas alkalmazkodási szintje hogyan függ össze evési magatartásával. Céлом az volt, hogy a rezilienciát mint pozitív pszichológiai tényezőt erőforrásként és kardioprotektív tényezőként azonosítsam, majd átgondoljam, hogy a kapott eredmények miképp fordíthatók gyakorlati módszerekbe, prevenciós és edukációs programokba.

3. Elméleti bevezető

Dolgozatom központi kérdése, hogy eltérő evési viselkedés figyelhető-e meg különböző pozitív pszichés tulajdonságokkal rendelkező szívbeteg egyéneknél. A tanulmány célja, hogy a kardiológiailag rizikófaktoroként meghatározott problematikus evési magatartást összefüggésbe hozza a reziliencia mértékével. Feltételezésem szerint ezen pszichológiai sajátosság erőforrásként tud szolgálni az egyén számára ahhoz, hogy evési magatartásával csökkentsen bizonyos kardiológiai rizikótényezőket.

Dolgozatomban fel fogom mérni a szív-és érrendszeri betegek csoportjában az evési viselkedéseket, a testtömeget, a testképpel való elégedettséget majd kísérletet teszek ezeket összefüggésbe hozni az egyének reziliencia szintjével.

3.1 A szív- és érrendszeri betegségek előfordulása Magyarországon

Magyarországon 2022-ben a szív- és érrendszeri (kardiovaszkuláris) betegségek okozták a halálozások 47%-át, ami közel 64 ezer halálesetet jelentett.¹ A szív- és érrendszeri betegségek világszinten is a vezető halálozási okok közé tartoznak, a World Heart Federation 2023-ban kiadott riportjában (World Heart Report, 2023) a világ első számú gyilkosának nevezi, és csak ezen évben 20,5 millió ember haláláért teszi felelőssé. Mivel a keringési rendszer betegségei nagyon sokfélék és komplexek, ezért dolgozatomban a leggyakoribb kardiológiai kórképeket fogom szív- és érrendszeri betegségként említeni, mint a szívizominfarktus, a stroke, a szívelégtelenség, a koszorúér betegségek és a magasvérnyomás betegség.

A kardiovaszkuláris megbetegedések egyik közös jellemzője, hogy az egyébként rugalmas verőerek plakkok lerakódása révén szűkülni kezdenek, akár el is záródnak, ezért a keringési rendszer nem tudja betölteni a feladatát, és nem tud megfelelő mennyiségű oxigént és tápanyagot szállítani. Abban az esetben, ha a szív (koszorúér elzáródás, koszorúérgörcs,

¹ KSH, *Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint.* https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html, letöltés: 2023.09.19.

vérögrképződés, érlelmeszesedés révén) nem kap elegendő oxigént, szívinfarktusról beszélünk, abban az esetben pedig, mikor az agy nem jut tápanyaghoz, stroke következik be. Az iszkémiás szívbetegeég (ISZB) egy hosszú lefolyású, krónikus betegeég, mely a szívizom csökkenet oxigénellátásával jár együtt. Több éven át tünetmentes, viszont akut esemény – például szívizominfarktus (AMI) – révén képes hirtelen bekövetkező nagyfokú egészséeg- és életminőség romlást vagy halált okozni.

3.2 Az egészséegmagatartás és a kardiológiai rizikótényezők összefüggései

Az egészséegmagatartás fogalma alatt pedig minden olyan cselekvést értünk, melyet azzal a céllal végzünk, hogy egészséegünket fenntartsuk vagy védjük, függetlenül aktuális egészséegi állapotunktól és az adott viselkedés objektív hatékonyságától (Harris & Guten, 1979). Az egészséegmagatartás két formáját különböztetjük meg, létezik pozitív egészséegmagatartás és kockázatot növelő egészséegmagatartás (Matarazzo, 1983).

Mivel jelenleg a szív-és érrendszeri betegeégek világszerte vezető halálokok közé tartoznak, sokan igyekeztek feltárni a hátterében húzódó rizikótényezőket. 1948-ban indult a Framingham Heart Study, mely során a kardiológiai megbetegedések legtöbb módosítható kockázati tényezőjét feltárták, köztük a magas vérnyomást, a diszlipidémiát [vérzsíreltérések: emelkedett LDL-koleszterin és/vagy triglicerid, csökkent HDL-koleszterinszint (Reiber, 2006)], a cukorbetegeéget és a dohányzást (Andersson et al., 2019). Kezdetben a kardiológiai betegeégek vizsgálatában, kezelésében és rehabilitációjában nem kaptak szerepet a pszichés faktorok. Az orvostudomány csupán a testi elváltozásokat vizsgálta, és a testi rendellenességek kezelésével foglalkozott. Az 1950-es években azonban két kardiológus, Meyer Friedman és Ray Rosenman (1959) kutatni kezdték a kardiovaszkuláris betegegek személyiségjegyeit. Azt találták, hogy ezen betegegekre jellemző a versenyszellem, türelmetlenség, elismerés utáni vágyakozás, hiperaktivitás, állandó teljesítményfokozási készenlét és ellenségesség. Meghatározták az „A típusú személyiség”-et, amit felelősnek tekintettek az ilyen jellegű betegeégek kialakulásáért. 2003-ban Wulsin és munkatársai összefüggésbe hozták a depressziót és szorongást a kardiovaszkuláris betegeégek kialakulásának kockázatával. Az American Heart Association (Amerikai Szív Szövetség) a depressziót az akut koszorúér-szindróma (például szívinfarktus) független kockázati tényezőjének nyilvánította (Lichtman et al., 2014). A viselkedései és pszichoszociális tényezőket tovább vizsgálva feltárták a kardiológiai kórképek és a depresszió, szorongás, ellenségesség, gyenge szociális támogatás közötti szoros kapcsolatot valamint, azonosították a pesszimizmus, krónikus stressz, gyermekkori traumák, életcél hiány és vitális kimerülés szindróma összefüggését a betegeéeggel (Rozanski, 2016).

2004-ben 52 ország bevonásával lezajlott az INTERHEART kutatás (Rosengren et al., 2004; Yusuf et al., 2004), melynek fő célkitűzése a kardiológiai rizikófaktorok azonosítása volt. Rosengren és munkatársai 9 kockázati tényezőt tártak fel, ezek a dohányzás, magas vérzsírszint, magas vérnyomás, cukorbetegség, elhízás, nem rendszeres zöldség- és gyümölcsfogyasztás, fizikai inaktivitás, mértéktelen alkoholfogyasztás és pszichoszociális tényezők (stressz, depresszió, negatív érzelmi állapot, alacsony észlelt kontroll). A WHO kiemeli, hogy a „szívroham vezető halálok, ám a bekövetkező korai halálozások 80%-a elkerülhető lenne a fő kockázati tényezők – a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód – ellenőrzésével”.² Rozanski (2016) így foglalta össze a rizikófaktorokat:

1. viselkedési faktorok	-helytelen táplálkozás, túlevés -fizikai inaktivitás -dohányzás -helytelen alvás higiéné
2. depresszió	
3. szorongás	
4. pesszimizmus	
5. ellenségeség/harag	
6. krónikus stressz	-munkahelyi stressz -családi feszültség -gyermekkori bántalmazás és trauma -krónikus betegség
7. gyenge szociális támogatás	
8. szocioökonómiai faktorok	
9. vitális kimerültség	

1. táblázat: Kardiológiai rizikófaktorok Rozanski (2016) alapján

Különböző népegészségügyi felmérésekből látjuk, hogy Magyarország élen jár a megelőzhető halálokok által bekövetkezett halálozásokban (Vitrai, 2022). A 2021-ben kiadott Magyar egészségügyi országprofil leírja, hogy „2018-ban 100 000 emberből 326-an haltak meg megelőzhető okok miatt – ami a legmagasabb arány az uniós országok között. A megelőzhető halálozás magas aránya olyan kockázatos egészségügyi magatartásformákat tükröz, mint a dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás és a helytelen táplálkozási szokások.” (Vitrai, 2022, p. 12.).

3.2.1 Táplálkozás

A feldolgozott élelmiszerek sokasága, a folyamatos kínálat és túlfogyasztásra való buzdítás a nyugati társadalom sajnálatos velejárója. Napjainkban az iparosodott országok táplálkozására

²https://www.who.int/europe/health-topics/cancer/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 letöltve: 2023.09. 20.

jellemző a megnövekedett energiabevitel és csökkent energiafelhasználás. Növekedett a telített zsír-, transzzsír- és az omega-6-zsírsav bevitel, emellett a csökkent omega-3-zsírsav bevitel (Simopoulos, 2005). Összefüggést tártak fel a magas telített zsírsav, koleszterin (Keys, 1980), magas glikémiás indexű élelmiszerek, nagy mennyiségű szénhidrátbevitel (Liu et al., 2000), túlzott nátriumbevitel (Bibbins-Doming et al., 2010) és az iszkémiás szívbetegség kialakulása között. Ezen táplálkozási szokások vezethetnek emelkedett vérzsírszinthez, emelkedett vércukorszinthez és emelkedett vérnyomás értékekhez. Ezen állapotok pedig összefüggnek az érlemeszesedéssel, plakkok lerakódásának valószínűségével és ezen folyamatokon keresztül a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásával (Keys, 1980; Liu et al., 2000; Bibbins-Doming et al., 2010).

Bizakodásra adhat okot, hogy ezen kockázati tényezők pozitív irányba befolyásolhatók egészséges táplálkozással (Hu, 2009). Longitudinális vizsgálatokban azt találták, hogy a mediterrán étrendet követő magas kardiológiai kockázatú személyek körében csökkent az infarktus, stroke, és szív-és érrendszeri halálozás kockázata (Estruch et al., 2013), és a magas rosttartalmú ételek gyakoribb fogyasztása jelentősen csökkentette az újabb a kardiológiai események kockázatát (Mellen et al., 2008). Hu (2009) tanulmánya szerint csökkenthető a kardiológiai mortalitás esélye a gyümölcsökben, zöldségekben, teljes kiőrlésű gabonafélékben gazdag étrend alkalmazásával.

3.2.2. Testmozgás

Az iparosodott országokban az utóbbi évtizedekben tapasztalt életmódbeli változások és trendek hatására az emberek testmozgási aktivitási szintje csökkent. Ez az ülő életmód elterjedésének, gépesítésnek, városiasodásnak, gépjárműhasználat és internet elterjedésének köszönhető. A mozgásszegény életmód a szív-és érrendszeri betegségek egyik fő kockázati tényezője (Lee et al., 2012). *„A fizikai inaktivitás hatására csökken a szívizomsejtek kontraktilitása, fokozódik a szimpatikus idegrendszer nyugalmi tónusa, emelkedik a gyulladásos markerek (CRP, TNF-alfa) plazmaszintje, növekszik a plazma triglicerid szint, csökken az immunrendszer működése, növekszik a testzsír mennyisége, nagyobb a túlsúly vagy elhízás létrejöttének valószínűsége (Dubnov & Berry, 2005 idézi Bodóné Rafael, 2015, p. 26).”* A testmozgásnak a testsúly, vérnyomás, vércukorszint normalizálásában, koleszterinszint és szorongás mértékének csökkentésében is szerepe van (Dubnov & Berry, 2005; Casper, 2005).

A leginkább ajánlott, kardioprotektív mozgás a rendszeresen (legalább 3-5 alkalom/hét, 150 perc/ hét) végzett mérsékelt vagy közepes intenzitású aerob jellegű testmozgás (Sattelmair et al., 2011), például a kerékpározás, kertészkedés, nordic walking, túrázás, kocogás, úszás vagy

nagy intenzitású testmozgás (75 perc / hét), vagy a két mozgásforma kombinációja (Garber et al., 2011), de az egyéni sajátosságokat szem előtt kell tartani, és a mozgásprogramot azok alapján kell kialakítani.

3.2.5. Túlsúly és elhízás

Napjainkban jelentős probléma az elhízás, amely számos egészségügyi következménnyel jár. A testtömegindex (BMI) az Egészségügyi Világszervezet által meghatározott mértékegység, amely egyes betegségek esetében alkalmas az egészségügyi kockázat értékelésére, ám nem veszi figyelembe az egyéni testösszetételt, így nem feltétlenül tükrözi az egyén egészségi állapotát. Számítása egyszerű: a kilogrammban megadott testtömeg elosztva a méterben számolt testmagasság négyzetével. Felnőttek esetében 25-29,9 kg/m² értékeknél túlsúlyról, 30 feletti BMI-nél elhízásról beszélünk. A Magyar Elhízástudományi Társaság elnöke, Dr. Halmy Eszter szerint hazánkban a túlsúlyosok és elhízottak együttes aránya 70%-ot tesz ki.³

Látnunk kell, hogy a testtömegindex növekedésével emelkedik a szív-érrendszeri betegségek kialakulásának kockázata (Perk et al., 2012), hiszen a túlsúly és az elhízás kapcsolatban állnak a magas vérnyomással, magas vérsírszinttel, inzulinrezisztenciával, mozgásszegény életmóddal és a depresszióval is (Vanhecke et al., 2009). A kardiológiai betegek több mint 70%-a túlsúlyos vagy elhízott (Bader et al., 2001). Bodóné Rafael Beatrix (2015) doktori értekezésében összefoglalja, hogy az elhízás többféle módon lehet rizikótényezője a kardiológiai betegségeknek. Egyrészt a már fent említett biológiai folyamatokon keresztül, másrészt az elhízással párhuzamosan jelentkező pszichés problémák révén. Ilyen lehet a depresszió (Luppino et al., 2010 idézi Bodóné Rafael, 2015), alacsony önértékelés (Wardle & Cooke, 2005 idézi Bodóné Rafael, 2015) és rosszabb életminőség (Kushner & Foster, 2000 idézi Bodóné Rafael, 2015).

3.3 Pozitív pszichológiai megközelítés, reziliencia fogalmának bemutatása

A pozitív pszichológia gyökereit már felfedezhetjük ókori gondolkodók írásaiban, vallásos tanok hirdetményeiben, hiszen az embernek az ókortól kezdve folyamatos igénye volt a boldog, kiegyensúlyozott élet titkának keresése. A pozitív pszichológia megjelenésében fontos szerepet kapott Martin Seligman, aki 1998-ban Amerikai Pszichológus Társaság új elnökeként, beiktatási beszédében olyan új irányt határozott meg, amely az ember erősségeit, pozitív érényeit hangsúlyozza, ezzel hozzásegítve az egyént a teljesebb, gazdagabb élet megéléséhez

³ <https://magyarnemzet.hu/belfold/2023/05/sulyos-mereteket-olt-az-elhizas-magyarorszagon-osszefogast-surget-az-elhizastudomanyi-tarsasag-elnoke> letöltve: 2024.02.02.

(Seligman, 1998). A pozitív pszichológia tudományágként való megjelenését, a 2000-ben, Martin Seligman és Csíkszentmihályi Mihály által publikált tanulmánytól számítjuk (Seligman & Csíkszentmihályi, 2000). Ezen tanulmányban megfogalmazták a pozitív pszichológia fontosabb elméleti alapvetéseit és meghatározták, mint önálló irányzatot. A pozitív pszichológia szemléletváltást hozott a pszichológia tudományában. Előtérbe helyezte a fejlődési potenciált hordozó pszichológiai tényezők vizsgálatát a patológiát okozó kóros háttértényezők feltárása helyett, és olyan vizsgálandó területeket nyitott meg többek között, mint a jóllét, kreativitás, boldogság, optimizmus, pozitív érzelmek, személyes erősségek, mindfulness, hála, humor, önbizalom, megbocsátás, remény és reziliencia. A pozitív pszichológia igyekszik összegyűjteni azokat a lehetőségeket, amelyek általánosan képesek az átlagemberből az általa elérhető maximumot kihozni, célja az egyén lelki fejlődését elősegíteni. Egy-egy krónikus betegség megbélyegző diagnózisa után pszichológiai intervenció célja lehet az életminőség javítása, életcél és jelentőség keresése, pszichológiai ellenállóképesség fejlesztése, amihez a pozitív pszichológia biztosíthat eszköztárat (Ghosh & Deb, 2017).

A rezilienciát Járai és munkatársai (2015) így definiálták: *„egy protektív faktor, azon személyiségjellemzőket foglalja magában, melyek elősegítik a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást, enyhítik a stressz negatív hatásait és lehetővé teszik a változásokkal szembeni adaptív megküzdést. Emellett az egyéni megküzdési módokat próbára tévő túlzott stresszt követően a normál működéshez való visszatérés képességét is jelöli”* (Járai et al., 2015, p. 129.). Pozitív összefüggés mutatható ki a reziliencia és a jobb életminőség, valamint az egészségvédő magatartások között (Rutten et al., 2013), és fordított összefüggés a szorongással és depresszióval (DeNisco et al., 2011). A krónikus betegeket vizsgálva DeNisco és munkatársai (2011) azt találták, hogy az alacsony reziliencia szinttel rendelkező betegeknél mind a stresszel, mind a betegségből adódó kihívásokkal való megküzdés kevésbé sikeres.

3.4 A pozitív pszichés tényezők és szerepük a kardiológiai kórképekben

A depresszió és szorongás összefüggése a kardiológiai kórképekkel mára már sokat vizsgált és megkérdőjelezhetetlen tény (Rozanski, 2016), ám jóval kevesebb kutatás született pozitív pszichés faktorok és protektív tényezők feltárása céljából.

A pozitív affektivitás definíciójának kialakításában és széles körben elterjedt alkalmazásában Barbara L. Fredrickson, amerikai pszichológus és kutató játszott kiemelkedő szerepet. Fredrickson az egyik első kutató volt, aki részletesen tanulmányozta és definiálta a pozitív affektivitás fogalmát az 1998-ban megjelent *"What Good Are Positive Emotions?"* című tanulmányában. Meghatározása szerint a pozitív affektivitás olyan pszichológiai állapot, amely

a pozitív érzelmek, hangulatok és érzelmek gyakoriságát és intenzitását jelenti egy egyén életében. Ez magában foglalja az öröm, boldogság, lelkesedés, vidámság, érdeklődés és más hasonló pozitív érzelmek megélését. A pozitív affektivitás nem csupán az aktuális érzelmi állapotra korlátozódik, hanem az egyén általános hajlamát és hozzáállását is jelzi a pozitív érzelmekhez. Fredrickson (2001) "Broaden and Build Theory" (Szélesítő és Építő Elmélet) néven ismert elmélete szerint a pozitív érzelmek kibővítik az egyén figyelmi, kognitív és viselkedési repertoárját, ezáltal lehetővé téve számukra, hogy hatékonyabban kezeljék a stresszt és az élet nehézségeit. Ez a pozitív érzelmek szélesítő hatása hosszú távon építő hatást gyakorol az egyén erőforrásaira és jólétére.

Andrew Steptoe és munkatársai 2009-es tanulmányukban leírták, hogy empirikus bizonyítékok azt sugallják, hogy a pozitív pszichológiai állapot és az egészségi állapot között jelentős összefüggések vannak. Kutatásukban arra keresték a választ, hogy a pozitív pszichológiai tényezők egyszerűen a depresszió, szorongás és más negatív állapotok hiányát tükrözik-e, vagy önállóan is képesek hozzájárulni az egészségi állapot minőségéhez. Központi kérdés továbbá, hogy egy-egy pozitív pszichológiai állapot milyen módon képes elérni az egészségre gyakorolt kedvező hatást. Azt találták, hogy a pozitív pszichológiai állapot viselkedéses és biológiai szinten is jótékony, egészségvédő folyamatokkal hozható összefüggésbe. Viselkedéses szinten a rendszeres testmozgással, dohányzás mellőzésével és a megfelelő táplálkozással áll összefüggésben. Biológiai szinten megfigyelték, hogy a kortizoltermelés alacsonyabb a pozitív érzelmekről beszámoló személyek körében (Davydov et al., 2005; Steptoe et al., 2005). A pozitív érzelmek emellett az alacsonyabb szívfrekvenciával, alacsonyabb vérnyomással és gyulladásos markerek alacsonyabb szintjével is kapcsolatban vannak (Steptoe et al., 2007), így elmondható, hogy egészségvédő biológiai folyamatok lezajlásában is jelentős szerepet játszanak. Kutatások (Davydov et al., 2005; Steptoe et al., 2007) alátámasztják, hogy a pozitív pszichológiai konstruktumok összefüggésbe hozhatók a jobb kardiológiai eredményekkel és a szív- és érrendszeri halálozás kockázatának csökkent mértékével. A pozitív affektivitásról beszámolók kevésbé voltak érzékenyek a stresszre, stresszválaszuk kevésbé húzódtott el, gyorsabban vissza tudtak kerülni nyugalmi állapotba. A szív- és érrendszeri regeneráció késleltetettsége képes előrejelezni a vérnyomás emelkedését, alvadási folyamatok károsodását és az érlelmeszedést (Steptoe et al., 2006).

Az IL-6 (interleukin-6) egy olyan citokin, vagyis fehérje, amelyet az immunrendszer bizonyos sejtjei termelnek, például a makrofágok és a T-limfociták. Fontos szerepe van a gyulladásos folyamatok szabályozásában és az immunrendszer működésében. Részt vesz a gyulladásos válasz szabályozásában, például fertőzések, sérülések során, de az IL-6 szintje

növekszik akut és krónikus stressz hatására is. Ez a kapcsolat része lehet a stressz és a gyulladásos betegségek közötti összefüggésnek. A magas IL-6 szintek hosszú távon krónikus gyulladásos állapotokhoz vezethetnek, ami növelheti a krónikus betegségek (például a szív- és érrendszeri betegségek), az elhízás és a depresszió kockázatát (Papanicolaou et al., 1998).

Az IL-6 citokin stimulálja a májban a C-reaktív fehérje, másnéven CRP termelődését. A CRP szint klinikai információt nyújt a gyulladásos folyamatok jelenlétéről és súlyosságáról. A C-reaktív fehérje a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának markere, összefügg az atherosclerosis folyamatával és szívinfarktus bekövetkezésének valószínűségével (Nilsson, 2005). Az IL-6 továbbá stimulálja a májban zajló fibrinogén termelést, ami szintén egy komponense a gyulladásos folyamatoknak. A fibrinogén szint emelkedettsége kapcsolatba hozható a szív- és érrendszeri betegségeknek való nagyobb kitettséggel. Ennek oka, hogy a fibrinogén egy olyan fehérje, ami fontos szerepet játszik a véralvadásban, a vérzés megállítása érdekében véralvadási folyamatok beindulása során fibrinné alakul. A fibrin szálai hálózatot alkotnak, amely megszilárdítja a vérrögöt, és segít megállítani a vérzést. A fibrinogén magas szintje összefüggésbe hozható többek között a szív- és érrendszeri betegségekkel, mivel a megnövekedett véralvadás növelheti a vérrögek képződését és az erek elzáródásának kockázatát (Danesh et al., 1998). Fordított összefüggést találtak a pozitív affektus és a fibrinogén szintje között (Steptoe et al., 2005).

Christina M. DuBois és munkatársai (2015) szisztematikus áttekintésben összegezték a pozitív pszichológiai konstruktumok és a kardiológiai kórképek összefüggését vizsgáló eddigi kutatások eredményeit: 30 tanulmány és 14624 vizsgálati személy értékeinek alapján tanulmányozták az optimizmus, a szubjektív jóllét és a pozitív affektus egészségre gyakorolt hatását. Azt találták, hogy azok nagyon hasonló arányban állnak kapcsolatban az egészséggel. Áttekintésükben kiemelik, hogy a pozitív pszichológiai konstruktumok nem magukkal a fiziológiai folyamatokkal, sokkal inkább a keringési rendszer egészsége szempontjából fontos egészségmagatartással (táplálkozás, testmozgás, dohányzás és alkohol kerülése) állnak összefüggésben. A pozitív affektivitás további vizsgálata-, és fejlesztési lehetőségeinek feltérképezése fontos terület lehet a jövőben a klinikai egészségpszichológiában.

3.5 Problemátikus evési magatartás szív- és érrendszeri betegek körében

Az evés a létfenntartásunk elengedhetetlen eleme, viszont látnunk kell, hogy az evés sokkal több, mint a biológiai szükségletek kielégítése, hiszen az éhség csillapításán kívül számos pszichológiai és szociális tényező motiválja és befolyásolja.

Cserép és munkatársai 2020-ban írt tanulmányukban a problematikus evési magatartás

kategóriájába sorolták a túlzott diétázást, kalóriamegvonást, falást, fogyás érdekében extrém módon végzett testmozgást, hashajtók alkalmazását, hányást. Az evészavartüneteket így határozzák meg: *“lehet számos olyan, evéshez kapcsolódó viselkedésforma, mely bizonyos gyakoriság és súlyosság esetén eléri a betegség szintjét, de enélkül is negatívan befolyásolja a személy emocionális és szociális életét, testi jóllétét”* (Cserép et al., p. 1873.). Szubklinikai evészavarról pedig akkor beszélhetünk, ha az evészavartünetek (például fogyási szándék, a testtel való elégedetlenség) fennállnak, ám a tünetek nem merítik ki a BNO–10 vagy DSM–5 szerinti diagnosztikai kritériumait (Cserép et al., 2020).

Az evéshez kapcsolódó pszichiátriai kórképeket evészavaroknak nevezzük. A DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer (2013) az alábbi táplálkozási- és evészavarokat különbözteti meg: pica, kérődzési (ruminációs) zavar, elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar, anorexia nervosa, bulimia nervosa, falásroham zavar, egyéb meghatározott evés- vagy táplálkozási zavar. A falásroham zavar a leggyakrabban előforduló evészavar, a népesség 1-3%-át érinti, az elhízottak körében 5-8%, a kezelésre jelentkező elhízottak körében pedig 30% az előfordulásának gyakorisága (Papp et al., 2015). A bulimiához hasonlóan a falásroham zavar esetében is kontrollvesztés érzésével járó falásrohamok vannak jelen, viszont a rohamok után nem következik be kompenzátoros viselkedés, mint például az önhánytatás, koplalás, hashajtszedés, túlzott testedzés. A nagy mennyiségű kalóriabevitel (több ezer kalória / alkalom) és a kompenzátoros viselkedés elmaradása miatt az egyén energiatöbbletbe kerül (azaz több kalóriát visz be, mint amennyit a nap folyamán a szervezete felhasznál), és elhízik. A túlsúly kockázati tényezője a cukorbetegségnek, a magas vérnyomásnak, a kardiológiai betegségeknek és a mozgásszervi problémáknak.

Dolgozatomban az evészavartünetek és szubklinikai evészavarok feltérképezésére helyezem a hangsúlyt, fókuszba helyezve az említett falásroham zavart (BED=binge eating disorder) és az elkerülő táplálékbeviteli zavart, illetve annak szubklinikai formáját. Irányelvek szerint a kardiológiai betegeknek törekedni kell a táplálkozási szokásaikon pozitív irányba változtatni, rizikómagatartásukat felszámolni. Ez bizonyos élelmiszerek és élelmiszer csoportok teljes kizárását vonhatja maga után. Az étkezési zavarok megjelenésének triggere és egyben tünete lehet a túlzott testképpel és étkezéssel való foglalkozás. A kardiológiai kórképek esetében viszont szükséges a táplálkozásra való fokozott figyelem, hiszen a betegeknek életmódot kell váltania, ami magában foglalja, hogy előírt diétát kell követniük, maguk mögött kell hagyni káros szokásaikat, és új szokásokat kell kialakítani, és mindennapjaikba beépíteni. Cserép és munkatársai (2020) leírják, hogy “az evészavarok rizikótényezője lehet az evési szokások megváltozása, a táplálkozásra irányuló fokozott figyelem és az ételekkel, valamint az

elfogyasztásuk következményeivel kapcsolatos aggodalom” (Cserép et al., 2020, p. 1872). Ennek fényében kijelenthetjük, hogy a kardiológiai betegek rizikócsoporthoz tartoznak az evészavarok tekintetében, hiszen számukra a fent említett tényezők elengedhetetlenek a betegségük sikeres menedzseléséhez. A tünetek korai felismerése és a megfelelő terápia elindítása rendkívül fontos, hiszen krónikus betegek körében az evészavar érintettség gyengítheti a krónikus betegség terápiáját, súlyosbíthatja annak szövődményeit, és növelheti a halálozást (Cserép, 2020).

Célitűzés

Kutatásom célja, hogy feltérképezzem a szív- és érrendszeri betegek elhízásának hátterében álló kóros evési magatartások, kockázatos egészségmagatartási formák, testképpel való elégedetlenség összefüggését az egyén által megélt reziliencia mértékével. Feltételezésem szerint a reziliencia magas szintje fordítottan arányos a szubklinikai evészavarok tüneteinek megjelenésével és a magatartásbeli kardiológiai rizikótényezők előfordulásának gyakoriságával. Elképzelésem szerint a reziliencia erőforrásként tud szolgálni az egyén számára ahhoz, hogy egészségmagatartásával csökkentse az általa befolyásolható magatartásbeli kardiológiai rizikótényezőket.

4. Hipotézisek

A téma összetettségéből adódóan 3 különböző területen fogalmaztam meg kutatási kérdéseket.

Elsősorban a **kóros evési magatartásokra vonatkozó kérdéseket** fogalmaztam meg, mint:

H1.1. A reziliencia skálán elért magasabb pontszám fordított összefüggést mutat az érzelmi evéssel szív- és érrendszeri betegek körében.

H1.2. A reziliencia skálán elért magasabb pontszám fordított összefüggést mutat a kontrollálatlan evési magatartással szív- és érrendszeri betegek körében.

H2. A normál testtömegű kardiológiai betegekre jellemzőbb a magasabb reziliencia, mint a túlsúlyos és elhízott betegekre.

H3.1. A túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek a kontrollálatlan evés skálán magasabb pontszámokat érnek el, mint a normál testsúlyú kardiológiai betegek.

H3.2. A túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek az érzelmi evés skálán magasabb pontszámokat érnek el, mint a normál testsúlyú kardiológiai betegek.

Elhízás kockázati tényezői közé tartozik az **egészségtelen táplálkozás** és a **mozgásszegény életmód**, e kéréskör feltárására is fogalmaztam meg hipotéziseket:

H4.1. Az egészségtelenül táplálkozó kardiológiai betegek körében alacsonyabb a reziliencia szintje, mint az egészségesen táplálkozók körében.

H4.2. A nem sportoló betegek körében alacsonyabb a reziliencia szintje, mint a sportoló betegek körében.

Végül a **testképpel való viszonyt** is igyekeztem vizsgálni:

H5.1. Azok a kardiológiai betegek, akik nem elégedettek a testképükkel hajlamosabbak érzelmi evésre testképükkel elégedett betegekhez képest.

H5.2. Azok a kardiológiai betegek, akik nem elégedettek a testképükkel hajlamosabbak kontrollálatlan evési magatartásra a testképükkel elégedett betegekhez képest.

5. Módszer

5.1 Résztvevők

A vizsgálati személyek a Balatonfüredi Állami Szívkórház Kardiológiai Rehabilitációs Osztály betegei közül kerültek ki. A résztvevők kiválasztásában egy osztályon dolgozó pszichológus segített, általa kizárásra kerültek a pszichiátriai előzménnyel rendelkezők, a frissen műtöttek, a műtetre várakozók és a súlyosabb egészségi állapotban lévő betegek, akik számára túlságosan megterhelő lett volna a vizsgálatban való részvétel. A résztvevők kiválasztásánál szempont volt, hogy a minta életkori átlaga ne legyen túl magas – az egyéb esetleges krónikus betegségek torzító hatása miatt –, továbbá igyekeztünk a mintán különböző kardiológiai betegséggel rendelkezőket bevonni (pl. szívbillentyű műtött), hogy a minta általánosíthatóbb legyen a szív- és érrendszeri betegek csoportjára, és ne csupán szívinfarktuson átesett betegek adataival dolgozzunk.

5.2 Eljárás

A kutatás az ELTE Kutatásetikai Bizottságának engedélyével valósult meg (2023/552). Az adatfelvételre a Balatonfüredi Állami Szívkórházban került sor, az intézmény vezetőségének hozzájárulásával. A betegeket személyesen kerestem fel és kértem meg őket, hogy vegyenek részt a kutatásban. Szóban tájékoztattam őket, majd a Tájékoztató- és beleegyező nyilatkozatot is átadtam, a feltételek megismerése és aktív elfogadása után kezdődött meg az adatfelvétel. A kérdőívkitöltés papír-ceruza alapon történt, önkéntes és anonim módon. A betegek a kitöltött kérdőíveket az osztályos kezelőben adták le, vagy maguknál tartották, és én vettem át azokat. Az adatgyűjtés 2024. február 5. és 2024. március 15. között zajlott, ez idő alatt 74 ember töltötte ki a kérdőívcsomagot.

5.3 Eszközök

A kérdőívcsomag több standardizált kérdőívet és saját szerkesztésű kérdéseket is tartalmaz.

1. A demográfiai adatok felmérése saját szerkesztésű kérdéseket használtam (ld. 1.számú melléklet).
2. A személyes adatok felmérésére szintén saját szerkesztésű kérdéseket használtam (ld 1. számú melléklet).
3. Fallon-Rozin Emberalak Rajz Teszt (Rozin & Fallon, 1985) során a vizsgálati személyek 9 női és 9 férfialak sematikus ábrán keresztül nyilatkoznak testtel való elégedettségük mértékéről, soványság iránti vágyukról és testideáljukról. A 9-9 emberalak megjelenése a nagyon vékonytól a túlsúlyosig terjed. A **testtel való elégedetlenségre az ideális és az észlelt test közötti különbségből** tudok következtetni.
4. Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív (Nagy & Kovács, 2017) az egészségtudatosság és **egészségmagatartás felmérésére** alkalmas. A kérdőív 35 tételből áll, az állításokat ötfokú Likert-skála segítségével kell megválaszolni (1=egyáltalán nem jellemző, 5=teljes mértékben jellemző). A tételek különböző alskálákba sorolhatók, mint a táplálkozás, rendszeres fizikai aktivitás, prevenció, dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat, agresszió, telefon- és internethasználat, szubjektív egészségi állapot, érzelmi egyensúly. A kérdőív megbízhatónak tekinthető, Cronbach- α értéke 0,739.

Kockázatos egészségmagatartás mértékének meghatározására kezdetben az Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőívet (Nagy & Kovács, 2017) szerettem volna használni, de ennek alskáláin a validitás nem teljesült (ld. 5. táblázat), így tételeit felhasználva kialakítottam **az egészséges táplálkozás skálát** a kérdőív alábbi tételeiből: „*Megfelelő étrenddel megfelelő minőségű életet lehet élni., Minden nap eszem zöldséget és gyümölcsöt., Ahhoz, hogy egészségesek legyünk, oda kell figyelni a táplálkozásra.*” A skálák további jellemzése a 5. táblázatban megtekinthető.

5. Háromfaktoros evési kérdőív (Tholin & Rasmussen, 2002) magyar változatát Czeglédi Edit és Urbán Róbert készítette el 2009-ben. Az önbeszámoló kérdőív 21 tételből áll, melynek 20 tétele 4 fokozatú, egy tétele pedig 8 fokozatú Likert-típusú skálán értékelendő. 5 egyenes és 16 fordított tételt tartalmaz. Az alskálák Cronbach- α értékei 0,8 feletti, segítségükkel az olyan kóros evési magatartási formák mérhetőek fel, mint az érzelmi evés (6 tétel), kognitív korlátozás (6 tétel) és kontrollálatlan evést (9 tétel).

Kontrollálatlan evés mértékének felmérése többek között olyan itemek felhasználásával történik mint: „*Amikor enni kezdek, néha úgy érzem, nem tudom*

abbahagyni.”, „Mindig annyira éhes vagyok, hogy nehezemre esik abbahagyni az evést, amíg teljesen el nem fogyasztottam a tányéromon lévő ételt.”.

Kognitív korlátozó evés mértékének felmérésére szolgáló itemek például: *„Szándékosan keveset eszem egyszerre, hogy kordában tartsam a testsúlyomat.”, „Bizonyos ételeket azért nem eszem, mert hizlalnak.”, „Tudatosan korlátozom, hogy mennyit eszem az étkezések során, hogy elkerüljem a hízást.”*

Az érzelmi evés mértékét felmérő itemek például: *„Amikor szorongok, enni kezdek.”, „Amikor szomorú vagyok, gyakran túl sokat eszem.”, „Amikor magányos vagyok, evéssel vigasztalódom.”*

6. **Reziliencia** Kérdőív (Connor & Davidson, 2003) magyar változatát Járai és munkatársai készítették el (2015). A 10 tételes kérdőív célja a lelki ellenállóképesség mérése. A kitöltők ötfokú Likert-skálán (0=egyáltalán nem igaz, míg a 4=szinte mindig igaz) értékelik az állításokat. A magasabb pontérték magasabb rezilienciára utal. A magyarra validált 10 tételes kérdőív Cronbach- α értéke: 0,851.

5.4 Statisztikai elemzés módszere

Az adatok feldolgozása és elemzése a JASP (verziószám: 0.18.3_2024) statisztikai programmal történt. Leíró statisztikai eljárások, független mintás t-próbák, ANOVA, Mann-Whitney U tesztek kerültek alkalmazásra.

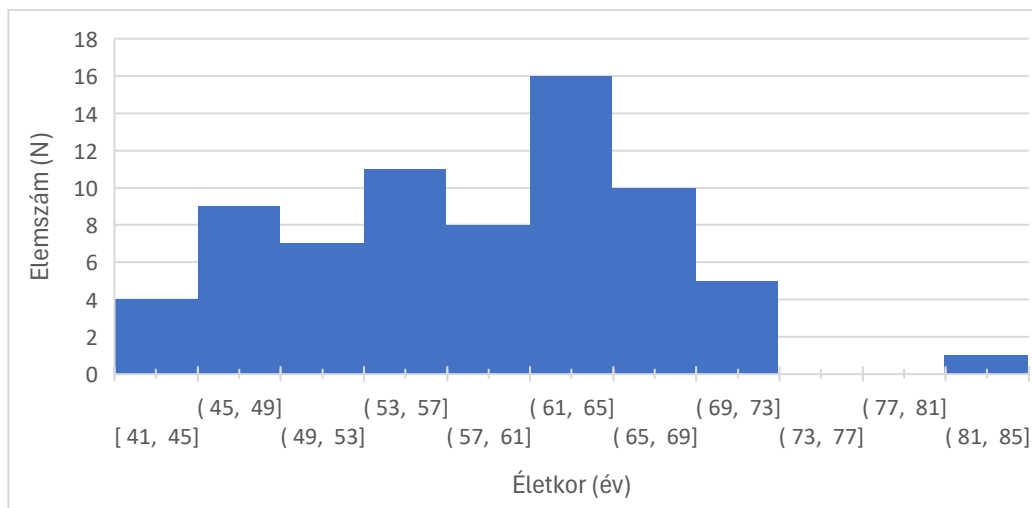
6. Eredmények

6.1 Vizsgálati minta bemutatása

A 74 vizsgálati személyből álló minta **nemi eloszlás** tekintetében nem mondható kiegyenlítettnek, mivel 25 nő (33,8%) és 49 férfi (66,2%) alkotja. A kitöltők átlagéletkora 58,9 év (SD=8,57), a legfiatalabb kitöltő 41 éves, a legidősebb pedig 85 éves. A minta **életkori eloszlása** az 1. ábrán, az életkori adatok nemek szerinti bontásban pedig az 2. táblázatban láthatók.

Nem	N	%	M	SD	Minimum	Maximum
Nő	25	33,8%	58.9	7.35	44	71
Férfi	49	66.2%	58.8	9.24	41	85
Összesen	74	100%	58.9	8.57	41	85

2. táblázat: Életkori adatok nemek szerinti csoportosítása



1. ábra: A minta életkori eloszlása

A teljes minta (74 fő) jelenleg **kardiológiai rehabilitációs ellátásban** részesül, közülük 12 fő (16,4%) vett már rész korábban is ilyen programban.

A **lakóhely szerinti eloszlás**, **legmagasabb iskolai végzettség**, **családi állapot** és a kitöltők által **végzett munka típusának** eloszlása a 3. táblázatban látható.

lakóhely szerinti eloszlása		legmagasabb iskolai végzettség	
főváros	13 fő (17,6%)	szakmunkásképző/szakiskola	30 fő (40,5%)
megyeszékhely/ megyei jogú város	12 fő (16,2%)	érettségi	17 fő (22,9%)
város	23 fő (31%)	főiskolai vagy egyetemi diploma	10 fő (13,5%)
falu vagy község	26 fő (35,1%)	tudományos fokoz	1 fő (1,4%)
		nem válaszolt	1 fő (1,4%)
családi állapotot		végzett munka típusa	
házas	43 fő (58,9%)	szakmunkás	26 fő (35,6%)
élettársi kapcsolatban él	8 fő (11%)	ügyviteli dolgozó	15 fő (20,54%)
egyedülálló	7 fő (9,58%)	szakalkalmazott	13 fő (17,8%)
elvált	6 fő (8,2%)	segédmunkás/betanított munkás	10 fő (13,7%)
özvegy	5 fő (6,8%)	diplomás	5 fő (6,8%)
partnerével együtt él házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül	3 fő (4,1%)	diplomás vezető	2 fő (2,7%)
hiányzó adat	2 fő (2,8%)	hiányzó adat	1 fő (1,4%)
beosztása		táppénzen van/nincs	

alkalmazott	40 fő (54,8%)	táppénzen van	35 fő (50,7%)
vállalkozó	13 fő (17,8%)	nincs táppénzen	33 fő (47,8%)
nyugdíjas	14 fő (19,2%)	hiányzó adat	6 fő (7,2%)
rokkantnyugdíjas	4 fő (5,5%)		
munkanélküli	2 fő (2,7%)		
hiányzó adat	1 fő (1,4%)		

3. táblázat: A minta jellemzése

6.2 Leíró statisztikák

A vizsgálati személyek közül 37 fő (50%) nem **diétázik**, 35 fő (48,6%) pedig igen. Két ember (2,7%) adatai hiányoznak. A diétázók közül 26 fő (68,4%) a diétát orvosi indok miatt követi, 11 fő (28,9%) pedig ennek hiányában. Az, hogy a diétát követő betegek mióta diétáznak és milyen típusú diétát követnek a 4.táblázatban megtekinthető.

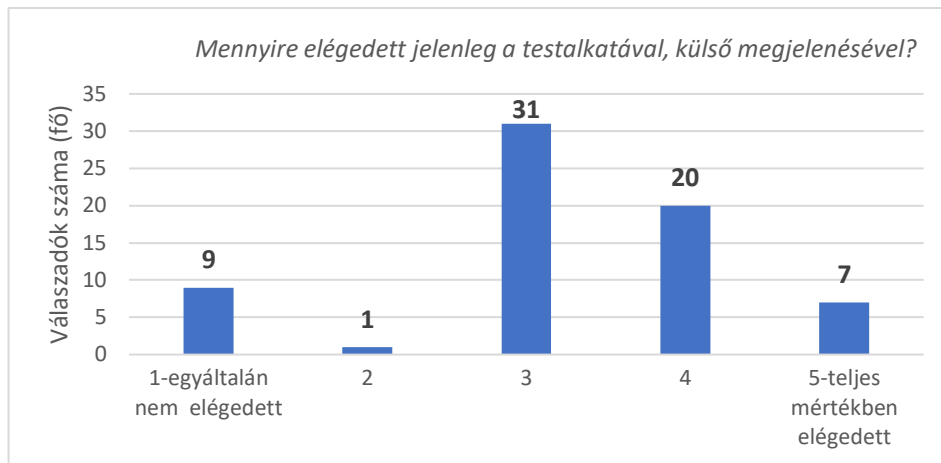
Mióta diétázik a beteg?		Milyen típusú diétát követ?	
pár napja	4 fő (11%)	vegetáriánus diéta	1 fő (1,5%)
3-4 hete	2 fő (5,6%)	súlycsökkentő diéta	3 fő (4,4%)
1-4 hónapja	3 fő (8,3%)	paleolit diéta	1 fő (1,5%)
1-2 éve	5 fő (13,8%)	cukormentes diéta	13 fő (19,1%)
körülbelül 3 éve	5 fő (19,4%)	szénhidrátszegény diéta	10 fő (14,7%)
körülbelül 4 éve	2 fő (5,6%)	laktózmentes diéta	4 fő (5,8%)
több mint 5 éve	7 fő (19,4%)	gluténmentes diéta	0 fő (0%)
több mint 10 éve	8 fő (22,2%)	vegán diéta	0 fő (0%)
		egyéb étrendet	8 fő (11,8%)

4. táblázat: Diétázó betegek sajátossága

Az egyéb étrendet követők az alábbiakat sorolták fel: epekímélő diéta, reflux miatti diéta, ételallergia miatti diéta, ketogén diéta, bélkímélő diéta, böjt, „kevés hús, több zöldség”.

A mintán a Háromfaktoros Evési Kérdőív segítségével felmérésre kerültek a **kóros evési magatartások**. Minden skálán 1 és 4 pont közötti értéket kaphatunk, a tételekre adott válaszok átlagolásával. A magasabb érték az adott evési magatartásra való nagyobb hajlamra utal. A mintán a **kontrollálatlan evés** skála pontszám átlaga 1,7 pont (SD= 0,5), a **kognitív korlátozás** skála pontszám átlaga 2,5 pont (SD=0,8), az **érzelmi evés** skála pontszám átlaga pedig 1,4 pont (SD=0,5).

Arra a kérdésre, hogy „**Mennyire elégedett jelenleg a testalkatával, külső megjelenésével?**”, a kitöltők 5-fokú skálán válaszolhattak, ahol: 1: egyáltalán nem vagyok elégedett, 5: teljes mértékben elégedett vagyok. 6 fő nem adott választ, a többi válaszadó között 9 fő (13,2%) egyáltalán nem elégedett, 1 fő (1,5%) kettessel, 31 fő (45,6%) hármassal, 20 fő (29,4%) négyessel értékelte elégedettségét, 7 fő (10,3%) pedig ötössel, azaz ők teljes mértékben elégedettek testalkatukkal, megjelenésükkel (ld. 4. ábra).

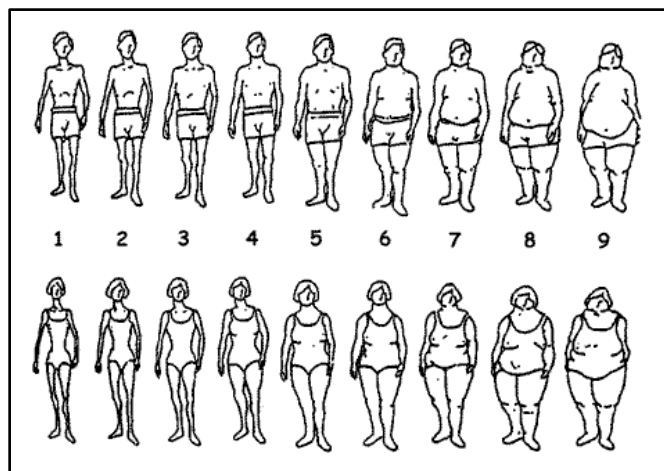


2. ábra: A minta testalkattal való elégedettsége

Igyekeztem felmérni további **testképpel kapcsolatos véleményt**, így a Fallon-Rozin tesztet alkalmazva a kitöltők 9 különböző testképű alak közül választottak (ld. 5. ábra) olyat, aki leginkább hasonlított hozzájuk, majd kiválasztották a kívánatosnak (ideálisnak) tartott alakot is. Ezen két eredményt összehasonlítva következtettem arra, hogy az adott személy jelenlegi és ideális testépe között mekkora különbség van.

24 fő (32,8%) esetében nem áll fent diszkrépancia a jelenlegi és ideális testalkat között, azonban 49 fő (67,1%) azaz a résztvevők több, mint fele esetében megfigyelhető különbség.

A vizsgálati személyek közül 47 főnek (64,4%) fogynia, 2 főnek (2,7%) híznia kellene az általuk ideálisnak ítélt alak eléréséhez, 24 főnek (32,8%) pedig saját megítélése szerint nem szükséges testalkatán változtatni. 1 fő adatai hiányoznak. Saját magukra leginkább hasonlító alaknak leggyakrabban az 5-ös figurát választották (21 fő, 29,6%), az ideális figurának pedig a 4-est (37 fő, 52,1%).



3. ábra: A Fallon-Rozin teszthez tartozó alakok

Az ideális és jelenlegi testalkat közötti diszkrepancia a férfi válaszadók 64,9%-át (31 fő) érintette, míg a női válaszadók 72%-át (18 fő).

A **szívbetegség óta történő testalkatváltozást** vizsgálva azt találtam, hogy a válaszadók 44,4%-a (32 fő) fogyott, 8,3%-a (6 fő) hízott, 45,8%-nak (33 fő) pedig nem változott a testalkata. 2 kitöltő adatai hiányoznak.

A **szívbetegség típusát tekintve** a kitöltők 57,1%-a (40 fő) magasvérnyomás-beteg, 54,2%-a magas koleszterinszintről számol be, 33,8% cukorbeteg. 35 fő (50%) ischemiás szívbeteg, 46 főnek (65,7%) volt már legalább egy szívinfarktusa, 2 főnek (2,9%) pedig sztrókja. A vizsgálati személyek közül 38 fő (53,5%) esett már át szívbetegsége miatt műtéten, 42 főnek (60,8%) volt angioplasztikája, 43 főnek (60,6%) stent beültetése, 5 fő (7%) pedig pacemakerrel él. 15 fő (21,4%) esett át szívbillentyű műtéten, 26 fő (36,6%) pedig mellkasi felnyitással járó műtéten.

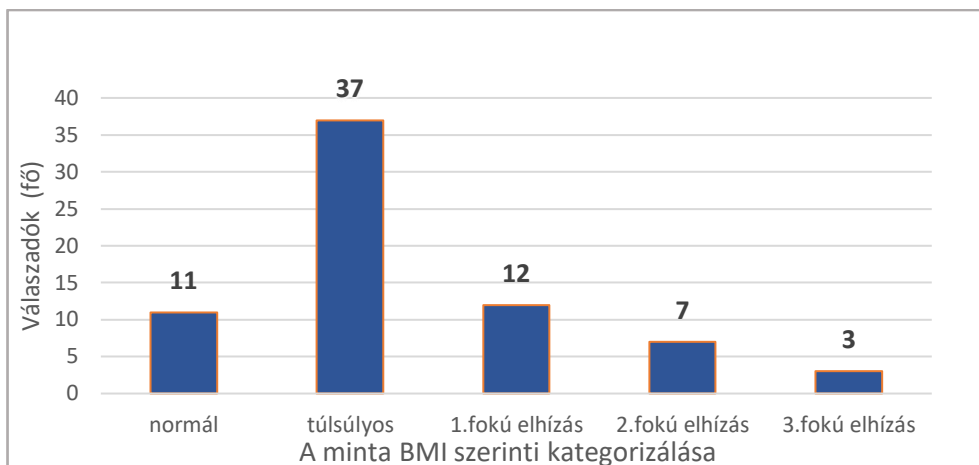
Az **egyéb krónikus betegségek** felmérésének eredményéből látjuk, hogy a 13 főnek (18,3%) van emésztőrendszeri betegsége, 8 főnek (11,3%) hormonális problémája, 24 főnek (33,8%) mozgásszervi betegsége.

A **szubjektív egészségi állapot** tekintetében a kitöltők 1-től 5-ig terjedő skálán adták meg válaszaikat, ahol: 1-nagyon rossz, 5-nagyon jó. 5 fő adatai hiányoznak. 1 fő (1,4%) jelölte a „*nagyon rossz*” opciót, 7 fő (10,1%) pedig a „*nagyon*” jó opciót. 3 fő (4,3%) 2-es, 36 fő (52,2%) a 3-as, 22 fő (31,9%) pedig a 4-es értéket rendelt egészségi állapotához.

A **Véleménye szerint mennyit tehet ön az egészségéért?** kérdésre szintén 1-től 5-ig terjedő skálán kellett a választ megadni, ahol: 1-semmit sem tehetek, 5-nagyon sokat tehetek. 1-est senki sem jelölt, 2-est 1 fő (1,4%), 3-ast 9 fő (12,5%) adott, 4-est 22 fő (30,5%), 5-öst pedig 40 fő (55,6%) jelölt.

A **reziliencia** mérőeszközön elért átlagpontszáma 3,0 pont (SD=0,6 min.:0, max:4), a nők körében az átlag 2,9 pont (SD=0,68), a férfiak körében pedig 3,0 pont (SD=0,6). A **középkorúak és idősek** eredményeit összehasonlítva azt láthatjuk, hogy a reziliencia skálán elért pontszám átlaga 60 év alattiak körében 3,2 (SD=0,5) a 60 év felettiek körében 2,7 (SD=0,6), az elérhető maximum 4 pontól.

A minta átlagmagassága 171,5 cm (SD=8,3), átlag testtömege 86,3 kg (SD=15,8). A **testtömegindexet** (BMI= body mass index) kiszámítva látjuk, hogy a mintában szereplők közül 11 fő (15,7%) normál testtömegű, 37 fő (52,9%) túlsúlyos, 12 fő (17,1%) első fokon elhízott, 7 fő (10%) másodfokon elhízott, 3 fő (4,3%) harmadfokúan elhízott (ld. 7. ábra).



4. ábra: A minta testtömeg szerinti eloszlása

A reziliencia skálán a túlsúlyosak érik el a legtöbb pontot ($M=3,1$ $SD=0,65$), őket követik a normál testtömegűek ($M=3$ $SD=0,5$) majd az elhízottak csoportja ($M=2,9$ $SD=0,7$). Testtömegindex tekintetében a depresszió gyanús (átlag BMI=28,89, $SD=6,6$) és nem depresszió gyanús (átlag BMI=29,7, $SD=4,2$) szívbetegiek között nincs jelentős különbség. Az adattisztítás után a hipotéziseim teszteléséhez szükséges skálák belső megbízhatóságát ellenőriztem (ld. 5. táblázat).

	Cronbach-féle alfa	átlag	szórás
kontrollálatlan evés skála	0,75	14,73	5,19
kognitív korlátozó evés skála	0,67	12,98	4,24
érzelmi evés skála	0,79	7,19	3,31
reziliencia skála	0,87	29,00	8,00
egészséges táplálkozás skála	0,786	12,81	1,89

5. táblázat: Mérőeszköz skáláinak belső megbízhatóságának vizsgálata

6.3 Hipotézisek ellenőrzése

H1.1. A reziliencia skálán elért magasabb pontszám fordított összefüggést mutat az érzelmi evéssel szív- és érrendszeri betegek körében.

H1.2. A reziliencia skálán elért magasabb pontszám fordított összefüggést mutat a kontrollálatlan evési magatartással szív- és érrendszeri betegek körében.

A kontrollálatlan evés skálán ($W=0,954$ $p=0,010$), az érzelmi evés skálán ($W=0,802$ $p=0,001$) és a reziliencia skálán ($W=0,964$ $p=0,038$) sem teljesül a normál eloszlás, ezért nemparametrikus eljárást, Spearman féle korrelációs eljárást használtam. Negatív irányú

szignifikáns összefüggést találtam a reziliencia és kontrollálatlan evési magatartás ($r=-0,356$ $p=0,002$) és a reziliencia és érzelmi evés között is ($r=-0,312$ $p=0,008$). Nullhipotézist elvethetem, hipotézisemet alá tudtam támasztani. Az alacsonyabb reziliencia szinttel rendelkezők hajlamosabbak az érzelmi evésre és a kontrollálatlan evési magatartásra, mint a magasabb reziliencia szintet megélők.

H2. A normál testtömegű kardiológiai betegekre jellemzőbb a magasabb reziliencia, mint a túlsúlyos és elhízott betegekre.

Három csoportot hoztam létre a BMI kategóriák (normál, túlsúlyos, elhízott) szerint, majd ellenőriztem a csoportok átlagait. Anova nemparametrikus változatát a Kruskal-Wallis Tesztet használtam a három csoport közötti különbség feltárására. A reziliencia ($H=0,804$, $df=2$, $p=0,697$), esetében nincs szignifikáns különbség a normál testtömegű, túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek között. Megtartom a nullhipotézist, mivel a hipotézisemet nem tudtam igazolni.

H3.1. A túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek a kontrollálatlan evés skálán magasabb pontszámokat érnek el, mint a normál testsúlyú kardiológiai betegek.

Mivel sem a kontrollálatlan evés, sem az érzelmi evés skálán nem teljesül a normál eloszlás, ezért nemparametrikus eljárást használtam. Kruskal-Wallis Teszt eredményei alapján a normál testsúlyú, túlsúlyos és elhízott betegek között szignifikáns különbség van ($H=9,915$, $df=2$, $p=0,007$) a kontrollálatlan evés mértékét tekintve. A Post Hoc Teszt eredményei szerint a normál testtömegű és túlsúlyos csoport között nincs szignifikáns különbség ($MD=0,130$, $t=0,795$, $p=0,707$), a normál és elhízott csoport között ($MD=-0,308$, $t=0,176$, $p=0,193$) tendenciózus különbség figyelhető meg, és a túlsúlyos és az elhízott kardiológiai betegek között szignifikáns különbség áll fenn ($MD=-0,438$, $t=-3,421$, $p=0,003$) (ld. 6. táblázat).

csoportok összehasonlítása	Mean Difference	SE	t	p
normál BMI-túlsúlyos	0,230	0,163	0,795	0,707
normál BMI-elhízott	-0,308	0,176	-1,754	0,193
túlsúlyos-elhízott	-0,438	0,128	-3,421	0,003

6. táblázat: Különböző BMI kategóriákba tartozó betegek kontrollálatlan evés skálán elért eredményei

H3.2. A túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek az érzelmi evés skálán magasabb pontszámokat érnek el, mint a normál testsúlyú kardiológiai betegek.

Az érzelmi evés tekintetében a Kruskal-Wallis teszt eredménye szerint nincs szignifikáns különbség a normál testtömegű, túlsúlyos és elhízott betegek csoportjai között ($H=3,432$, $df=2$,

$p=0,180$). A Post Hoc teszt eredményeiből láthatjuk, hogy normál és túlsúlyos betegek között nincs különbség az érzelmi evés tekintetében ($MD=0,092$, $t=0,519$, $p=0,862$), a normál testtömegű és elhízott betegek között sincs szignifikáns különbség e tekintetben ($MD=-0,206$, $t=-11,079$, $p=0,530$). A túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek között azonban tendenciózus különbség látható ($MD=-0,298$, $t=-2,143$, $p=0,089$) az érzelmi evést illetően (ld. 7. táblázat).

csoportok összehasonlítása	Mean Difference	SE	t	p
normál BMI-túlsúlyos	0,092	0,178	0,519	0,862
normál BMI-elhízott	-0,206	0,191	-1,079	0,530
túlsúlyos-elhízott	-0,298	0,139	-2,143	0,089

7. táblázat: *Különböző BMI kategóriákba tartozó betegek kontrollálatlan evés skálán elért eredményei*

Spearman féle korrelációs vizsgálattal megállapítottam, hogy a testtömegindex (BMI) összefüggést mutat a kontrollálatlan evési magatartással ($r=0,266$, $p=0,026$) ám az érzelmi evés nem ($r=0,154$, $p=0,202$). Hipotézisemet csak részben tudtam igazolni.

H4.1. A nem sportoló betegek körében alacsonyabb a reziliencia szintje, mint a sportoló betegek körében.

H4.2. Az egészségtelenül táplálkozó kardiológiai betegek körében alacsonyabb a reziliencia szintje, mint az egészségesen táplálkozók körében.

Hipotézisem teszteléséhez az elhízás szempontjából kockázatos egészségmagatartások közül a sportolás hiányát és az egészségtelen táplálkozást vizsgáltam. Az Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök mérőeszköz (Nagy & Kovács, 2017) „táplálkozás” és „testmozgás” alskáláját szerettem volna használni a hipotéziseim ellenőrzésére, de mivel alskáláin nem teljesül a belső megbízhatóság (ld. 5. táblázat) a mérőeszközt nem tudtam használni. Ezért csoportokat alakítottam ki a mintán aszerint, hogy az beteg sportol vagy nem sportol, dohányzik vagy nem dohányzik, egészségesen táplálkozik vagy nem táplálkozik egészségesen.

Mann-Whitney próbával a sportolókat ($N=60$) és nem sportolókat ($N=12$) összehasonlítva látjuk, hogy szignifikáns különbség van a két csoport között a reziliencia ($U=155$; $p=0,006$) tekintetében. A nem sportolók csoportjában a reziliencia szintje alacsonyabb a rendszeresen sportolókhöz képest.

Az egészségesen és egészségtelenül táplálkozók csoportjai között szignifikáns különbség áll fenn a reziliencia ($U=491$; $p=0,015$) tekintetében, az egészségesen táplálkozók reziliencia magasabb a másik csoporthoz képest.

A H4.1 hipotézist megtartom, hiszen azt találtam, hogy a sportolók reziliencia szintje magasabb a nem sportoló csoporthoz képest. A H4.2. hipotézist is megtartom, mivel az egészségesen táplálkozó és nem egészségesen táplálkozó csoport között a reziliencia tekintetében szignifikáns különbség áll fenn.

	H4.1.		H4.2.	
	sportol	nem sportol	egészségesen táplálkozik	nem táplálkozik egészségesen
reziliencia (M)	3,0	2,5	3,0	2,5
szignifikáns csoportközi különbség	igen $p=0,006$		igen $p=0,015$	

8. táblázat: A negyedik hipotézis eredményeit összefoglaló táblázat

H5.1. Azok a kardiológiai betegek, akik nem elégedettek a testképükkel hajlamosabbak érzelmi evésre testképükkel elégedett betegekhez képest.

H5.2. Azok a kardiológiai betegek, akik nem elégedettek a testképükkel hajlamosabbak kontrollálatlan evési magatartásra a testképükkel elégedett betegekhez képest.

A vizsgálati személyekből két csoportot alkottam az alapján, hogy elégedettek vagy nem elégedettek testképükkel. Mivel a skálákon a normalitás nem teljesült, nemparametrikus eljárást, Mann-Whitney próbát használtam a csoportok közötti különbség igazolására.

Az érzelmi evés tekintetében szignifikáns különbség van a két csoport között ($U=188$, $p=0,033$). A testképükkel elégedetlenekre jellemzőbb az érzelmi evés. H5.1. alhipotézisemet igazolni tudom, elvetem a nullhipotézist.

A kontrollálatlan evés tekintetében nincs szignifikáns különbség, csak tendenciózus kapcsolat látszik ($U=174$, $p=0,123$), amelyből arra következtethetünk, hogy nagyobb minta esetén szignifikáns kapcsolatot találnánk és alá tudnánk támasztani, hogy a testképükkel elégedettek alacsonyabb mértékű kontrollálatlan evésről számolnak be. H5.2. alhipotézisemet el kellett vetnem, a nullhipotézist tartottam meg. Bár az átlagok között van különbség (ld. 9. táblázat), ez nem minden esetben szignifikáns.

	Kontrollálatlan evés		Érzelmi evés	
	testképével nem elégedett	testképével elégedett	testképével nem elégedett	testképével elégedett
átlag	1,91	1,50	1,80	1,28
szórás	0,69	0,40	0,83	0,41
minimum	1	1	1	1
maximum	3,00	2,33	3,33	2,33

9. táblázat: A testképükkel elégedettek és testképükkel nem elégedettek közötti különbség a kontrollálatlan evés és érzelmi evés tekintetében

H6. Azon kardiológiai betegek, akik reziliencia szintje magasabb, nagyobb valószínűséggel gondolják úgy, hogy tehetnek egészségük megóvása/visszaszerzése érdekében.

A „Véleménye szerint mennyit tehet ön az egészségéért?” kérdésre a válaszadók 5-fokú Likert skálán adhatták meg válaszaikat. A normalitás nem teljesül a skálák esetében, ezért Spearman-féle korrelációs eljárást használtam hipotézisem ellenőrzéséhez. Szignifikáns pozitív együttjárást találtam a **reziliencia és az egészségkontrollhit** ($r=0,461$, $p<0,001$) között. Nullhipotézisemet elvettem, hiszen hipotézisemet igazolni tudtam.

6.4. További eredmények

A reziliencia szintjét megvizsgáltam annak tekintetében, hogy a **vizsgálati személy mióta tudja, hogy kardiológiai betegsége van** (ld.10. táblázat). Azok körében volt a legmagasabb a reziliencia szintje, akik egy éve kaptak diagnózist.

	kevesebb mint 1 hete tudja (8 fő)	körülbelül egy hónapja tudja (37 fő)	egy éve tudta meg (10 fő)	2-3 éve tudta meg (4 fő)	több mint 3 éve tudja (13 fő)
reziliencia átlag	3,11	2,94	3,38	2,63	2,88
szórás	0,23	0,68	0,38	0,95	0,65
minimum	2,60	1,10	2,80	1,60	2,00
maximum	3,60	4,00	3,90	3,90	3,90

10. táblázat: A diagnózis óta eltelt idő és hozzá tartozó reziliencia szintje

Láthatjuk, hogy a reziliencia szintje a nem diétázók, nemrég diétába kezdők és a régebb óta diétázók közül a frissen diétába kezdők átlaga a legmagasabb. A dohányzásról épp leszokóban lévők a reziliencia skálán magasabb pontszámot érnek el a dohányosokhoz képest, de azokhoz képest is, akik már régebben leszoktak vagy sosem dohányoztak (ld. 11. táblázat). A nem sportolók, nemrég sportolni kezdők és a régebb óta sportolók közül viszont a több mint 3 éve sportolók érik el a legmagasabb átlagot a reziliencia tekintetében. Ebből arra következtethetünk, hogy a reziliencia hajtóereje lehet a kardiológiai és elhízás szempontjából protektív egészségmagatartások kialakításának.

	nem sportol (24 fő)	kevesebb mint 1 hónapja sportol (7 fő)	1 hónap – 2 éve sportol (7 fő)	több mint 3 éve sportol (34 fő)
reziliencia (M)	2,63	2,91	3,15	3,22
	nem diétázik (37 fő)	kevesebb mint 1 hónapja diétázik (6 fő)	1 hónap – 2 éve diétázik (8 fő)	több mint 3 éve diétázik (21 fő)
reziliencia (M)	3,00	3,25	2,91	2,93
	dohányzik (6 fő)	dohányzik, de leszokóban van (10 fő)	korábban dohányzott (39 fő)	sosem dohányzott (15 fő)
reziliencia (M)	2,96	3,42	2,89	2,97

11. táblázat: A reziliencia skálán elért érték különböző csoportok tekintetében

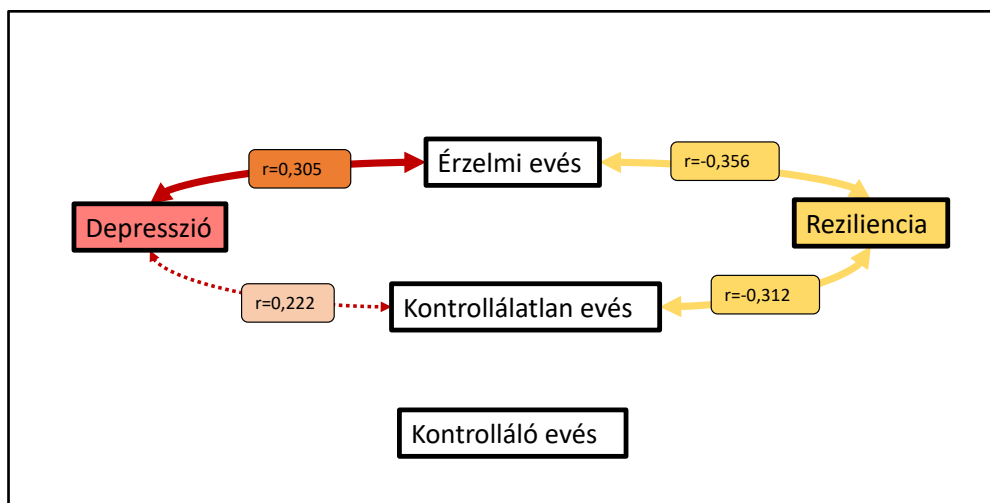
Szerettem volna **életkori sajátosságokat** azonosítani a **pozitív pszichológiai sajátosságok és evési magatartás tekintetében**. Két életkori csoportot hoztam létre: az 1. csoportba tartoztak a 60 év alattiak (N=37), a 2. csoportba pedig a 60 év felettiak (N=36). A normál eloszlás nem teljesült, ezért a nemparametrikus Mann-Whitney próbát alkalmaztam. Csoportközi összehasonlítás révén **szignifikáns különbséget találtam a reziliencia** (U=953,5 $p<0,001$) esetében, a 60 év alattiak érnek el magasabb pontszámot. A kóros evési magatartások közül csupán az **érzelmi evés** tekintetében van szignifikáns különbség a 60 év alattiak és 60 év felettiak csoportja között (U=491 $p=0,045$). A kontrollálatlan evés (U=574 $p=0,311$), a kognitív korlátozó evés (U=624 $p=0,647$) esetében nem áll fenn szignifikáns különbség.

Kísérletet tettem feltárni a **kóros evési magatartás nemi sajátosságait**. A Mann-Whitney próba elvégzésével a férfiak és nők között a kontrollálatlan evés (U=568,5 $p=0,719$) és érzelmi evés (U=565,5 $p=0,680$) tekintetében nincs szignifikáns különbség. A kognitív korlátozó evés tekintetében (U=464,5 $p=0,116$) sincs szignifikáns különbség, ám tendenciózus különbség figyelhető meg. Noha a szignifikáns különbség nem áll fenn a nemek között a kóros evési magatartások tekintetében, ám látszik, hogy a nők a korlátozó, kontrollálatlan és érzelmi evés skálán is magasabb pontszámot érnek el (ld. 12. táblázat).

		N	MEAN	SD	SE
kontrollálatlan evés skálán elért pontszám	férfiak	48	1,683	0,498	0,072
	nők	25	1,733	0,515	0,103
kognitív korlátozó evés skálán elért pontszám	férfiak	48	2,489	0,686	0,099
	nők	25	2,740	0,960	0,192
érzelmi evés skálán elért pontszám	férfiak	48	1,382	0,436	0,063
	nők	25	1,501	0,668	0,134

12. táblázat: Nemi különbségek a kóros evési magatartások tekintetében

Kutatásomat pozitív pszichológiai szemléletből kívántam megvalósítani, ám a jóllét mérőeszköz segítségével a depresszió valószínűsíthető fennállását is fel tudtam mérni (Topp et al., 2015). A depresszió új faktorként való megjelenése számos új kérdést vetett fel. Az eddigi eredményeimet igyekeztem annak fényében átgondolni, hogy a vizsgálati személyek közel 40%-a valószínűleg depressziós tüneteket mutat. Mann-Whitney próba segítségével láthatjuk, hogy a **depressziós és nem depressziós** csoport között **a kontrollálatlan evés tekintetében tendenciózus** (U=419 $p=0,070$), **az érzelmi evés tekintetében pedig szignifikáns különbség** (U=372,5 $p=0,013$) áll fenn. A depressziós betegek körében nagyobb valószínűséggel fordul elő kontrollálatlan evés és érzelmi evés.



5. ábra: Pszichológiai tényezők összefüggése a kóros evési magatartás formáival

A **depressziósok** (Mean=3,23) és **nem depressziósok** (Mean=2,74) csoportjak között szignifikáns különbség van a reziliencia mértékét tekintve, Mann-Whitney tesz eredményei szerint ($U=822$, $p<0,001$).

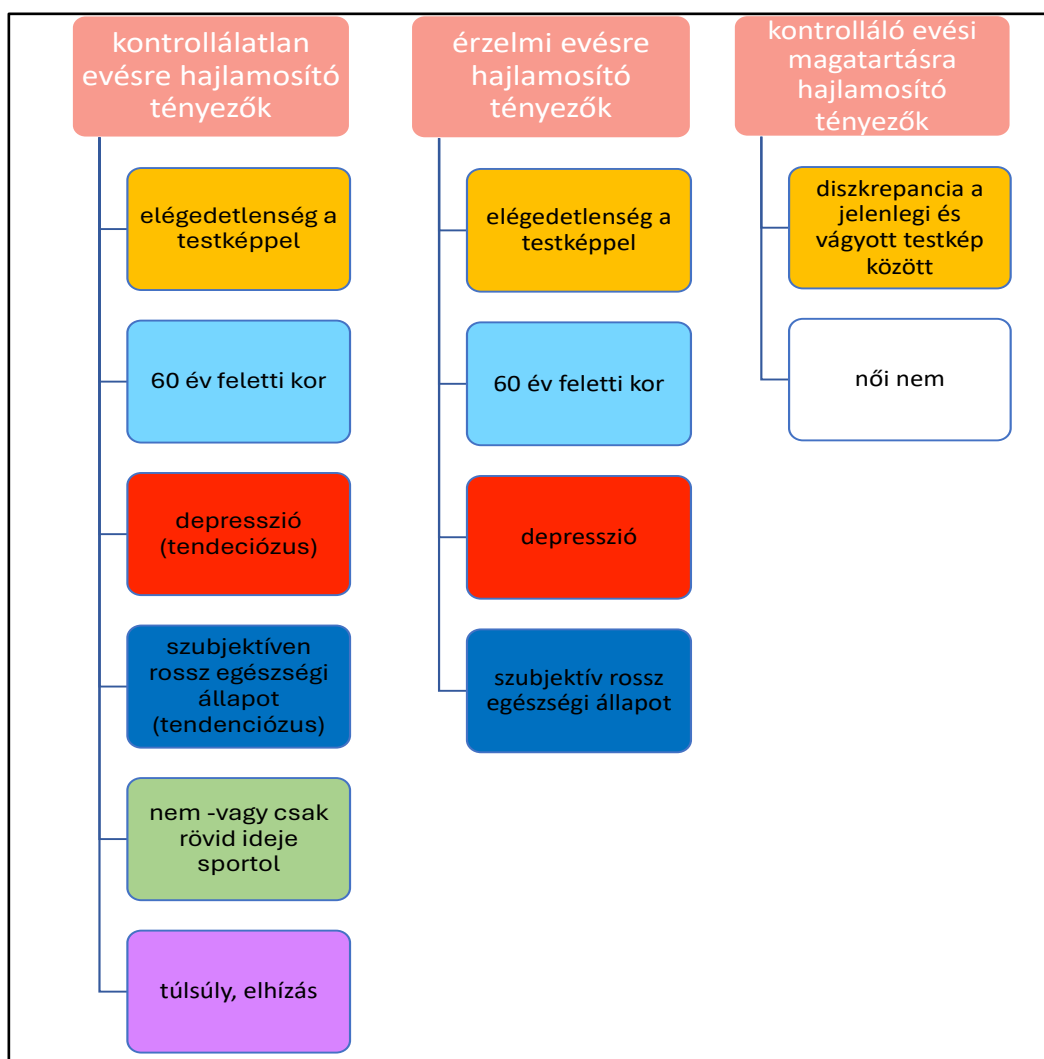
Arra a kérdésre próbáltam megtalálni a választ, hogy mi lehet az a tényező, ami valóban erős összefüggést képes mutatni a kóros evési magatartással. Az általam felvett változókat áttekintve az alábbi összefüggéseket találtam:

Az, hogy az egyén sportol-e nincs összefüggésben a kóros evési magatartás megjelenésének valószínűségével, viszont az, hogy az **egyén mióta sportol**, negatív irányú szignifikáns összefüggést mutat a kontrollálatlan evési magatartással ($r=-0,419$ $p=0,003$). Ebből arra következtethetünk, hogy azok a kardiológiai betegek, akik hosszabb ideje, rendszeresen sportolnak, kevésbé lesznek hajlamosak kontrollálatlan evési magatartásra, mint azok, akik nem sportolnak, vagy csak rövid ideje kezdték el a rendszeres mozgást.

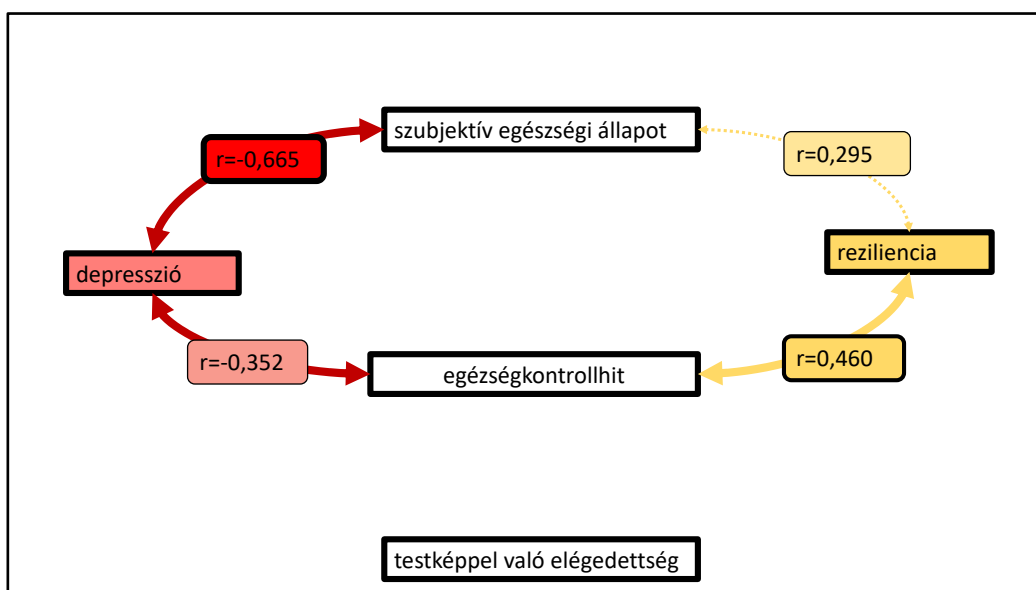
A **testalkattal való elégedettség** tekintetében szintén szignifikáns különbséget találtam a csoportok között. Azok a kardiológiai betegek, akik nem elégedettek a testképükkel (Mean=1,803) hajlamosabbak érzelmi evésre, azokhoz a betegekhez képest, akik elégedettek a testképükkel (Mean=1,276). A testalkattal való elégedettség tehát protektív faktor lehet az érzelmi evés szempontjából ($U=188$ $p=0,033$).

Az, hogy az egyén mennyire értékeli jónak az egészségi állapotát, szintén összefüggésbe hozható az egyén evési magatartásával. A **szubjektíven rossz egészségi állapot**ról beszámolókra szignifikánsan jellemzőbb az érzelmi evés ($U=101$ $p=0,013$) és tendenciózus mértékben jellemzőbb a kontrollálatlan evés ($U=92,5$ $p=0,060$) a szubjektív jó egészségi állapotról beszámolókhöz képest.

Azt találtam, hogy azok, akiknél diszkrepancia áll fent a jelenlegi és ideális testkép között, hajlamosabbak korlátozó evési magatartásra ($U=564$ $p=0,019$) a diszkrepanciát nem megelőkhöz képest. A **jelenlegi és ideális testkép közötti diszkrepancia** közepes mértékű pozitív összefüggést mutat a testtömegindex-szel ($r=0,405$ $p<0,001$), a testalkattal való elégedettséggel pedig negatív irányú összefüggés figyelhető meg ($r=-0,365$ $p=0,002$) a Sperman-féle korrelációs eljárás szerint. Aki **nem elégedett a testképével, hajlamosabb érzelmi evésre**, mint az, akik elégedett a testképével. Mann-Whitney teszt eredményei szerint a két csoport között szignifikáns ($U=188$ $p=0,033$) különbség áll fenn. A többi kóros evési magatartás tekintetében nem találtam különbséget a csoportok között. Az ezzel kapcsolatos vizsgálatok összefoglalása a 9. és 10. ábrán láthatóak.



6. ábra: Kóros evési magatartások rizikótényezői



7. ábra: Pszichológiai tényezők összefüggése a szubjektív egészségi állapottal és egészségkontrollhittel

7. Megvitatás, következtetések

Kutatásomban szív- és érrendszeri betegeket vizsgáltam. Igyekeztem felmérni a kóros evési magatartás formáit, a testképet és az elhízás szempontjából kockázatos egészségmagatartást, majd ezeket összefüggésbe hoztam az egyének által megélt rezilienciával.

A szív- és érrendszeri betegségek rizikótényezőiről számos szakirodalmi összefoglaló született már (például Rosengren et al., 2004), ám a protektív tényezők feltárására jóval kevesebb kutatás irányult. A kardiológiai betegségek háttérében álló genetikai, biológiai és pszichológiai tényezők összefüggése rendkívül összetett, kutatásommal hozzá szeretnék járulni ezen komplex folyamat feltárásához. Számos kutatás (például: Andersson et al., 2019) vizsgálta, hogy egyes viselkedéses rizikótényezők milyen mértékben képesek hozzájárulni a kardiológiai betegségek megjelenéséhez. A szakirodalmakat áttekintve tapasztaltam, hogy viselkedéses rizikótényezők közül kiemelt szerepet kap az egészségtelen táplálkozás, azonban a kóros evési magatartások hazai mintán még nem kerültek felmérésre. A kardiológiai betegek evési szokásait – mit esznek és mennyit – gyakrabban vizsgálták (például Liu et al., 2000), ám ezt nem hozták összefüggésbe az evési magatartás különböző formáival és az egyének pozitív pszichológiai sajátosságaival, erőforrásaival. A kutatás megkezdésekor hazai mintán nem állt rendelkezésre olyan kutatás, ami szívbeteg populáció testtömegét, testképét és evési magatartását vizsgálta volna pozitív pszichológiai megközelítésben. Elmondható, hogy

kutatásomban igazoltam több általam feltételezett összefüggést, azonban egyes hipotéziseimet csak részben vagy egyáltalán nem tudtam bizonyítani.

Korábbi kutatási eredmények igazolták, hogy a pozitív pszichológiai állapot megélése egészségvédő folyamatokkal, például a keringési rendszer egészsége szempontjából is fontos egészséges táplálkozással áll összefüggésben, és hatékonyan bejósolja a szívbetegség állapotjavulását (Steptoe et al, 2009; DuBois et al., 2015). Azt találtam, hogy a reziliencia mértéke összefügg a kóros evési magatartás megjelenésével, azok, akik alacsonyabb rezilienciáról számolnak be, nagyobb valószínűséggel jellemző rájuk a kontrollálatlan- és érzelmi evés. Ebből arra következtetek, hogy a reziliencia protektív faktora lehet a normál evési magatartásnak.

Az elhízás rizikótényezője a kardiológiai betegségeknek és összefüggésben áll a depresszióval (Luppino et al., 2010), alacsony önértékeléssel (Wardle & Cooke, 2005), rosszabb életminőséggel (Kushner & Foster, 2000). Kutatásomban azt találtam, hogy a különböző testtömegű szív- és érrendszeri betegek között nincs jelentős különbség a reziliencia tekintetében. A várt különbség elmaradását magyarázhatja az a tény, hogy a BMI szerinti normál testtömegindex tartományba csupán a minta 15,7%-a (11 fő) tartozott. Feltételezem, hogy az eredményekben továbbá meghatározó szerepe van annak a ténynek, hogy a minta átlagéletkora 58,9 év (SD=8,57). Lehetségesnek tartom, hogy ez a korosztály kevésbé tartja fontosnak a külső megjelenését, így nem tulajdonít kóros testtömegének akkora jelentőséget, hogy az negatív irányba befolyásolhassa az egyén által megélt pozitív pszichológiai változók mértékét. Az eredményekből arra következtethetünk, hogy a különböző testtömegű szív- és érrendszeri betegek között nincs jelentős különbség a reziliencia tekintetében.

A nagy mennyiségű kalóriabevitel és a kompenzátoros viselkedés elmaradása miatt az egyén energiatöbbletbe kerül és elhízik. Feltételezésem szerint kardiológiai betegek körében a kontrollálatlan evési magatartás, a falászavarhoz hasonlóan (Papp et al., 2015), energiatöbblet révén elhízást eredményez. Vizsgáltam továbbá az érzelmi evést, ami egy negatív érzelmekkel és élményekkel való emóciófókuszú, maladaptív megküzdési stratégia (Faith, et al, 1997). Az érzelmi evés nassolással és túlevéssel jár együtt (Konttinen, 2010), így hosszú távon túlsúlyhoz és elhízáshoz vezethet (Koenders et. al, 2011). Feltételeztem, hogy a túlsúlyos és elhízott kardiológiai betegek körében is magasabb lesz az érzelmi evők és kontrollálatlan evési magatartást folytatók száma, mint a normál testsúlyú betegek körében. Azt találtam, hogy a kontrollálatlan evési magatartás az elhízottak csoportjában a legnagyobb mértékű.

Az érzelmi evést vizsgálva tendenciózus különbség fellelhető a három csoport között és elmondható – bár a különbség nem szignifikáns –, hogy az elhízott betegek körében a

leggyakoribb az érzelmi evés. Összefüggést találtam a testtömegindex és a kontrollálatlan evési magatartás között, ám az érzelmi evés nem mutatott összefüggést a BMI-vel. Kijelenthetjük, hogy a magasabb testtömegindex-szel rendelkező kardiológiai betegek körében gyakoribb a kontrollálatlan evési magatartás. Az, hogy az érzelmi evésre hajlamos és nem hajlamos kardiológiai betegek testtömegében nincs különbség, arra enged következtetni, hogy az érzelmi evés önmagában nem befolyásolja jelentősen a testtömeget. Lehetséges, hogy az érzelmi evés ritkán jelentkezik, vagy megjelenésekor kompenzátoros viselkedések révén az egyén nem kerül energiatöbbletbe, így nem növekszik a testsúlya.

Vizsgáltam az elhízás – és egyébként a szívbetegség – szempontjából kockázatos egészségmagatartási formákat, mint az egészségtelen táplálkozás és mozgásszegény életmód. A kapott eredmények szerint azok, akik rendszeresen sportolnak és egészségesen táplálkoznak, magasabb rezilienciáról számolnak be, mint azok a betegek, akik nem. A kockázatos egészségmagatartás hiánya és a pozitív pszichológiai változók összefüggése feltehetően kétirányú kapcsolat. Az egészséges táplálkozás és rendszeres testmozgás pozitív hatással van az egyén fizikai és mentális egészségére egyaránt, emellett arra is következtethetünk, hogy a reziliencia hajtóereje lehet a megfelelő egészségmagatartásnak.

Az étkezési zavarok megjelenésének triggere és egyben tünete lehet a testképpel és étkezéssel való túlzott foglalkozás (Cserép et. al., 2020). A kardiológiai kórképek esetében elengedhetetlen a táplálkozásra és testképre való fokozott figyelem, hiszen a betegeknek életmódot kell váltaniuk, ami magában foglalja, hogy előírt diétát kell követniük, maguk mögött kell hagyniuk káros szokásaikat, és új szokásokat kell kialakítaniuk. Feltételezem, hogy a szív- és érrendszeri betegek körében a testtel való elégedetlenség összefügg a kóros evési magatartásokkal és attitűdökkel. Azt találtam, hogy a testképükkel elégedetlen betegek körében gyakoribb az érzelmi evés megjelenése a testképükkel elégedettekhez képest. A kognitív korlátozó evési magatartás tekintetében nincs jelentős különbség a két csoport között, a kontrollálatlan evés tekintetében pedig csak tendenciózus kapcsolat látszik, amelyből arra következtethetünk, hogy nagyobb minta esetén szignifikáns kapcsolatot találnánk és alá tudnánk támasztani, hogy a testképükkel elégedettek alacsonyabb mértékű kontrollálatlan evésről számolnak be.

Az, hogy az egyén mennyire gondolja úgy, hogy tehet egészsége megóvásáért, visszaszerzéséért vagy fenntartásáért, meghatározza az egészséggel kapcsolatos viselkedését (Wallston et. al., 1994). A belső egészségkontrollhit összefüggést mutat a protektív egészségmagatartásokkal és pozitív érzelmekkel (Knappe et al., 2009). Azt találtam, hogy a magasabb rezilienciáról beszámolók között valóban magasabb az egészségkontrollhit mértéke

az alacsonyabb rezilienciáról beszámolókhöz képest. Ez azt jelenti, hogy minél nagyobb az egyén reziliencia szintje, annál nagyobb valószínűséggel gondolja azt, hogy aktívan tehet egészsége érdekében.

A dohányzásról épp leszokóban lévőek reziliencia szintje kiemelkedően magas a dohányzók, korábban már leszokottak vagy sosem dohányzókhoz képest. A közelmúltban diétázni kezdők reziliencia szintje kiemelkedő a nem diétázók vagy huzamosabb ideje diétázókhoz képest (ld 11. táblázat). Ebből arra következtethetünk, hogy a reziliencia hajtóereje lehet a kardiológiai szempontból protektív egészségmagatartások kialakításának, a reziliencia fejlesztésével elősegíthetjük az egészségmagatartás beindulását.

A kardiológiai betegek számára elengedhetetlen egy speciális életstílus folytatása, melynek része – többek között – a rendszeres testmozgás, az egészséges táplálkozás, a dohányzásról való leszokás, a megfelelő stresszmenedzsment és a rendszeres orvosi vizsgálatokon való részvétel. Az eredményekre támaszkodva kijelenthetjük, hogy abban az esetben, ha intervenciós csoportot szeretnénk létrehozni kardiológiai betegek számára, melynek célja a kóros evési attitűdök csökkentése, használhatunk pozitív pszichológiai megközelítést. Feltételezésem szerint a reziliencia növelése révén a betegek körében csökkenthetőek a kóros evési magatartás különböző formái, mely folyamat révén az egyén testtömege is csökkenésnek indulhat. Emellett a növekedett reziliencia szint hozzájárulhat a beteg egészségmagatartásának fejlődéséhez, például a dohányzásról való leszokás vagy az egészséges táplálkozásra való áttérés révén.

A csoportok kialakításánál eltérő nemi sajátosságokat nem kell figyelembe venni, hisz a férfiak és nők között nem találtam jelentős különbséget sem a reziliencia sem a kóros evési magatartás vonatkozásában, viszont a különböző életkorú betegek beválogatásánál szem előtt kell tartani, hogy a 60 év felettiek reziliencia szintje alacsonyabb és ők hajlamosabbak is érzelmi evésre, mint a 60 év alatti kardiológiai betegek. A beválogatásnál a depresszió szűrése is indokolt lehet, hiszen eredményeim igazolják, hogy a depressziós betegek körében nagyobb valószínűséggel fordul elő kontrollálatlan evés és érzelmi evés is.

A csoport egyik fókusza a testképpel való viszony áttekintése lehetne, hiszen eredményeimből látható, hogy azok a kardiológiai betegek, akik nem elégedettek a testképükkel hajlamosabbak érzelmi evésre, azokhoz a betegekhez képest, akik elégedettek a testképükkel. A testalkattal való elégedettség tehát protektív faktor lehet az érzelmi evés szempontjából.

A csoport másik fókusza a szubjektív egészségi állapot átgondolása lehetne, hiszen láthatjuk, hogy a szubjektíven rossz egészségi állapotról beszámolókra jellemzőbb az érzelmi evés és kontrollálatlan evés a szubjektív jó egészségi állapotról beszámolókhöz képest.

8. Limitációk és kitekintés

Az eredmények összefoglalása után szükséges kitérni a kutatással kapcsolatos lehetséges korlátokra és torzító tényezőkre. Kutatásomnak egyik legjelentősebb módszertani korlátja az alacsony mintaelemszám volt, így az eredmények nem tekinthetők reprezentatívnak a szívbeteg populációra nézve. A vizsgálat résztvevői olyan kardiológiai betegek, akik jelenleg kardiológiai rehabilitációs programban vesznek részt a Balatonfüredi Állami Szívkórházban. A rehabilitációs program keretein belül részt vehetnek dietetikai előadásokon, gyógytornán, életmódváltó- és stresszcsökkentő csoportfoglalkozásokon. Célszerű lenne a mintaelemszámot tovább növelni és olyan kardiológiai betegeket is bevonni, akik nem vettek rész kardiológiai rehabilitációs programban. Limitációnak tekinthető továbbá, hogy a kérdőív önbeszámoló jellegű volt, így a kitöltő őszinteségére kell hagyatkoznunk. Keresztmetszeti kutatás révén csak az egyes változók közötti kapcsolatot lehet kimutatni, ám az ok-okozati kapcsolatot nem lehet egyértelműen megállapítani. Limitációk közé sorolható, hogy egy esetben (egészségkontrollhit) egy tételt használtam skálaként. Árnyaltabb eredmények megállapítása érdekében szükséges lenne az egyes skálákat további tételekkel kiegészíteni. Az elemzés során továbbá felmerültek olyan változók, amiket érdemes lenne vizsgálni a jövőbeni kutatásokban. További tételek és skálák beemelése lenne szükséges a kérdőívbe, Az egészségkontrollhitet mérő skálára olyan tételeket célszerű beemelni, amiknek segítségével differenciálni tudnánk külső és belső egészségkontrollhitet. Az egészségmagatartás felmérésére egy másik mérőeszközt kellene használni, hiszen az általam használni kívánt mérőeszköz alskáláinak egyikén sem teljesült a belső validitás, feltehetőleg azért, mert a mérőeszköz egészséges fiatal felnőttek bevonásával került kidolgozásra, és az általam vizsgált populáció mérésére nem megfelelő. Nehézséget jelentett, hogy a szív- és érrendszeri betegek populációjára specializált valid kérdőívek nem állnak rendelkezésre. Az általam vizsgált pozitív pszichológiai konstruktumok csupán kiragadott tényezők és nem fedik le a vizsgálati személyek egyéb lehetséges pszichológiai erősségeit és erőforrásait. Annak megállapítására, hogy a kapott eredmények mennyire a kardiológiai betegek sajátossága, szüksége lenne egy kontrollcsoportot létrehozni és a kutatást egészséges populáción is lefolytatni. A továbbiakban érdemes lenne bevonni további pozitív változókat (pl.: énhatékonyság, társas támogatás, hit, remény, hála) és vizsgálni ezek összefüggését az egészségmagatartással, evési magatartással és egészségkontrollhittel.

A későbbiekben érdemes lenne foglalkozni a kapott eredmények intervenciós programokban történő alkalmazási lehetőségeivel. Szükséges lenne vizsgálni, hogy pozitív pszichológiai faktorok fejlesztését célzó programok, hosszú távon képesek-e hatást gyakorolni a kardiológiai betegek egészségére.

Úgy gondolom, hogy az eredmények tudatában közelebb jutottunk a kardiológiai betegek kockázatos egészségmagatartásának és kóros evési viselkedésének megértéséhez, és a kapott eredmények kiindulópontot jelenthetnek további vizsgálatokhoz, valamint egy speciálisan kardiológiai betegeknek szóló pozitív pszichológiai szemléletű ismeretterjesztő anyag vagy életmódváltó program kidolgozásához.

9.Irodalomjegyzék

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602-610.

Andersson, C., Johnson, A. D., Benjamin, E. J., Levy, D., & Vasan, R. S. (2019). 70-year legacy of the Framingham Heart Study. *Nature Reviews Cardiology*, 16(11), 687-698.

Bader, D. S., Maguire, T. E., Spahn, C. M., O'Malley, C. J., & Balady, G. J. (2001). Clinical profile and outcomes of obese patients in cardiac rehabilitation stratified according to National Heart, Lung, and Blood Institute criteria. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 21(4), 210-217.

Bibbins-Domingo, K., Chertow, G. M., Coxson, P. G., Moran, A., Lightwood, J. M., Pletcher, M. J., & Goldman, L. (2010). Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 362(7), 590-599.

Bodóné Rafael, B. (2016). *Pszichés tényezők szerepe az iszkémiás szívbetegségekben* (Doctoral dissertation).

Casper, R. (2005). Psychiatric disorders, mood and cognitive function: the influence of nutrients and physical activity. *World review of nutrition and dietetics*, 95(R), 1

Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003): Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC): *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

Czeglédi E. & Urbán R. (2010). A háromfaktoros evési kérdőív (three-factor eating questionnaire revised 21-item) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 463-494.

Cserép, M., & Szumska, I. (2020). Evészavartünetek, problematikus evési magatartás egyes kamaszkori krónikus betegségekben. *Orvosi Hetilap*, 161(44), 1872-1876.

Danesh, J., Collins, R., Appleby, P., & Peto, R. (1998). Association of fibrinogen, C-reactive protein, albumin, or leukocyte count with coronary heart disease: meta-analyses of prospective studies. *Jama*, 279(18), 1477-1482

Davydov, D. M., Shapiro, D., Goldstein, I. B., & Chicz-DeMet, A. (2005). Moods in everyday situations: effects of menstrual cycle, work, and stress hormones. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 343-349.

DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African

Dr. Halmy Eszter nyilatkozata (letöltve: 2024.02.02.
<https://magyarnemzet.hu/belfold/2023/05/sulyos-mereteket-olt-az-elhizas-magyarorszagon-osszefogast-surget-az-elhizastudomanyi-tarsasag-elnoke>).

Dubnov, G., & Berry, E. (2005). Managing obesity after menopause: The role of physical activity. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 95(R), 29.

DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International journal of cardiology*, 195, 265-280.

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ... & Martínez-González, M. A. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290.

Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: theoretical considerations and practical recommendations.

Fallon, A.E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 102—105.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of general psychology*, 2(3), 300-319.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American medical association*, 169(12), 1286-1296.

Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., ... & Swain, D. P. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise.

Ghosh, A., & Deb, A. (2017). Positive psychology interventions for chronic physical illnesses: A systematic review. *Psychological Studies*, 62, 213-232.

Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of health and social behavior*, 17-29.

Hu, F. B. (2009). Diet and lifestyle influences on risk of coronary heart disease. *Current atherosclerosis reports*, 11(4), 257-263.

Ildikó, P., Irena, S., & Ferenc, T. A falászavar (binge eating disorder) kezelése.

Járai, R., Vajda, D., Hargitai, R., Nagy, L., Csókási, K., & Kiss, E. C. (2015). A Connor–Davidson reziliencia kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1), 129-136.

Keys, A. (1980). *Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease*. Harvard University Press.

Knappe, S., & Pinquart, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 201-212.

Koenders, P. G., & van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(11), 1287-1293.

Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.

KSH, *Halálózások a gyakoribb halálokok és nem szerint.*
https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html, letöltés: 2023.09.19.

Kushner, R. F., & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16(10), 947-952.

Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, 380(9838), 219-229.

Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., ... & Wulsin, L. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350-1369.

Liu, S., Willett, W. C., Stampfer, M. J., Hu, F. B., Franz, M., Sampson, L., ... & Manson, J. E. (2000). A prospective study of dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease in US women. *The American journal of clinical nutrition*, 71(6), 1455-1461.

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, Zitman FG. (2010) Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta- analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3): 220-229.

Matarazzo, J. D. (1983). Behavioral immunogens and pathogens: Psychology's newest challenge. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(3), 414.

Mellen, P. B., Walsh, T. F., & Herrington, D. M. (2008). Whole grain intake and cardiovascular disease: a meta-analysis. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 18(4), 283-290.

Nagy, B. E., & Kovács, K. E. (2017). Egészség-magatartással kapcsolatos attitűdök vizsgálata középiskolás és egyetemista fiatalok körében. *Orvosi hetilap*, 158(44), 1754-1760.

Nilsson, J. (2005). CRP—marker or maker of cardiovascular disease?. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 25(8), 1527-1528.

Papanicolaou, D. A., Wilder, R. L., Manolagas, S. C., & Chrousos, G. P. (1998). The pathophysiologic roles of interleukin-6 in human disease. *Annals of internal medicine*, 128(2), 127-137.

Perk J, De Backer G, Gohlke H and ESC Committee for Practice Guidelines. (2012) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eu Heart J*, 33: 1635-1701.

Reiber István (2006) : A diszlipidémia kezelése. megjelent: Magyar Orvos Magazin, <https://weborvos.hu/adat/magyarorvos/2006dec/34-36.pdf> letöltve: 2022.09.30.

Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., ... & Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 953-962.

Rozanski, A. (2016). Psychosocial risk factors and cardiovascular disease: epidemiology, screening, and treatment considerations. *Cardiovascular Innovations and Applications*, 1(4), 417-431.

Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... Wichers, M. (2013). *Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20.

Sattelmair, J., Pertman, J., Ding, E. L., Kohl III, H. W., Haskell, W., & Lee, I. M. (2011). Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation*, 124(7), 789-795.

Seligman, M. E. (1998). Building human strength: Psychology's forgotten mission.

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.

Simopoulos, A. P. (2005). What is so special about the diet of Greece? The scientific evidence. *Nutrition and Fitness: Mental Health, Aging, and the Implementation of a Healthy Diet and Physical Activity Lifestyle*, 95, 80-92.

Stephoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of personality*, 77(6), 1747-1776.

Stephoe, A., Donald, A. E., O'Donnell, K., Marmot, M., & Deanfield, J. E. (2006). Delayed blood pressure recovery after psychological stress is associated with carotid intima-media thickness: Whitehall psychobiology study. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 26(11), 2547-2551.

Stephoe, A., Gibson, E. L., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 56-64.

Stephoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(18), 6508-6512.

Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P., & Karlsson, J. (2005). Three-Factor Eating Questionnaire--Revised 21-Item Version. *American Journal of Clinical Nutrition*.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84, 167-176.

Vanhecke, T. E., Franklin, B. A., Miller, W. M., Dejong, A. T., Coleman, C. J., & McCullough, P. A. (2009). Cardiorespiratory fitness and sedentary lifestyle in the morbidly obese. *Clinical Cardiology: An International Indexed and Peer-Reviewed Journal for Advances in the Treatment of Cardiovascular Disease*, 32(3), 121-124.

Vitrai, J. (2022). Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021. *Egészségfejlesztés*, 63(1), 52-55.

Wallston, K. A., & Smith, M. S. (1994). Issues of control and health: The action is in the interaction. *Health psychology: A lifespan perspective*, 153-168.

Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best practice & research clinical endocrinology & metabolism*, 19(3), 421-440.

WHO (2022). Mental health: Strengthening our response. Fact sheet Letöltve: 2023.10.10. : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO weboldala: https://www.who.int/europe/health-topics/cancer/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 , letöltve: 2023.09. 20.)

World Heart Report 2023: Confronting the World's Number One Killer. Geneva, Switzerland. World Heart Federation. 2023.

Wulsin, L. R., & Singal, B. M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic medicine*, 65(2), 201

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The lancet*, 364(9438), 937-952.