

Zsírphóbia az egyetemi hallgatók körében

Bevezetés

A zsírphóbia kifejezés két vonatkozásban is használják. Egyrészt lehet egy speciális evés- és testképzavar megnevezése (Túry és Gyányi, 2007), másrészt a túlsúlyos, elhízott emberekhez való kritikus hozzáállást, a velük szembeni negatív diszkriminációt is jelentheti (Bacon, Scheltema és Robinson, 2001). Az alábbiakban bemutatásra kerülő kutatás középpontjában a zsírphóbia utóbbi értelmezése, tehát az obezitással élő személyekkel szembeni előítéletesség, az elhízottak megbélyegzése áll.

Az utóbbi években egyre inkább az érdeklődés középpontjába került az iskolai vagy kortársbántalmazás, más néven a bullying (Várnai, Zsíros és Németh, 2016), ami egyre fiatalabb életkorban jelenik meg. A szülők, a kortársak és a média révén a gyerekek már korán elsajátítják a bullyingra jellemző attitűdöket (Fabrey, 1994). A bullying agresszív hatalomgyakorlás egy másik személy felett (Pepler és Craig, 2000). A kortársbántalmazásnak leggyakrabban fizikai, verbális, kapcsolati illetve online formája van (Tabby Projekt, 2011). Számos kiváltó oka lehet, közülük tartoznak a normálisnak ítéltől eltérő testi jellemzők is, így például az elhízottság, az obezitás.

Az elhízás és a túlsúly gyakran megjelenő probléma a fejlettebb országokban, tulajdonképpen népbetegségnek tekinthető (Cassiano és mtsai, 2021). Nemcsak felnőtteket, hanem gyermekeket is érint. Az esetek nagyjából felében a gyermekkori elhízás a felnőttkorba is megmarad. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 39 millióra becsüli az öt év alatti túlsúlyos gyermekek számát. Az USA-ban a felnőttek egyharmada elhízott. Becslések szerint 2030-ra a világ népességének ötöde lesz elhízott (Tirthani, Said és Rehman, 2023).

Az obezitás multifaktoriális betegség, biológiai, genetikai, társadalmi, környezeti és viselkedési tényezők kombinációja okozhatja (Lee, Cardel és Donahoo, 2019). Genetikai hatásokra zavar alakulhat ki az anyagcsere folyamatokban, így megbomlik az energiaháztartás egyensúlya. Ez fokozott táplálékfelvételben vagy csökkent energialeadásban nyilvánul meg, ami a továbbiakban intenzívebb zsírraktározáshoz vezet (Bessesen, 2007). Egyéb biológiai tényezők is befolyásolják az obezitást. Ilyenek a terhesség, a menopauza, egyes daganatok, a gyógyszerek, a fizikai fogyatékoság, a bélmikrobiom és egyes vírusok. Az elhízásra való

hajlamot súlyosbítják olyan környezeti tényezők, mint az ételminőség és -minőség, az épített környezet, a szociális-gazdasági helyzet, a kultúra. Viselkedési rizikófaktorak tekinthető a túlzott kalóriabevitel, az étkezési szokások, az ülő életmód vagy az nem kielégítő alvás (Kadounh és Acosta, 2017). Végül sorunk fejlettsége és fogyasztói társadalma is az emberek elhízásának kedvez. A környezeti hatások kapcsolatban állnak az obezitás szociális meghatározóival. A környezeti faktorok és a társadalmi hierarchia mellett az egyéni, saját jellemzők (nem, életkor, rassz etnikai hovatartozás) is szerepet játszanak (Lee, Cardel és Donahoo, 2019). Nagyobb valószínűséggel lesznek elhízottak a nők, a középkorúak, az etnikai kisebbséghez tartozók, a munkanélküliek vagy szakképzetlen munkát végzők, az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, a másokkal együtt élők, a szülők, a házasok, a vidéken élők (Sobal, 2001), a szociális ranglétrán lejjebb helyet foglalók (Lee, Cardel és Donahoo, 2019).

Az obezitás tömör egészségügyi problémát okoz. A betegségek, amelyek rizikója növekszik az elhízás hatására, két kategóriába sorolhatóak. Az elsőbe a megnövekedett zsírtömegből eredő betegségek, például az osteoarthritis és az alvási apnoe tartozik. A másodikba a zsírfelhalmozással összefüggő anyagcsere-változásokból eredő problémák, például a 2-es típusú cukorbetegség, emelkedett inzulinszekréció és inzulinrezisztencia, az epekő és epehólyag-betegség, a magas vérnyomás, a szív- és keringési rendszeri betegségek, májrendellenességek, valamint a túlsúllyal összefüggő rák egyes formái. A férfiaknál emelkedik a vastag-, végbél- és prosztatadaganatok kockázata, nőknél a reprodukív rendszer (méhnyálkahártya, emlő) és az epehólyag rákos megbetegedései frekvenciájuk magasabb. Számos bőrelváltozás (striák, Acanthosis nigricans) is köthető az obezitáshoz. Az elhízott betegek a számos további betegség megjelenése miatt nagyon magas kockázati kategóriába tartoznak a további egészségügyi problémák és a megnövekedett halálozás miatt (Bray, 2004). Ezen felül a betegeknél nagyobb a metabolikus szindróma kockázata, ami több említett metabolikus rendellenesség együttes megjelenését jelenti (Weir és Jan, 2023).

Az obezitás az említett betegségek mellett sokféle megbélyegzéssel és diszkriminációval, bullyinggal jár együtt a mindennapi életben (Müller, 2013). A többi gyerek kevésbé akarja az elhízott gyereket barátjának (Goldfield és Chrisler, 1995). Az elhízott lányok kisebb eséllyel kapnak anyagi támogatást a szüleiktől (Crandall, 1995). A férfiak kisebb valószínűséggel akarnak elhízott nőkkel randizni, (Sitton és Blanchard, 1995; Sobal, Nicolopoulos és Lee, 1995), és az elhízott nőknek kisebb valószínűséggel van lehetőségük szexuális kapcsolatot létesíteni (Wiederman és Hurst, 1998). Az elhízott embereknek problémásabb munkát találni, alacsonyabb a bérezésük és ritkábban kerülnek kiemelt, vezető pozícióba (Jasper és Klassen,

1990; Pagan és Davila, 1997; Popovich és mtsai, 1997). A rájuk nehezedő társadalmi nyomás miatt gyakori a krónikus stressz, az önértékelési problémák és az önkontroll elvesztésének észlelése. Emiatt fokozódik a súlyos pszichés problémák, például az érzelmi és szorongásos zavarok kialakulásának rizikója. Ezekre válaszul gyakran olyan megküzdési stratégiákat alkalmaznak, mint a diszfunkcionális étkezési magatartás, a mértéktelen falás és a fizikai inaktivitás. Fokozott pszichés szorongás jellemzi az elhízott nőket, a másik etnikai vagy társadalmi kisebbséghez tartozó személyeket, a serdülőket és az étkezési zavarban szenvedőket (Müller, 2013). Nemcsak a laikusok, de még az egészségügyi szakemberek is gyakran negatívan viszonyulnak az elhízott személyekhez (Cassiano és mtsai, 2021; Yucker és mtsai, 1995). A saját testtel kapcsolatos elégedetlenség növeli a bántalmazottá, áldozattá válás kockázatát (Várnai és Zsíros, 2016), a bántalmazottak között ugyanakkor valószínűbb a fizikai inaktivitás is (Henriksen és mtsai, 2015), ami viszont az elhízás egyik oka, vagy annak következménye is lehet.

A bullying elhízott áldozataival mellett a bántalmazók is jellemezhetők. A férfiak hajlamosabbak a zsírfóbiára, mint a nők (Lewis és mtsai, 1997; Alvarenga és mtsai, 2022). Több kutató szerint nincs kapcsolat az aktuális testsúly és a zsírfóbiás attitűd között (Allison, Bade és Yucker, 1991; Crandall és Biernat, 1990), viszont az obezitás stigmatizálása összefüggésben áll a súlygyarapodással és a testsúllyal kapcsolatos személyes szorongásokkal (Lewis és mtsai, 1997). Harris, Walters és Waschull (1991) szerint az elhízott személyekkel kapcsolatos általános sztereotípiák negatívak, és nem függenek a saját elhízottsági foktól, továbbá az válaszadók úgy vélik, hogy személyes véleményük kevésbé negatív, mint másoké. Az obezitás stigmatizálása pozitívan korrelál az egészségre és a fittségre irányuló erőfeszítésekkel (Lewis és mtsai, 1997).

Összegezve az eddig leírtakat kijelenthető, elhízott személyekre vonatkozó sztereotípiák általában kedvezőtlenek (Cash, 1990). Hazánkban is megjelenik a kortársbántalmazás (Várnai, Zsíros és Németh, 2016), így már az elhízott gyerekek is gyakran különböző zaklatások, tehát a zsírfóbia áldozataivá válnak (Szabó és Rucska, 2017). Hazánk sajnos ebben is igazodik a nemzetközi trendhez, hiszen releváns nemzetközi szakirodalom szerint is az elhízás kétségtelenül társadalmi megbélyegzést, stigmatizációt jelent (Lewis és mtsai, 1997). A jól működő társadalom érdekében fontos lenne az általában vett előítéletesség és a bullying, szűkebben a zsírfóbia és az abból következő negatív diszkrimináció kialakulásának megelőzése, a már manifesztálódó stigmatizáció felismerése és megfelelő kezelése az elkövető és az áldozat szempontjából is. Mielőtt visszafordíthatatlan károk keletkeznének... (Stavelos, 2011).

Célkitűzés

A zsírfóbia, az obezitás negatív diszkriminációjára való hajlam feltérképezésére nemzetközi szinten rendelkezésre állnak validált mérőeszközök (Lacroix és mtsai, 2017), viszont hazai, magyar nyelvű kérdőívek eddig nem készültek. Ezért elsődleges célom két, angol nyelvű kérdőív lefordítása és megbízhatóságuknak vizsgálata volt. Másodlagos célkitűzésem a kérdéssorok tesztelése hazai egyetemi hallgatók körében, az elhízottsággal szembeni előítéletességük felmérése, a nemek, illetve az inaktív és rendszeresen sportoló egyetemisták összehasonlítása, továbbá a zsírfóbia néhány korrelátumának feltárása.

Kutatásommal az alábbi, hazai egyetemi hallgatói mintára vonatkozó hipotézisek helytállóságát vizsgáltam:

H1: A férfiakra jellemzőbb a zsírfóbia, mint a nőkre.

H2: A rendszeresen sportolók hajlamosabbak az elhízottak megbélyegzésére, mint a nem sportolók.

H3: Azonosíthatók olyan antropometria, testösszetételi jellemzők, amelyek összefüggést mutatnak a zsírfóbiával.

Anyagok és módszerek

A vizsgálat anonim módon zajlott, a résztvevők online (közösségi oldalakon megosztva, illetve egyetemi levelezőrendszerekben terjesztve) vagy papír alapon töltötték ki a kérdőívet.

A vizsgálat résztvevői

A vizsgálat folyamán felmért személyek nem sportszakos, egyetemi hallgatók voltak, összesen (ÖSSZ) 439 fő töltötte ki értékelhetően a kérdőívet, átlagéletkoruk $21,47 \pm 2,89$ év.

A nemek és a rendszeresen sportolók arányát az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat:

A kutatás résztvevőinek aránya

		fő	%	
ÖSSZ	ÖSSZ	439	100	
	FÉRFI	166	37,81	
	NŐ	273	62,19	
Rendszeresen sportolók	ÖSSZ	263	59,90	
	FÉRFI	108	65,06	41,06
	NŐ	155	56,78	58,94
Nem sportolók	ÖSSZ	176	40,91	
	FÉRFI	58	34,94	32,95
	NŐ	118	43,22	67,05

29 fő (15 férfi és 14 nő) három hét időkülönbséggel újra kitöltötte a kérdőívet a teszt újrafelvételi megbízhatóságának vizsgálatához (teszt-reteszt). 69 hallgatónő testösszetétel vizsgálaton is részt vett.

Kérdőív

A zsírfóbia vizsgálatára két kérdéssort alkalmaztam. Az angol nyelvű eredeti verziók magyarra fordításakor az Ohrbach és munkatársai (2013) által meghatározott előírásokat követtem. A magyar változat kialakításának menete a következő volt: 1. Fordítás angolról magyarra két független fordító által; 2. A magyar verziók eltéréseinek összehasonlítása, egységesítése; 3. Visszafordítás az angol eredeti változatot nem ismerő fordító által; 4. A visszafordítás és a forrásdokumentum független felülvizsgálata; 5. Az egységesített fordítás ellenőrzése nyelvész által.

Az első kérdéssor a 14 tulajdonságra vonatkozó, ellentétpárokból álló rövidített Fat Phobia Scale (FPS) volt. Itt 1-től 5-ig pontozva osztályozták a válaszadók, hogy véleményük szerint az adott tulajdonság esetén az ellentétek közül melyik jellemzi az elhízott embereket. Az ellentétpárok közül 7 fordított pontozású. Ezzel a kérdéssorral összesen 70 pont volt elérhető (Bacon és mtsai, 2001).

A második kérdéssor az Antifat Attitude Test (AFAT) volt. Ebben elhízott emberekre vonatkozó 47 állítást kell 1-5 Likert-skálán értékelni (1-egyáltalán nem ért egyet, 5-teljesen egyetért). Az AFAT-ban 8 állítás fordított pontozású. Maximálisan 235 pont az elérhető. Az AFAT a következő 4 alskálára oszlik:

- Társadalmi/jellembeli lealacsonyítás (TJLA) – 15 állítás, max. 75pont;
- Fizikai/romantikus vonzerő hiánya (FRVH) – 10 állítás, max. 50 pont;
- Testsúlykontroll/Szégyen (TKSZ) – 9 állítás, max. 45 pont;
- További tételek (TOTE) – 13 állítás, max. 65 pont.

Kérdőívemben az FPS és az AFAT mellett rákérdeztem a válaszadó nemére, születési idejére és sportolásának rendszerességére ('Sportol-e rendszeresen, legalább hetente háromszor?'). Ezt követték még az alábbi, 1-5 Likert-skálával értékelhető, saját kérdések, melyek a zsírfóbia lehetséges korrelátumait vizsgálják:

1. Saját testét hogyan ítéli meg? (1-sovány, 5-kövér)
2. Soványság-kövérség szempontból mennyire elégedett a testével?
(1- semennyire, 5-maximálisan)
3. Mennyire fontos az Ön számára a fittség? (1-semennyire, 5-nagyon)

4. Mennyire fontos mások véleménye az Ön kinézetéről (soványságról, kövérségről)?
(1-semennyire, 5-nagyon)
5. Az Ön számára mennyire fontos tényező az Önt körülvevő személyek soványsága?
(1-semennyire, 5-nagyon)
6. Az Ön számára mennyire fontos tényező az Önt körülvevő személyek kövérsége?
(1-semennyire, 5-nagyon)
7. Szokott-e csúfolni, bántani egy másik embert a kinézetével (soványságával-kövérségével) kapcsolatban? (1-soha, 5-mindig)

Antropometria

A vizsgálat résztvevőinek testmagasságára a kérdőívben kérdeztem rá, a testösszetétel vizsgálatát (súly, BMI, testzsír%, izom%, nyugalmi anyagcsere) OMRON BF511 analízátorral végeztem.

Statisztikai elemzés

A kérdőívek megbízhatóságának (reliabilitás) vizsgálatát Cronbach-alfa meghatározással végeztem. A felmérés eredményei átlag $\pm$ szórás formában vannak feltüntetve. A vizsgálati csoportok átlageredményeit független mintás t-próba segítségével hasonlítottam össze. Az eredmények közötti korrelációs összefüggések vizsgálata és a teszt-reteszt felmérés eredményeinek összevetése Pearson-féle korrelációs együttható (r) meghatározásával történt. Szignifikancia küszöbértékek: *, # $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ és *** $p < 0,001$

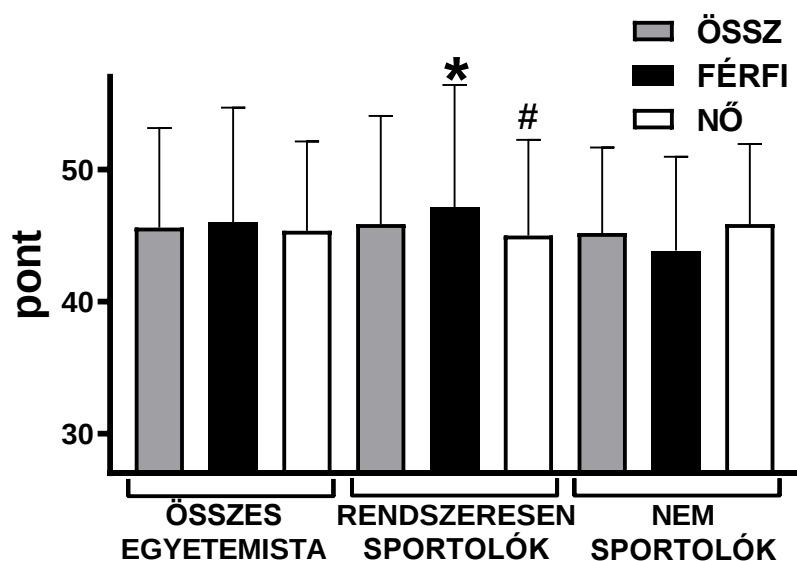
Eredmények

A két kérdéssor magyar változatainak megbízhatóságát illetően kijelenthető, hogy a teszt-reteszt reliabilitás az FPS esetében megfelelő ($r = 0,694^{***}$), az AFAT esetében kimondottan magas ($r = 0,912^{***}$), a kérdéssorok a tesztújrafelvételek alapján megbízhatóak.

A Cronbach-alfa értékek az FPS esetében jó (0,802), az AFAT esetében kiváló (0,954) belső konzisztenciát mutatnak. Az AFAT egyes alskáláinak magas Cronbach-alfa értékei (TJLA: 0,882; FRVH: 0,842; TKSZ: 0,828; TOTE: 0,871) is ilyen reliabilitásra utalnak.

Az FPS a teljes AFAT kérdéssorral és annak egyes alskáláival is pozitív korrelációs összefüggésben (r) áll (FPS – AFAT: 0,319***; FPS – AFAT-TJLA: 0,169***; FPS – AFAT-FRVH: 0,394***; FPS – AFAT-TKSZ: 0,356***; FPS – AFAT-TOTE: 0,265***).

Az 1. ábra szemlélteti az FPS átlagpontszámait a vizsgálati csoportokban.



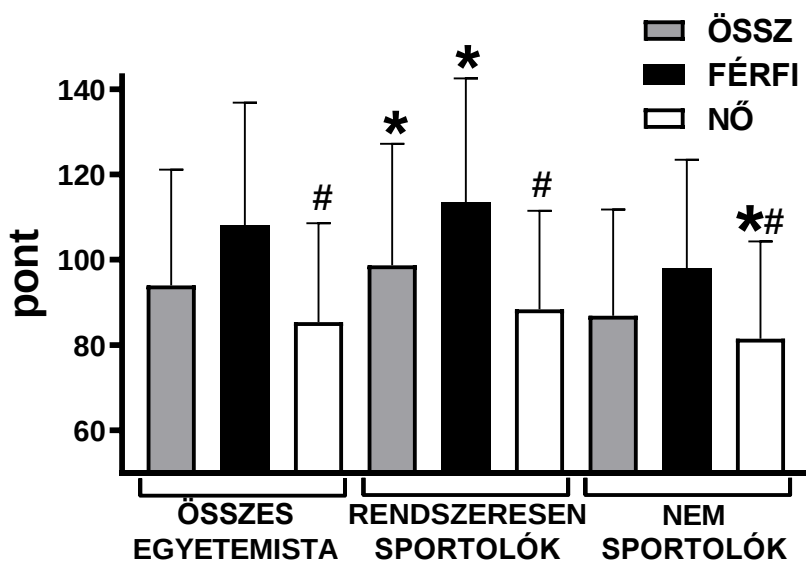
1. ábra: A Fat Phobia Scale átlagpontszámait

* $p < 0,05$: szignifikáns különbség a rendszeresen sportolók és a nem sportolók között;

$p < 0,05$: szignifikáns különbség a nemek között.

A rendszeresen sportoló férfi egyetemi hallgatók ($47,12 \pm 9,26^*$) szignifikánsan magasabb átlagpontszámot értek az FPS kérdéssorban, mint a nem sportoló férfiak ($43,86 \pm 7,09$), vagy a rendszeresen sportoló nők ($44,99 \pm 7,25^{\#}$).

A 2. ábra demonstrálja az AFAT kérdéssor átlagpontszámait a vizsgálati csoportokban.



2. ábra: Az Antifat Attitude Test átlagpontszámait

* $p < 0,05$: szignifikáns különbség a rendszeresen sportolók és a nem sportolók között;

$p < 0,05$: szignifikáns különbség a nemek között.

Az AFAT kérdéssorban a nők jelentősen alacsonyabb átlagpontoszámokat értek el, mint a férfi egyetemi hallgatók. Ez igaz a rendszeresen sportolókra (férfi: $113,42 \pm 29,12^*$; nő: $88,35 \pm 23,13^{\#}$), a nem sportolókra (férfi: $97,83 \pm 25,57$; nő: $81,47 \pm 22,78^{\#*}$), illetve az összes egyetemistára is (férfi: $107,97 \pm 28,83$; nő: $85,38 \pm 23,19^{\#}$). A rendszeresen sportolók átlagpontoszámai az összes egyetemista ($98,64 \pm 28,52^*$; nem sportoló: $86,86 \pm 24,88$), illetve mindkét nem esetében is számottevően magasabbak voltak, mint a nem sportoló egyetemistáké.

Az AFAT egyes alskáláinak átlagpontoszámait foglalja össze a 2. táblázat.

A férfi egyetemi hallgatók az AFAT összes alskálájában, minden vizsgálati csoportban szignifikánsan magasabb átlagpontoszámot értek el, mint a női hallgatótársaik. A rendszeresen sportoló férfiak átlagpontoszáma szintén minden alskálában jelentősen magasabb volt, mint a nem sportoló férfiaké. Az egyetemi hallgatónők esetében az AFAT TJLA és a TKSZ alskáláiban volt számottevően magasabb a rendszeresen sportolók átlagpontoszáma a nem sportolókhöz viszonyítva.

2. táblázat: Az Antifat Attitude Test alskáláinak átlagpontoszámai

		AFAT - TJLA	AFAT - FRVH	AFAT - TKSZ	AFAT - TOTE
ÖSSZ	ÖSSZ	$23,50 \pm 8,44$	$24,26 \pm 7,20$	$22,49 \pm 6,50$	$23,67 \pm 8,58$
	FÉRFI	$26,66 \pm 9,71^{\#}$	$27,61 \pm 7,16^{\#}$	$25,43 \pm 6,51^{\#}$	$28,27 \pm 9,09^{\#}$
	NŐ	$21,58 \pm 6,91$	$22,23 \pm 6,43$	$20,70 \pm 5,81$	$20,87 \pm 6,89$
Rendszeresen sportolók	ÖSSZ	$24,59 \pm 8,79^*$	$25,48 \pm 7,53^*$	$23,57 \pm 6,52^*$	$24,81 \pm 8,80^*$
	FÉRFI	$27,80 \pm 10,19^{\#*}$	$29,25 \pm 7,15^{\#*}$	$26,82 \pm 6,42^{\#*}$	$29,55 \pm 9,25^{\#*}$
	NŐ	$22,36 \pm 6,86^*$	$22,86 \pm 6,64$	$21,61 \pm 5,70^*$	$21,52 \pm 6,77$
Nem sportolók	ÖSSZ	$21,87 \pm 7,62$	$22,44 \pm 6,26$	$20,60 \pm 6,01$	$21,96 \pm 7,94$
	FÉRFI	$24,55 \pm 8,42^{\#*}$	$24,55 \pm 6,15^{\#}$	$22,83 \pm 5,90^{\#}$	$25,90 \pm 8,37^{\#}$
	NŐ	$20,55 \pm 6,86$	$21,40 \pm 6,07$	$19,50 \pm 5,77$	$20,03 \pm 6,99$

* $p < 0,05$: szignifikáns különbség a rendszeresen sportolók és a nem sportolók között;

$\#p < 0,05$: szignifikáns különbség a nemek között.

AFAT: Antifat Attitude Test,

FRVH: Fizikai/romantikus vonzerő hiánya,

TJLA: Társadalmi/jellembeli lealacsonyítás,

TKSZ: Testsúlykontroll/Szégyen,

TOTE: További tételek

A 3. táblázat ismerteti, hogy a zsírfóbia néhány lehetséges korrelátuma hogyan függ össze az az FPS-sel, illetve az AFAT-tal és annak alskáláival.

3. táblázat: A Fat Phobia Scale, valamint az Antifat Attitudes Test és alskáláinak korrelátumai (Pearson 'r')

	FPS	AFAT	AFAT - TJLA	AFAT - FRVH	AFAT - TKSZ	AFAT - TOTE
Saját testét hogyan ítéli meg? (1-sovány, 5-kövér)	-0,056	-0,066	-0,023	* -0,099	-0,069	-0,057
Soványság-kövértség szempontból mennyire elégedett a testével? (1- semennyire, 5-maximálisan)	0,056	0,014	-0,005	0,030	0,032	0,000
Mennyire fontos az Ön számára a fittség? (1-semennyire, 5-nagyon)	0,030	*** 0,204	** 0,129	*** 0,238	*** 0,248	** 0,143
Mennyire fontos mások véleménye az Ön kinézetéről (soványságról, kövérsegről)? (1-semennyire, 5-nagyon)	0,020	0,046	0,031	0,046	0,055	0,037
Az Ön számára mennyire fontos tényező az Önt körülvevő személyek soványsága? (1-semennyire, 5-nagyon)	*** 0,146	*** 0,404	*** 0,358	*** 0,400	*** 0,285	*** 0,402
Az Ön számára mennyire fontos tényező az Önt körülvevő személyek kövérsege? (1-semennyire, 5-nagyon)	*** 0,193	*** 0,480	*** 0,421	*** 0,493	*** 0,323	*** 0,478
Szokott-e csúfolni, bántani egy másik embert a kinézetével (soványságával-kövérségével) kapcsolatban? (1-soha, 5-mindig)	0,068	*** 0,466	*** 0,453	*** 0,377	*** 0,312	*** 0,505

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ és *** $p < 0,001$

AFAT: Antifat Attitudes Test,

FPS: Fat Phobia Scale,

FRVH: Fizikai/romantikus vonzerő hiánya,

TJLA: Társadalmi/jellembeli lealacsonyítás,

TKSZ: Testsúlykontroll/Szégyen,

TOTE: További tételek

Az AFAT FRVH alskálája negatív kapcsolatban áll azzal, hogy a válaszadók soványság-kövértség szempontjából hogyan ítélik meg a saját testüket. Az FPS, az AFAT és annak többi alskálája viszont nem korrelál a saját testről alkotott véleménynel. Egyik kérdéssor vagy alskála sem mutat összefüggést a saját testtel való elégedettséggel. Az AFAT összes alskálájának pontszáma egyenes arányban áll a résztvevők véleményével a fittség fontosságáról. Az FPS nem mutat hasonló összefüggést. Egyik kérdéssor vagy alskála sem

korrelál azzal, hogy a válaszadók szerint mennyire fontos a mások véleménye a kinézetükről, soványságukról, vagy kövérségükről. Mindkét kérdéssor és az AFAT összes alskálája erős pozitív kapcsolatban áll a résztvevők véleményével arról, hogy mennyire fontos tényező az őket körülvevő személyek soványsága vagy elhízottsága. Az AFAT és alskálái szoros összefüggésben állnak azzal, hogy a válaszadók milyen gyakran szokott csúfolni, bántani egy másik embert a kinézetével (soványságával-kövérségével) kapcsolatban. Az FPS hasonló korrelációt nem mutat.

A 4. táblázat foglalja össze, az FPS, illetve az AFAT és alskálái, valamint a résztvevők testmagasságának és testösszetételi adatainak korrelációs együtthatóit.

4. táblázat: A Fat Phobia Scale, valamint az Antifat Attitudes Test és alskáláinak összefüggései a testmagassággal és a testösszetétellel (Pearson 'r')

	FPS	AFAT	AFAT - TJLA	AFAT - FRVH	AFAT - TKSZ	AFAT - TOTE
Testmagasság (439 fő)	0,068	*** 0,274	*** 0,195	*** 0,267	*** 0,237	*** 0,291
Testsúly (69 hallgatónő)	* -0,271	0,027	0,028	-0,043	0,093	0,020
BMI (69 hallgatónő)	-0,016	0,143	0,205	0,042	0,091	0,187
Testzsír% (69 hallgatónő)	-0,185	-0,120	0,007	-0,199	-0,092	-0,137
Izom% (69 hallgatónő)	0,005	0,116	0,001	0,148	0,151	0,107
Nyugalmi anyagcsere (69 hallgatónő)	* -0,263	0,104	0,050	0,060	0,151	0,112

* $p \leq 0,05$ és *** $p < 0,001$

AFAT: Antifat Attitudes Test,

BMI: Testtömeg-index

FPS: Fat Phobia Scale,

FRVH: Fizikai/romantikus vonzerő hiánya,

TJLA: Társadalmi/jellembeli lealacsonyítás,

TKSZ: Testsúlykontroll/Szégyen,

TOTE: További tételek

A teljes vizsgálati minta testmagassága erős pozitív kapcsolatban áll az AFAT-tal és annak összes alskálájával, viszont az FPS-sel nem mutat hasonló korrelációt. A 69 egyetemi hallgatónőn végzett testösszetétel-vizsgálat eredményei és az AFAT, valamint annak alskálái között nem mutatható ki korrelációs kapcsolat. Az FPS fordított arányban áll a hallgatónők testsúlyával és nyugalmi anyagcseréjével. A BMI-jük, a zsír- és izom%-uk nem függ össze az FPS eredményeivel.

Megbeszélés

Kutatásom elsődleges célja az obezitás negatív diszkriminációjára való hajlam feltérképezésére szolgáló kérdéssorok magyar nyelvű változatainak elkészítése és megbízhatóságuk tesztelése volt. A rendelkezésre álló sokféle, validált, idegen nyelvű kérőív (Lacroix és mtsai, 2017) közül kettő került kiválasztásra. A választási szempont az volt, hogy az egyik legyen egyszerűbb, rövidebb, akár fiatalabb életkorban is használható és minél szélesebb körben érthető. Ez volt az FPS rövidített változata (Bacon és mtsai, 2001), ami egy korábbi, 50 kérdéses verzióból született (Robinson, Bacon és O'Reilly, 1993). A másik kérdéssor, az AFAT (Lewis és mtsai, 1997) kiválasztása az alapján történt, hogy az részletesebb, több dimenzióban vizsgálja a zsírfóbiát. Bár az FPS eredményeim pozitív kapcsolatban állnak az AFAT és alszálláinak pontszámaival, a két kérdéssor szerkezeti eltérései indokolhatják a kutatás során kapott eltérő eredményeket.

A kérdéssorok tesztelése során nem sportszakos egyetemi hallgatókat vizsgáltunk. Az AFAT és az FPS magas Cronbach-alfa értékei alapján jó belső konzisztenciájú, erős reliabilitást mutató magyar verziókat sikerült létrehozni. A két kérdéssor teszt-reteszt reliabilitásának ellenőrzéséhez 3 hetes időkülönbséggel kétszer töltötték ki a kérdéssorokat ugyanazok a válaszadók. Az AFAT és az FPS esetében is nagyfokú a Pearson-korreláció, erős a teszt újrafelvételi megbízhatóság. Ebből is a kérdéssorok magyar fordításának alkalmazhatóságára utaló, megfelelő belső konzisztenciára következtethetünk.

Az egyetemisták vizsgálata alapján megállapítható, hogy a férfiak hajlamosabbak a zsírfóbiára, mint a nők. Ezek az eredmények egybevágóak a releváns nemzetközi szakirodalmi adatokkal (Lewis és mtsai, 1997; Alvarenga és mtsai, 2022), és H1 hipotézisemet is megerősítik. Eredményeim szerint a rendszeresen sportoló egyetemi hallgatók előítéletesebbek az elhízottakkal kapcsolatban, mint az inaktívak. Ez H2 feltételezésem helytállóságát igazolja, és összefügg azzal a ténnyel, hogy a zsírfóbia pozitívan korrelál az egészségre és a fittségre irányuló erőfeszítésekkel (Lewis és mtsai, 1997). Ugyanis az egészség és a fittség egyik alappillére a rendszeres fizikai aktivitás. Ehhez kapcsolódik azok az AFAT-hoz köthető kutatási eredményem is, hogy akinek fontos a fittség, az hajlamosabb az obezitás megelégedésére. A zsírfóbia korábban említett nemi különbségei és a fizikai aktivitás alapján detektált differenciák hangsúlyosabban jelentkeznek az AFAT és alszállái esetében. Ez arra utal, hogy az FPS kevésbé érzékeny eszköz. Eredményeim azt mutatják, hogy a zsírfóbiára való hajlam nem függ össze a saját testtel való elégedettséggel, illetve azzal, hogy mennyire fontos mások véleménye a válaszadó kinézetéről, soványságáról, kövérségről. A saját test soványság-elhízottság szempontjából történő megítélése csak az

AFAT FRVH alszkalájával mutat negatív összefüggést. Minél elhízottabbnak érzi magát valaki, annál kevésbé jellemző rá az elhízottak fizikai/romantikus vonzerejének elítélése. Kézenfekvőnek tekinthetők azok az eredményeim, miszerint minél fontosabb tényező valaki számára az őt körülvevő személyek soványsága vagy elhízottsága, annál hajlamosabb az obezitás negatív diszkriminációjára. Válaszaik alapján a kutatás résztvevői őszintének mondhatóak, hiszen a zsírfóbiára való hajlamuk egyenes arányban áll azzal, hogy önbevallás alapján milyen gyakran szoktak csúfolni, bántani egy másik embert a kinézetével, soványságával-kövérségével kapcsolatban.

Az AFAT és összes alszkalája is azt mutatja, hogy minél nagyobb valakinek a testmagassága, annál erősebb benne az obezitás megőlyegzésére való hajlam. Ez alapján a H3 hipotézisem igaznak bizonyult.

Testösszetétel-vizsgálaton 69 hallgatónő vett részt. Testsúlyuk nem korrelált az AFAT és alszkaláink pontszámával, ami egyezik több kutató (Allison, Bade és Yaker, 1991; Crandall és Biernat, 1990) eredményeivel, viszont az FPS azt jelzi, hogy a kisebb testsúly a zsírfóbia hajlamosító tényezője lehet. Az ellenmondás lehetséges magyarázata ismét a kérdéssorok eltérő szerkezete. Bár Hayran és munkatársai (2013), akik ugyan szintén FPS-t használtak, de nem korrelációt vizsgáltak, hanem súlycsoportok közötti t-teszteket végeztek, arra a következtetésre jutottak, hogy az előítéletesség nagyobb mértékű a sovány csoportban az elhízottakhoz viszonyítva. Kutatásomban az egyetemi hallgatónők körében egyik kérdéssor sem korrelált a BMI-vel, ami ellentmond Scott és Rosen (2015) eredményeinek, miszerint az alacsonyabb BMI erőteljesebb zsírfóbiát jelez. Az említett szerzők viszont másfajta kérdéssorral vizsgálták az obezitás diszkriminációját. Ráadásul a BMI önmagában nem is igazán értelmezhető, mert nem tudjuk, hogy milyen testösszetétel adja valakinek a teljes testsúlyát. Jelen vizsgálatomban történt zsír- és izom% mérés is, de egyik sem mutatott korrelációs kapcsolatot a zsírfóbiával. A vizsgált hölgyek nyugalmi anyagcseréje az AFAT és alszkalái szerint nem függ össze az obezitással szembeni előítéletességükkel, viszont az FPS alapján az alacsonyabb nyugalmi anyagcsere erősebb zsírfóbiára való hajlammal jár. Ha arra gondolunk, hogy az elhízott, kisebb izom%-ú, keveset mozgó embereknek alacsonyabb a nyugalmi anyagcseréje, akkor ez ellentmond annak, hogy a nagyobb testsúlyúak kevésbé zsírfóbiások (Hayran és munkatársai, 2013). Ennek az ellenmondásnak a feloldásához a jövőben szükséges lenne megvizsgálni, hogy miért magas valamelyik résztvevő testsúlya, BMI-je, nyugalmi anyagcseréje. A nagyobb izomtömeg miatt? Vagy valóban elhízott és a nyugalmi anyagcseréje esetleg az egészségi állapota miatt magasabb?

A testsúlyra és a nyugalmi anyagcserére vonatkozó FPS eredményeim is a H3 feltételezésem helytállóságát látszanak igazolni. De összességében a testösszetétel-mérésekkel kapcsolatos eredményeim egybevágnak Harris, és munkatársai (1991) véleményével, miszerint az elhízott személyekkel kapcsolatos általános sztereotípiák nem függnek a saját elhízottsági foktól.

A kutatásom eredményeinek értékelésekor számos limitáló tényező merül fel. Befolyásolhatja az eredményeket, hogy a rendszeresen sportoló résztvevők mióta, milyen gyakorisággal, milyen szinten, milyen sportágat űznek. Nem ismert a válaszadók szociális háttere sem. A testösszetétel vizsgálatában csak női hallgatók vettek részt és kisebb számban. A jövőben érdemes lenne bővíteni az elemszámot és a férfiakat is bevonni.

A két kérdéssor további sorsát tekintve a teljes hazai adaptálásukhoz elengedhetetlen a jövőben a feltáró és megerősítő faktoranalízis végrehajtása.

Perspektivikusnak tűnik továbbá más, fiatalabb korosztályokat is vizsgálni, bár kérdéseinek tartalma miatt az AFAT egy bizonyos életkor alatt nem használható. A sportszakos egyetemi hallgatók felmérése is hasznos lenne, hiszen a szakirodalmi adatok szerint az ő közeükben is jelen van a bullying, az elhízottság megbélyegzése (Chambliss, Finley és Blair, 2004; Langdon, Rukavina és Greenleaf, 2016). Sőt, a források alapján (Flores Aguilar és mtsai, 2021; Winter és mtsai, 2023) sportolói közegekben sem ártana elvégezni hasonló vizsgálatokat, és akkor talán hosszútávon elkerülhető lenne, hogy egy elhízott személy a megaláztatások miatt távol tartsa magát a rendszeres fizikai aktivitástól (Thedinga, Zehl és Thiel, 2021).

Összefoglalás

A világon egyre jobban terjedő obezitás negatív megítélésének feltérképezésére szolgáló kérdőívek (FPS, AFAT) fordítása és tesztelése sikeresnek mondható. Jó belső konzisztenciájú, erős reliabilitást mutató magyar verziókat sikerült létrehozni. Az egyetemisták vizsgálata alapján megállapítható, hogy a férfiak hajlamosabbak a kövérekkel szembeni diszkriminációra, mint a nők, továbbá a rendszeresen sportolók előítéletesebbek, mint az inaktívak. Pozitív korrelációs összefüggést detektáltam a testmagasság és az AFAT eredményei között. Az AFAT FRVH alskálája alapján az elhízottak diszkriminációjára való hajlamot negatívan befolyásolja a saját test megítélése, míg az teljes AFAT pozitívan korrelál a fittség fontosságával. Az AFAT és az FPS eredményei is egyenes arányban állnak azzal, hogy a válaszadók mennyire tartják fontosnak mások soványságát vagy kövérségét. Az AFAT és az FPS közötti pozitív korreláció szignifikáns. A BMI, a testzsír%, és az izom% nem

mutatott összefüggést az AFAT és FPS kérdéssorokkal, viszont a testsúly, valamint az nyugalmi anyagcsere negatívan korrelált az FPS-sel.

Az eredmények nagyrészt egybevágóak a nemzetközi szakirodalmi adatokkal, és arra utalnak, hogy az AFAT és az FPS további felhasználásra alkalmasak, szerepet játszhatnak az előítéletek és a bullying megelőzésében, felismerésében, kezelésében.

Irodalomjegyzék

- Allison DB, Bade VC, Yunker HE. (1991): The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disord.* 10:599-607.
- Alvarenga MDS, Obara AA, Takeda GA, Ferreira-Vivolo SRG. (2022): Anti-fat attitudes of nutrition undergraduates in Brazil toward individuals with obesity. *Cien Saude Colet.* 27(2):747-60.
- Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE (2001): Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes.* 25(2):252-7.
- Bessesen HD. (2007): Assessment of the obese patient. In: Kushner FR; Bessesen HD. (szerk.): *Treatment of the obese patient.* HumanaTotowa, NJ, pp 195-218.
- Bray AG. (2004): Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrin Metab.* 89(6): 2583-9.
- Cash TF. (1990): The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In: Cash TF, Pmzinsky T, (szerk.): *Body Images: Development, deviance, and change.* Guilford, NY; pp. 51-79.
- Cassiano GS, Carvalho-Ferreira JP, Buckland N, da Cunha DT. (2021): Do registered dietitians, nutrition students, and laypeople perceive individuals with obesity differently? *Int J Environ Res Public Health.* 18(17): 8925.
- Chambliss HO, Finley CE, Blair SN. (2004): Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc.* 36(3): 468-74.
- Crandall CS. (1995): Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Pers Soc Psychol Bull.* 21: 724-35.
- Crandall CS, Biernat M. (1990): The ideology of anti-fat attitudes. *J Appl Soc Psychol.* 20:227-43.
- Fabrey WJ. (1994): The media and the movement: The challenge for size acceptance. *Nat Assoc Adv Fat Accept Newslett.* 24(4): 7.

- Flores Aguilar G, Prat Grau M, Vall-Llovera CV, Sisó XR (2021): 'I was always made fun of for being fat': first-hand accounts of bullying in children's football. *Phys Educ Sport Pedagogy*. 26(6): 549-61.
- Goldfield A, Chrisler JC. (1995): Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Percept Mot Skills*. 81:909-10.
- Harris MB, Walters LC, Waschull S. (1991): Gender and ethnic differences in obesity-related behaviors and attitudes in a college sample. *J Appl Soc Psychol*. 21:1545-66.
- Hayran O, Akan H, Özkan AD, Kocaoglu B. (2013): Fat phobia of university students: attitudes toward obesity. *J Allied Health*. 42()3: 147-50.
- Henriksen PW, Rayce SB, Melkevik O, Due P, Holstein BE. (2015): Social background, bullying, and physical inactivity: National study of 11- to 15-year-olds. *Scan J Med Sci Sports*. 10:1249-55.
- Jasper CR, Klassen ML. (1990): Stereotypical beliefs about appearance: implications for retailing and consumer issues. *Percept Mot Skills*. 71: 519-28.
- Kadoun HC, Acosta A. (2017): Current paradigms in the etiology of obesity. *Tech Gastrointest En*. 19(1): 2-11.
- Lacroix E, Alberga A, Russell-Mathew S, McLaren L, von Ranson K (2017): Weight Bias: A systematic review of characteristics and psychometric properties of self-report questionnaires. *Obes Facts*. 10:223-37.
- Langdon J, Rukavina P, Greenleaf C. (2016): Predictors of obesity bias among exercise science students. *Adv Physiol Educ*. 40(2):157-64.
- Lee A, Cardel M, Donahoo TW. (2019): Social and environmental factors influencing obesity. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR és mtsai (szerk.): *Endotext*. MDText.com, Inc, South Dartmouth, MA:
- Lewis RJ, Cash TF, Jacobi L, Bubb-Lewis C. (1997): Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. *Obes Res*. 5:297-307.
- Müller R. (2013): Psychological consequences of obesity. *Ther Umsch, Rev ther*. 70 (2):87-91
- Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski M. (2013): *Guidelines for establishing cultural equivalency of instruments*. University at Buffalo, NY.
- Pagan JA, Davila A. (1997): Obesity, occupational attainment, and earnings. *Soc Sci Q*. 78:757-70.
- Pepler D, Craig W. (2000): *Making a difference in bullying*. LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, Toronto, Canada

- Popovich PM, Everton WJ, Campbell KL, Godinho RM, Kramer KM, Mangan MR. (1997): Criteria used to judge obese persons in the workplace. *Percept Mot Skills*. 85: 859-66.
- Robinson BE, Bacon JG, O'Reilly J.(1993): Fat phobia: measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *Int J Eat Disord*. 14: 467-80.
- Scott SR, Rosen LH. (2015): Predicting anti-fat attitudes: individual differences based on actual and perceived body size, weight importance, entity mindset, and ethnicity. *Eat Weight Disord*. 20(2):179-86.
- Sitton S, Blanchard S. (1995): Men's preferences in romantic partners: obesity vs addiction. *Psychol Rep*. 77: 1185-6.
- Sobal J. (2001): Social and cultural influences on obesity. In: Björntorp P. (szerk.): *International Textbook of Obesity*. Wiley, NJ, pp. 305-322.
- Sobal J, Nicolopoulos V, Lee J. (1995): Attitudes about overweight and dating among secondary school students. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 19: 376 – 381
- Stevelos J. (2011): *Bullying, bullycide and childhood obesity*. <http://www.obesityaction.org/magazine/ywm22/bullying.php>. (Elérve: 2024.11.22.)
- Szabó M, Rucska A (2017): A túlsúllyal küzdő általános iskolai gyerekek zaklatásának jelensége. *Egészségtudományi Közlemények*, 7(2): 44-51.
- Tabby Projekt (2011): *Online bullying: Kézikönyv pedagógusoknak*. http://tabby-hun.weebly.com/uploads/5/2/6/3/52638417/booklet_hun.pdf (Elérve: 2024.11.21.)
- Thedinga HK, Zehl R, Thiel A. (2021): Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC Public Health*. 21(1): 565.
- Tirthani E, Said MS, Rehman A. (2023): *Genetics and Obesity*. StatPearls, Treasure Island, FL
- Túry F., Gyányi A. (2007): "Testzsírfóbia", a modern evészavarok egyike: a testépítő típusú evészavar. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8: 203-10.
- Várnai D, Zsíros E. (2016). Kortársbántalmazás és verekedés. In Németh Á, Költő A. (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, pp. 95-107.
- Várnai D, Zsíros E, Németh Á. (2016): A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma. *Egészségfejlesztés*, 4:12-24.
- Weir CB, Jan A. (2023): *BMI classification percentile and cut off points*. StatPearls, Treasure Island, FL
- Wiederman MW, Hurst SR. (1998): Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: relationships to sexual experience and sexual esteem. *J Sex Res*. 35: 272-81.

- Winter EL , Bellara AP, Bray MA , Puhl RM , Kaufman AS , Trudel SM, La Salle-Finley T. (2023): Fat phobia among youth sport coaches. *J Sport Soc Issues*. 47(5): 413-32.
- Yuker HE, Allison DB, Faith MS. (1995): Methods for measuring attitudes and beliefs about obese people. In: Allison DB (szerk.): *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 81-118.

LEZÁRÁS DÁTUMA: 2025. január. 5.