

TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI DOLGOZAT

TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI DOLGOZAT

**Az evési viselkedés és a stresszmegküzdés
mint egészségmagatartási faktorok prevalencia vizsgálata a szocioökonómiai státusz
tükrében**

Fókuszban a magyar és a ghánai felsőoktatási hallgatók

Asiama Evelyn

Apor Vilmos Katolikus Főiskola

Mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő szak

Témavezető: Svraka Bernadett

2024

Tartalomjegyzék

I.	Bevezetés.....	5
II.	Szakirodalmi áttekintés	7
	Az egészség szociális befolyásoló tényezői (SDOH).....	7
	A lakhatás szerepe mint szociális meghatározó.....	8
	Az egészségi állapot egyenlőtlenségeiről általánosan	9
	Társadalmi-gazdasági egyenlőtlenség az egészségmutatók mögött.....	9
	A társadalmi mobilitás szerepe az egészségyenlőtlenségben	11
	Az addikciók egészségi állapotra kifejtett szociális hatásai	11
	Az evés jelentése – a multikulturalizmus a konyhában.....	13
	Az infláció hatása a magyar táplálkozási szokásokra.....	14
	Az egészséges táplálkozás másképp – az evés jelentősége Ghánában.....	14
	A torzítások veszélye az életmóddal foglalkozó empirikus kutatások értelmezésében.....	15
	Az evési viselkedés komplex jelentősége.....	16
	Az Intuitív Evés (IE) koncepciója és szerepe	16
	Az Intuitív Evés vizsgálata, felépítése.....	18
	A stresszmegküzdés szerepe az egyén egészségi állapotában	18
	A stresszel szembeni megküzdésről	19
	Az Észlelt Stressz Kérdőíve (PSS-14).....	19
III.	Célkitűzések, hipotézisek.....	20
IV.	Módszerek	21
	Adatgyűjtési módszerek és eszközök	21
	Intuitív Evés Skálája-2.....	21
	Észlelt Stressz Kérdőív.....	21
	SES-kérdőív	21
	Statisztikai elemzés.....	21
V.	Eredmények.....	22
	Magyar hallgatók eredményei	22
	Ghánai hallgatók eredményei	25
VI.	Összegzés	28

ABSZTRAKT

Bevezetés: Napjainkban bár közkedvelt téma az egészséges életmód, mégis ennek megítélése némiképp különbözik a társadalomtudományok területén, mint általában az egészségtudományokban. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei sokszor háttérben maradnak – így például az iskolázottság, a lakhatás, a pénzügyi státusz szerepe –, pedig e tényezők ismerete érthetőbbé teszi, miért eszköztelen sokszor az egyén a pozitív viselkedésváltozásban. Ennek okán kutattam az evési viselkedést és a stresszmegküzdés mértékét, ill. ezek társadalmi-gazdasági háttérét, hogy a sokszor tévesen egyéni felelősségre terhelt faktorokat is jobban górcső alá tudjuk venni.

Módszer: Adatfelvételünk online kérdőíves formában történt, magyar és ghánai felsőoktatási hallgatók önkéntes részvételével. A vizsgálat etikai engedéllyel rendelkezik. Az evési magatartást az Intuitív Evés Skálájának (IES-2) magyar és amerikai validált változataival, a stresszmegküzdést az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS14) szintén angol és magyar nyelvű verzióival, a társadalmi-gazdasági háttérre pedig saját összeállítású kérdéssor segítségével vizsgáltam. A statisztikai elemzéseket az IBM Statistics SPSS 26 szoftver alkalmazásával végeztük.

Eredmények: A kérdőíveket $n=210$ magyar és $n=42$ ghánai felsőoktatási hallgató töltötte ki. A magyar felsőoktatásban tanuló hallgatóknál szignifikáns összefüggés igazolódott az anyai iskolai végzettsége és a saját pénzügyi státusz között, a lakhatás és a stresszmegküzdés mértéke között nem volt együttjárás. Az evésen túli megküzdési módokra való képesség a stresszkezeléssel szignifikáns összefüggést mutatott. A ghánai hallgatóknál nem figyelhető meg az anyai végzettség és a saját pénzügyi helyzet függőségi viszonya. A stresszmegküzdés és az evési kényszer megjelenése között közepes erősségű szignifikancia igazolódott.

Következtetések: Az evési magatartás és a maladaptív megküzdések kutatását érdemes rendszeresen kiegészíteni a szocioökonómiai státusz vizsgálatával, mellyel kiküszöbölhetők az egészségtudományi empirikus kutatások gyakori okási torzításai. Célszerű a jövő egészségnevelésében is olyan komplex, multidiszciplináris edukációt kialakítani, amely az egyén és a közösség cselekvőképességét lehetőségeikhez mértén képes fokozni.

I. BEVEZETÉS

Az egészséges életmód kizárólag az egyén akaraterején múló viselkedés. Ezt vannak, akik másképp értelmezik.

Napjaink egyik legnépszerűbb beszéd- és kutatási témája az egészségtudatosság, az egészséges életmód. Viszont, hogy mit is foglal magába valójában ez a szóösszetétel, az már erősen kontextusfüggő. A társadalomtudományban alkalmazott értelmezés szerint az életmód „a mindennapi tevékenységek rendszere, vagyis, hogy a társadalom tagjai mindennapi életük során milyen tevékenységeket végeznek.” (Andorka, 2006)

Manapság egyre nagyobb figyelmet kap az életmód hatása az egyén egészségi állapotára vonatkoztatva, melynek következményeképp jelentek meg új tudományterületek, mint például az életmódorvostan, vagy akár az életmód-szociológia.

Egyre növekszik azon tudományos vizsgálatok száma, amelyek csupán medikális aspektusból olyan egészség-magatartási tényezőket alkalmaznak az egészség mérőszámaként, mint például a testsúly, a táplálkozás (mint elfogyasztott energiamennyiség és tápanyagtartalom), a testedzési szokások (időtartam, intenzitás, rendszeresség).

Amartya Sen szerint az egészségi állapot alakulása egy ország szocioökonómiai és politikai komplex „eredmény indikátoraként” is jellemezhető (Kollányi, 2016). Bár régóta feltárt, mégsem közismert, hogy az egészségi állapot alakulása mögött az egészségi egyenlőtlenségek is mélyen meghúzódnak. Így felmerül a kérdés: miért esik kevésbé szó az olyan társadalmi-gazdasági aspektusokról, mint a képzettség vagy a lakhatás, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés? Ha pedig evés és ivás: az ételminőség-biztonság, a magasabb tápértékű ételekhez való beszerzés lehetősége, a „világelső” alkoholbeteg ország hátterének kutatása?

Az egészség-egyenlőtlenség jelensége foglalkozik ezzel a problémakörrel, azonban rögtön felmerül az újabb kérdés: mennyire tehető felelőssé bárki egyéni szinten a saját egészségmutatóinak alakításáért? Mekkora szerepet játszanak azon társadalmi-gazdasági tényezők, melyeken a személy döntéshozatala és az általa befolyásolható viselkedések sorozata alapszik?

Ezek megválaszolására sajnos kevésbé kondicionál a jelen egészségnevelés.

Bár az evési viselkedés egy létfenntartó tevékenység, mellette antropológiai, szociokulturális, valamint pszichológiai meghatározottsága is jelentős. Dietetikusként is azt gondolom, hiba az egészségi állapot vizsgálatakor pusztán az elfogyasztott energiatartalom és tápérték számszerűsítésével jellemezni ezt a multifaktorális háttérrel rendelkező magatartásformát.

A mentális egészségről szólni a magyar társadalmi megítélés tekintetében továbbra is erősen stigmatizáltnak számít. Pedig az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója alapján is a biológiai mellett a pszichés és szociális dimenzió is megnevezésre került. Azonban a mentálhigiénés problémák nehezen feltárhatók, és kezelésük is nehezebb lehet, mint például a laboratóriumi biomarkerekkel vagy a képalkotói vizsgálatokkal alátámasztott fizikai egészségromlás. Annak ellenére, hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság DSM-5 diagnosztikai és statisztikai kézikönyve révén ezen pszichés kórképek diagnosztikai besorolása is elérhető.

A krónikus stressz számos pszichoszomatikus állapot hátterében ismert rizikófaktornak minősül. Ezen rizikófaktor pedig maga után von megannyi stresszmegküzdési stratégiát, melyek adaptívak és maladaptívak egyaránt lehetnek. Utóbbiakra egyik legszomorúbb bizonyíték „egymillió alkoholfüggő országában” a szeszfogyasztás kultúrája.

Kíváncsi voltam arra, hogy felsőoktatási hallgatók körében eltérő-e a felnőttek esetében mért egészségmagatartást feltáró eredmények.

Az egészségmutatók Európán túl is fontos indikátorok a társadalom egészségnevelése szempontjából. Ghánai származásom révén a kutatást egyrészt magyar, másrészt ghánai felsőoktatási hallgatók körében végeztem.

Kutatásomban a fentiek értelmében az evési viselkedést vizsgálom, valamint az észlelt stresszel való megküzdést, mindezeket a társadalmi-gazdasági háttér tükrében.

II. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az életmód definíciója megannyi dimenzió szerint értelmezhető. Már a 1970-es évek végén, Prof. Dr. Gábrity Molnár Irén szociológus aszerint írja körül az életmód fogalmát, miszerint a személy az anyagi javak (tőkék) elérése révén *hogyan* él a rendelkezésre álló javakkal, így tehát *hogyan* dolgozik, lakik, művelődik. Véleménye szerint a *fogyasztói társadalom* emeli ki ennek jelentőségét, ugyanis meggyőződésük szerint az adott életmód kialakítására csupán az adott anyagi tényezők vannak hatással (Molnár, 1977).

Az egészségi állapotot – így ennek kivitelezését – számos tényező befolyásolja. Bár az egyén mentálhigiénés állapotát tekintve főleg az egyéni jellemzőket – mint családi, közösségi vagy kulturális – jellemzőket vesszük számba, háttérbe szorulnak a szociális befolyásoló tényezők. A *Center for Disease Controll and Prevention* által bejegyzett SDOH, vagyis az egészség szociális befolyásoló tényezőin keresztül mutatom be a kutatásban is vizsgált változókat.

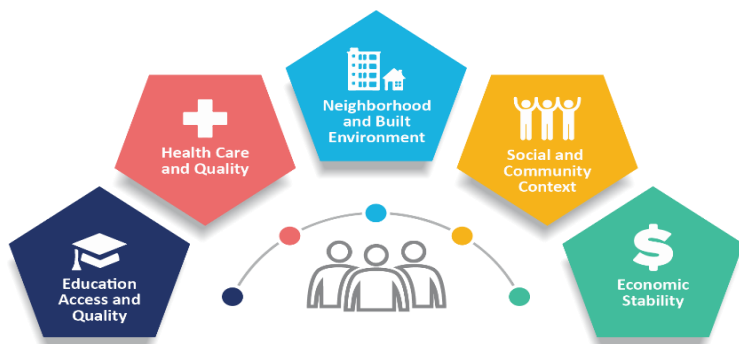
Az egészség szociális befolyásoló tényezői (SDOH)

Ezen determinánsok olyan ún. non-medikális faktorok, amelyek az egészségmutatókra hatással vannak, mint például a szocioökonómiai háttér, földrajzi elhelyezkedés (Braveman et al., 2011). Összefoglalóan azon körülmények, amelybe az ember beleszületik, felnevelkedik, dolgozik és él; valamint olyan erők, amelyek a napi életét formálják. Mivel ezek a tényezők is erőteljesen befolyásolják az egyén életmódját, hasonlóképpen a társadalmi egyenlőtlenségek hátterében is megtalálhatók (Puskás és mtsai, 2020).

A SDOH elemei:

- Az oktatás elérhetősége és minősége
- Az egészségügyi ellátás és ennek minősége
- A szűkebb és tágabb lakókörnyezet
- Társas és közösségi kontextus
- Gazdasági státusz

Mint láthatjuk, a fentiek eleve meghatározzák, hogy a személy miszerint képes alakítani cselekvőképességének megfelelően, azaz akaratlagosan az életmódját (Braveman et al., 2011). Az SDOH összefoglaló grafikáját az 1. ábra mutatja.



1. ábra Az egészség szociális determinánsai

Egészségmagatartás alatt értjük az egyénnek az egészsége érdekében végzett tevékenységeinek összességét. Ezen belül kifejezetten medikális, az egyéb befolyásolóktól elvonatkoztatott megközelítés a táplálkozás energia- és tápanyagtartalmának

vizsgálata. Empirikus vizsgálatok során szintén tapasztalható azon következtetés, amelyben korrelációkat sokszor kauzalitásnak, vagyis okságnak vélnek. Fontos tehát emlékezni arra, hogy két tényező kapcsolata bár bizonyított, nem állítható ebből az együttjárásból a (tetszőlegesen) kiválasztott tényező egyértelmű oksága. Ennek gyakorlati példáját a fejezet végén fejtem ki részletesebben.

A lakhatás szerepe mint szociális meghatározó

Braveman és munkatársai modellje alapján elmondható, hogy a szocioökonómiai lehetőségek és erőforrások olyan alapvető okok, amelyek a lakhatási és munkakörülményekre való hatásuk révén eleve meghatározzák az egészségügyi ellátást – pl. ennek hozzáférhetőségét, igénybevételét –, valamint az egyén egészség-magatartásának és ezzel összefüggő döntéseinek összességét is. Márpedig ez a két csoport az egyén egészségi állapotának legnagyobb mértékű befolyásoló tényezői (Braveman et al., 2011).

Magyarországon nagyságrendileg két-három millió főre becsülhető azon emberek száma, akik az ún. *lakhatási szegénységben* élnek. A fogalom alá tartozik többek között a lakásminőség, az energiahatékonyság és megfizethetőség is. A lakhatási körülmények közül ki kell emelni a lakás közvetlen környezetét érintő negatív külső hatások szerepét, ami lehet például a bűnözés, a zajártalom, környezetszennyezés is. Azonban ezen kívül olyan jellemzők is a lakhatás fogalmába tartoznak, mint a nem megfelelő lakásszerkezeti körülmények – mint penészesedés beázások –, vagy a túlszűfolttság, amibe kutatások alapján ugyancsak az alsó társadalmi osztály gyermekes családjainak jelentős része kényszerül (Puskás és mtsai, 2020).

Az olyan lakások esetében, amelyek a külvilágtól kevésbé védettek – pl. kintről beláthatóság, illetéktelen behatolás, külső zaj –, a mentális megbetegedés kialakulásának kockázata emelkedik, direkt és indirekt módon egyaránt. Ilyenek lehetnek a paranoid zavarok, alvászavarok vagy a depresszió és szorongás (Puskás és mtsai, 2020; Bonnefoy, 2007).

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeiről általánosan

Magyarország európai viszonylatban kiemelkedően rossz egészségi állapottal rendelkezik, emellett rohamosan fogyó népessége is megfigyelhető. A jelenlegi népesség 9,67 millió főre becsülhető, míg 2050-re ez a szám mintegy 10%-kal csökkenhet, 8,72 millióra. A fejlődő országok ezzel szemben növekvő tendenciát mutatnak, Ghánában a jelenlegi 33,788 millió főt számláló lakosság 2050-re a 50%-os projektált növekedés révén 50,553 millióra várható – annak ellenére, hogy az utóbbi években a növekedési ütem némiképp csökkenő tendenciát mutat, többek között a fertilitás, mortalitás és az erőteljes migráció hatására. Mégis az egészségmutatók hasonlóképpen aggasztók, mint Magyarországon (WHO, 2022).

A vezető halálok Magyarországon elsődlegesen az ischémias szívbetegségek, míg Ghánában a stroke kórképe (WHO, 2022). Sokszor a betegség prevalenciájaként különböző morbiditási adatokat és viselkedésbeli rizikótényezőket határoznak meg, azonban ezek hététerét ritkán tárják fel – így például a politikai faktorok mellett szerepet játszó szocioökonómiai okokat.

Társadalmi-gazdasági egyenlőtlenség az egészségmutatók mögött

A társadalom szerkezete nagyban determinálja annak egészségmutatóit. Így mielőtt az általánosan alkalmazott mérőszámokból – testtömegindex, kórképek, egészségtelen magatartási szokások – közvetlenül vonnánk le következtetéseket, az egészségi állapot mögött a társadalmi, az anyagi és a területi egyenlőtlenségeket is jobban meg kell vizsgálni.

Egyrészt jelentős az *iskolázottság szerinti egyenlőtlenségek* szerepe. Bár az utóbbi évtizedekben az iskolázottság szintje emelkedik, az általános iskolát befejezők, de érettségét már nem szerzők aránya alig növekszik. Továbbá a magyar iskolarendszer erősen szegregált, ami a gyerekek társadalmi különbségeinek hatását tovább erősíti (Kollányi, 2016).

Érdekes tény, hogy Magyarország rossz egészségi állapotának gyökere az alacsony iskolázottságú és társadalmi státuszú csoportok egészségi állapota (Kollányi, 2016).

Az egészségi állapottal is összefügg, hogy a magyar lakosságnak az uniós átlag alatti az élettel való elégedettsége. Az eLitMed.hu (2024) Eurostat adatai alapján az elégedettségi szinten belül hatalmas különbségek figyelhetők meg magyaroknál az életkor, az iskolai végzettség és a jövedelem szempontjából.

Általánosan elmondható, hogy az alacsony végzettséggel rendelkezők egészségi állapota, valamint születéskor várható élettartalma rosszabb, mint a közép- és felsőfokú végzettségűek mutatói. Ez azonban nem önmagában az oklevél megszerzését foglalja magába: a végzettséget inkább mint kulturális tőkét – utalva annak összetett jelentésére – érdemesebb értelmezni.

A World Bank Group (2024) mérései szerint egyre többen jelentkeznek felsőoktatási intézménybe, Magyarországon közel 635 000 fő, az ország 21%-a rendelkezik felsőfokú végzettséggel. Továbbá az intézet adataiból az is kiderült, hogy a férfiak inkább részesülnek a továbbtanulási előnyökben (Bank, 2024).

Szintén a World Bank Group (2024) adatai alapján a Magyarországon 2023/2024-es tanévben mintegy 190 000 tanuló kezdte meg BA vagy BSc fokozatú tanulmányait, PhD vagy DLA fokozatút pedig 11 000 fő.

A Ghánai Köztársaságban hasonló összefüggést találtak az iskolázottság és egészségi állapot kérdésében – bár ennek ok-okozati összefüggésére egy metaanalízis rácáfol (Hamad et al., 2018). Az első gyarmatosítás alól függetlenedő szubszaharai ország iskolai rendszere különbözik Magyarországtól – ez fontos tényező az iskolázottsági szintek ismertetésében.

Ghánában egy ún. 6-3-4-4 rendszer működik 1987 óta (függetlenedésének éve 1957). Ebben az általános iskola 6, a „junior” középiskola 3, az erre épülő „senior” középiskolai program 4, majd továbbtanulás esetén a bachelor képzés az európai sztenderdeknek is megfelelő 4 évfolyamos felépülésben működik – természetesen képzési területtől függően (MOE, 2023). Ghánában bár közel száz helyi nyelv létezik, a hivatalos nyelv az angol – melyet az iskolában, ill. az ún. „preschool”-ban tanulnak először intézményesített keretek között a ghánai gyermekek. A 2. ábrán Ghána Volta régiójában található faluban, Kpalime Duga pre-school-ja látható.



2. ábra Pre-school a ghánai Kpalime Duga-ban Fotó: saját

Egy, a ghánai egészségi állapotot feltáró kutatásban a dohányzás mértékének csökkenését, az egészséges táplálkozási szokások (gyakoribb zöldségfogyasztás, így nagyobb tudatosság, egyben a magasabb költséget fedező magasabb bevétel) kialakítására való nagyobb hajlandóságot, és a szülés előtti orvosi vizitek számnövekedését tapasztalták az iskolázottsági szint emelkedésével (Aboyadana, 2023). A testtömegindex meghatározásával utaltak az egészségi állapotra is, bár a kutatást szemléltető cikkben kiemelték, hogy kulturálisan megfigyelhető, hogy a nők magasabb testtömegének jelentőségét szociokulturálisan továbbra is gyakran társítják a szépséggel és a boldog élettel (Aboyadana, 2023; Duda et al., 2006).

A társadalmi mobilitás szerepe az egészségegyenlőtlenségben

A társadalmi mobilitás az egyének társadalmi helyzetének változását jelenti. Magyarország kifejezetten *zárt társadalom*ként jellemezhető, a mobilitás évtizedek óta csökken – azaz egy társadalmi státuszba születve, abból kevésbé van esélye lejjebb esnie az egyénnek, de ugyanilyen nehezített a feljebb jutás lehetősége is a szülei státuszához viszonyítva. Ez a tendencia egyébként más poszt szocialista országokban is megfigyelhető. Az iskolázottság szerinti mobilitás mértékét meghatározza, hogy egyik generációról a másikra a végzettségek miképp változnak. Hasonló tendencia figyelhető meg a párválasztási mobilizációban is (Erát és mtsai, 2022).

De mindez miképp kapcsolódik az egészségi állapot egyenlőtlenségeihez?

A végzettség szerinti mobilitás egyrészt az egyén egészségügyi ellátáshoz jutási lehetőségét is befolyásolja, amely kapcsolatban áll a területi egyenlőtlenséggel is – Magyarországon több mint kilencszáz háziiorvosi praxis áll betöltetlenül, melyek nagy része Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében és paradox módon Pest vármegyében figyelhető meg. A regionális egyenlőtlenségen túl egészségi szinten szerepet játszik a döntéshozatal, az érdekérvényesítés is mint kognitív képesség – amely szintén tudáshoz kötött: a beteg tudja-e előre, milyen szakorvosi ellátásra lenne szüksége, amelynek előfeltétele a háziiorvosi beutaló – már ha hozzáférhet ehhez.

A World Bank Group (2024) legfrissebb adatai szerint majd minden negyedik magyar ember rendelkezik legalább BA vagy BSc felsőfokú végzettséggel (26%).

A ghánai mutatók semmiképp nem összehasonlíthatók a magyar eredményekkel, többek között a szociokulturális és gazdasági különbségek miatt. Érdekes, hogy a társadalmi mobilitás mértékét anyák esetében nagyobb szintűnek találták, mint az apákét – ez különösen fontos információ az afrikai nők némiképp elnyomott helyzetét ismerve (Suárez–Arbesú et al., 2024).

A World Bank Group (2023) adatai szerint Magyarországon 2005-ben volt megfigyelhető jelentős csökkenés a felsőoktatásba jelentkezők számát tekintve, 2015 óta újra emelkedő a tendencia, értéke 2022-re 58%. Ghánában 2005 óta enyhébb mértékű, mégis növekedő tendencia látható, bruttó értéke 2022-ben 20%, 2023-ra 22%. Ghánában a 25 év feletti lakosság 6%-a rendelkezik legalább bachelor szintű felsőfokú végzettséggel.

Az addikciók egészségi állapotra kifejtett szociális hatásai

A különböző szer- és viselkedéses addikciók jelensége erősen stigmatizált jelenség, annak ellenére, hogy az egyik leggyakoribb maladaptív, érzelmi fókuszú és normalizált stresszmegküzdési módszer a magyar lakosság körében. A dolgozat az evési magatartás mellett – és magába foglalóan – a stresszmegküzdést dolgozza fel a felsőoktatási hallgatók körében.

A World Population Review (2016) adatai szerint lakosságarányosan Magyarország világelsőnek tekinthető az alkoholbetegek számában – teljes lakosságra tekintve 21,2%. Ami súlyosbítja a tényt, hogy a vizsgálat a 15 évnél idősebb nőket és férfiakat kutatta (Ghánában ez a jelentés 4,1%-ról számol be). Nemekre bontva a vizsgálat a férfiak „javára” dől, hiszen itt 36,9%, míg nőknél 7,1%-os arányról számoltak be. (Review, 2016)

Sajnos megfigyelhető, hogy a 2009-es évhez képest a férfiak és nők körében hasonlóképpen csökkent az alkoholt nem fogyasztók köre.

A Hintalovon Alapítvány 2023-as jelentése szerint a 15-19 éves korosztály legalább 40%-a volt már részeg, a 2022-es kutatáshoz képest a részegség gyakorisága kiemelkedően gyakoribban volt jellemző, mint a 2018-as eredmények. Párhuzamosan viszont megfigyelhető, hogy az ifjúságaddiktológiai ellátás egyre elérhetetlenebb, pusztán két vármegyében elérhető a járóbeteg-szakellátás. Ez pedig jelentősen kifejti hatását a későbbi munkaerőpiac humánerőforrására, a cselekvőképes felnőttkorú életmódjára is (Gyurkó, 2024).

Ahogy a bevezetésben is szó esett róla, a szenvedélybetegségek mintegy maladaptív stresszmegküzdésként is szolgálhatnak. Számos antropológiai, szociokulturális írás támasztja alá, hogy a posztkommunista országok területén még nagyobb elterjedtségnek örvend az alkoholfogyasztás, ennek történelmi, társadalmi és kulturális beágyazottsága miatt még nehezebb más, adaptív „feszültségoldóhoz” nyúlnia a személynek (Demetrovics & Paksi, 2021). Az 1987–1990-es éveket követően az egyértelmű szocioökonomiai változások, az alacsonyan iskolázottságúak munkaerőpiaci helyzeti megrendülése, a férfiaktól elvárt családfenntartói szerep összességében a férfiak egészségét pszichoszociálisan rombolja (Kollányi, 2016).

A nyomás a férfiakra folyamatosan emelkedik, arányosan a fokozódó stressz mértékével, és a megélhetés bizonytalanná válásától. Ezek összességükben pedig az alacsonyabb végzettségűeknél még magasabb kockázatot mutatnak. Tehát az iskolai végzettség a krónikus stressz szintjét és az életmódot befolyásolja (Kollányi, 2016).

Az addikciók témaköre tehát lényegi szempont a stresszel szembeni megküzdés értékelésekor – például, hogy evéssel kényszerül-e negatív érzelmeit csillapítani, ill. milyen sikerességgel tudja kezelni a váratlan helyzeteket.

A dohányzás szintén ismertén egészségromboló hatású, mely kutatásunkat abban érintheti, hogy az evéssel szemben mennyiben választja a dohányzást az alkoholfogyasztás mellett mint maladaptív megküzdési mód. Ezek előfordulási arányára vonatkozó adatokat ferdítheti az új pszichoaktív szerek, ún. *dizájn drogok* megjelenése, amelyek szintén kiszoríthatják az előbbi szerek alkalmazását, ugyanakkor a maladaptív megküzdések csoportját gyarapítják. A

dolgozatban összefoglalóan hivatkozom a későbbiekben az addikciók megjelenési lehetőségeire.

Az evés jelentése – a multikulturalizmus a konyhában

Hogy az étkezésben hogyan jellennek meg kultúrák, azt Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor szociológusok igazán frappánsan fogalmazták meg:

„A kultúrák közti különbségeket [...] sajátos földrajzi körülmények, az éghajlat, a magaslati viszonyok, a tájjelleg stb. meghatározzák, hogy milyen flóra és fauna dominál, ez pedig döntően befolyásolja a táplálkozási szokásokat. Az egyes kultúrkörök között kialakuló különbségek, (sokszor szembenállások) egyik fő megnyilvánulási területe éppen a „konyha”. Ezeket a kulturális különbségeket persze nemcsak a földrajzi adottságok, hanem a kultúrák történetileg felépült egyéb sajátosságai is meghatározzák.” (Kapitány & Kapitány, 2012)

Egyéb dimenziók értelmezésén túl a társadalmi hierarchia szerinti tagozódás nagyban determinálja az evés „jelentését”. Kapitányék (2012) véleménye szerint minden étel, ami a magasabb helyen lévő csoporthoz kötődik, presztízstartalommal telítődhet (Kapitány & Kapitány, 2012). Ahogy megjelenhet az eltérő ételválasztékban, úgy az étkezés körülményeinek és az étkezési szokások alakulásában is. Érdekes példa lehet erre a *tápióakaggyöngy* magyarországi megjelenése, ami például tápiókapuding formájában egyfajta *egészségtudatos* – így sokszor felsőbbrendű, akár „egészségista” – *ételválasztásnak* tűnik; míg Ghánában, a könnyű és általános elérhetősége miatt ilyen jelentéstartalommal nem bír ez a keményítőféle. Többek között ezen háttérgondolatok miatt is fontos a táplálkozást összetettségében és nem kizárólag annak energiatartalmán vagy meghatározott mennyiség tükrében vizsgálni (Hazzard et al., 2021).

Az egészséges táplálkozás másképp – az evés jelentősége Magyarországon

Az utóbbi évtizedekben jelentősen változtak az evéshez való viszonyt befolyásoló tényezők. A társadalmi-gazdasági determinánsok is nagy szerepet töltenek be, azonban az elérhető ételmennyiség, az ételreklámok bőséges ingerei kihívás elé állítják napjaink embereit a természetes éhség–jóllakottság önszabályozó folyamataihoz való alkalmazkodásban (Roman et al., 2021).

Elégtelen tápanyagfelvétel esetén gyakorta az egyéni felelősségre helyeződik a teher – miért nem választ egészségesebb alternatívát? Fontos leszögezni: az evési viselkedés multifaktorális tevékenység.

Egyrészt létfenntartó, tápanyagfelvételre szükség van a vegetatív szintű működésekhez is, a jól funkcionáláshoz pedig olyan minőségi tápláltsági ellátottságra, amelyek feltételezik a változatos táplálkozást.

Viszont az esszenciális – vagyis létszükségletű – funkcióján túl fontos beszélnünk az evés szociokulturális szerepéről. Ezáltal fejeződik ki akár egy kultúra sajátossága, a vallások jellegzetes eseményeinek is fontos alapja az adott étel vagy ital megléte (avagy meg nem léte), valamint formális és informális összejövetelek „apropója” az akár több fogásból álló étkezés. Ezen közösségépítő időtöltés pedig fontos szerepet tölthet be nem csupán az egyén, hanem a mikro- vagy makroközösség mentális egészségében egyaránt (Kapitány & Kapitány, 2012).

Megannyi kultúrában, így a magyarban is, a konyhai sajátosságon túl mintegy nemzeti identitást őrző, rendszerteremtő értéke is van az étkezéseknek.

„[...] Az étkezés napi rutinja, a vasárnapi ebédek örök egymásutánja formát ad a hétköznapiaknak, a hétnek. A karácsonyi vacsora, a húsvéti böjt, az első kenyér, a szüreti lakoma mutatja az évszakok váltakozását, a ballagási ebéd, az esküvői lakoma, a halotti tor pedig az élet múlását.” (Túry & Túry, 2008)

Az infláció hatása a magyar táplálkozási szokásokra

A 2021–2022-es évekre megfigyelhető infláció a rendszerváltás óta kiugró mértékű volt Magyarország történelmében. Ezen belül is az élelmiszer-infláció volt igazán jelentős, amely rendszerbeli változást a lakosság a saját háztartásában is érezhette.

2022-re a KSH szerint 45%-os, az Eurostat adatai szerint 50% volt az élelmiszer-infláció mértéke, amely az Európai Unióban a legmagasabb változás volt. Az élelmiszerárak növekedése csupán 2023 decemberére mutatott lassulást (KSH, 2024).

E változások hátterében a koronavírus okozta válság, valamint az orosz–ukrán háborúk jelentettek újabb triggeret.

Jelentős változásról beszélhetünk, hiszen míg korábban is erőteljes különbség volt az élelmiszer-hozzáférhetőség tekintetében a társadalmi osztályok között, az árak megugrása tovább növelte a társadalmi ollót, így az abszolút mellett a minőségi éhezés kockázatát is.

Az egészséges táplálkozás másképp – az evés jelentősége Ghánában

A ghánai étkezési szokások eleve éghajlati és szociokulturális okokból egyaránt különböznek az európai szokásoktól.

Az egyik legjellegzetesebb különbség az élelmiszerbiztonságon túl az általános napi kétszeri étkezés, mely az gazdasági fejlődés okozta urbanizáció, valamint a globalizáció miatt kezd megváltozni. Megfigyelhető, hogy európai lakhely kialakítása mellett jellemző az nyugat-

afrikai étkezési sajátosságok megtartása, ötvözve az európai jellemzőkkel (Osei-Kwasi et al., 2017).

Ghána és Magyarország gasztronómiájában az egyik legszembetűnőbb különbség a desszertfélék hiánya. A nyugat-afrikai országban a bőséges gyümölcstermés gyakorlatilag kiváltja az édesség funkcióját. Azonban ez szintén változó tendenciát mutat, olyan alapvető édesség, mint pl. a fagylalt szintén a meleg égővi sajátosságok és a gyakori áramkimaradások – ha egyáltalán van elektromosság bevezetve – megnehezíti ennek térhódítását.

A csokoládéfogyasztás sem volt igazán elterjedt – ez különösen érdekes az egyik legnagyobb kakaóbab-exportőr országában (OEC, 2022), bár ebben is változás figyelhető meg a brit gyarmatosítás utóhatása miatt.

Az alacsony és közepes jövedelmű országokban a felnőttkori tápláltsági állapot diszbalansza az alultápláltság és túltápláltság széles spektrumával jellemezhető. Holott az afrikai országok esetében legtöbbször az alultápláltságra fókuszálnak elsősorban (Ofori-Asenso et al., 2016.). Az utóbbi közel három évtizedben a fertőző és parazita megbetegedések mellett a nem fertőző krónikus megbetegedések előfordulása együtt járt a változó életmód elterjedésével. Az elmúlt harminc évben felgyorsult gazdasági változás, valamint az extrém gyors urbanizáció óriási hatással voltak az általánosan fogyasztandó lokális ételek mellett megjelenő, könnyen és bármikor elérhető élelmiszerek fogyasztására (Ofori-Asenso et al., 2016).

Ennek szintén fontos szerepe van vizsgálatunkban, ahol az evés szerepelhet mint maladaptív megküzdési mód.

A kommenzalitás, vagyis az asztalközösség jelentős a ghánai kultúrában. Bár általánosságban elmondható, hogy a közösen, kifejezetten (jobb) kézzel történő étkezés a családi élet központi eleme – amely egyben a családi egységet jelenti –, mára ennek szerepe hígul. Érdekesség, hogy családon belül az egy idejű étkezés ellenére szintén szokás a gyermekek és a nők térbeli elkülönülése a férfiaktól (Tuomainen, 2014).

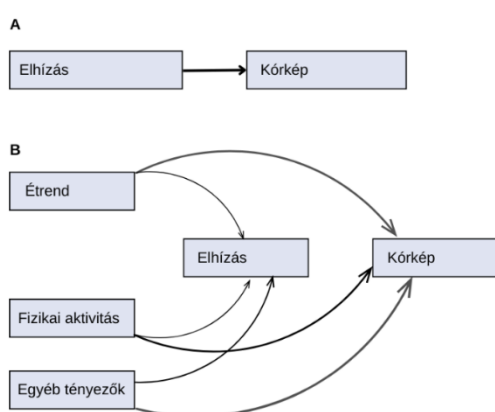
Ez a kommenzalitás az európai térségben a mediterrán kultúrákban figyelhető meg különösen.

A torzítások veszélye az életmóddal foglalkozó empirikus kutatások értelmezésében

A *The Lancet*-ben is megjelent írás gyakori torzításra hívja fel a figyelmet az életmód, ill. az *obezitás és a különböző megbetegedések* közti kapcsolatra. Míg sokszor egyenes águ következtetés, hogy a „magasabb testtömeg megelőzése csökkenti a betegségekkel eltöltött évek számát”, az állítás számos komplex kérdést vet fel. A reális prevenció komplex, többszintű, környezeti, társadalmi-gazdasági és életúti megközelítést igényel. (A probléma

grafikai megjelenítése a 3. ábrán látható.) Ennek ellenére az elhízás okainak megelőzésére még mindig nem rendelkezünk hatékony, bizonyítékokon alapuló intervenciókkal (Chiolero, 2018). Ezért sem elfogadható az *életmódváltásként* elterjedt, a szigorú étrend és edzés kombinációját önmagában alkalmazni; a hosszú távú, belső motivációjú pozitív viselkedésváltozás lesz egészségfejlesztő hatású. Így nem a testsúly kizárólagos csökkentése lesz a cél, hanem a cselekvőképessé tétel révén megtanítja az egyént az egészségfejlesztés különböző aspektusait értelmezni.

Így a testsúlyt az egészségi állapotot önállóan meghatározó faktorként alkalmazni mindenképp kerülendő.



3. ábra Egyszerűsített oksági kapcsolat az elhízás és kórképek között Chiolero, 2018. nyomán

Az evési viselkedés komplex jelentősége

Napjainkban az egészséges életmód fejlesztésére – sokszor egyéb befolyásoló tényezőktől eltekintve – a táplálkozási és testedzési szokások kerülnek előtérbe. Ám arra, hogy e viselkedések kivitelezése mögött milyen dinamikák, motivációk és lehetőségek bújnak meg, kevésbé esik szó. Tudományos vizsgálatok gyakori figyelmeztetése, hogy a „túl egészséges életmód” szintén vezethet

evési anomáliákhoz – például az evészavarok –, illetve viselkedési függőségekhez vice versa, akár testedzésfüggőség, obszesszív-kompulzív zavar formájában. Amikor az étellel való elfoglaltság kevésbé az egészség fenntartása céljából, annál is inkább egy szorongásos állapot kompenzálása végett történik rendszeresen, a személy és környezete életminőségét rontva.

Olyan általánosan, sokszor pedagógiai célzattal is alkalmazott feladatok, amelyekben az egészséges ételek kiszínezése/jelölése a cél, szintén fokozhatják az étellel szemben keltett félelem és büntudat érzetét. Vizsgálni kell, hogy a gyermek vagy felnőtt milyen attitűddel rendelkezik az ételek iránt; vagy milyen lehetőségei vannak, mivel jár, ha táplálkozási szokásait külső, ám annál merevebb szabályok mentén módosítja.

Az Intuitív Evés (IE) koncepciója és szerepe

Az Intuitív Evés – hazánkban intuitív étkezésként közismert –, olyan tudományos bizonyítékokon alapuló adaptív evési stílus, amely számos pozitív fizikai és pszichológiai tulajdonságokkal is összefüggésbe hozható. Az első kiadású könyv 1995-ben jelent meg két

amerikai dietetikus, Evelyn Tribole és Elyse Resch tollából. A negyedik, 2020-as, tudományos adatokkal bővített kiadásból jelent meg a magyar nyelvű változat 2022 őszén.

A koncepció kapcsolódást teremt a fizikai érzetek, így az éhség–jóllakottság jelek tudatosabb észlelésével az interoceptív tudatosság fejlesztése révén (Tribole & Resch, 2020). Az interoceptív tudatosság a képesség a belülről érkező testi ingerek (érzetek) azonosítására. Elterjedt objektív mérése a szívverés detektálása, melyből következtetni lehet az interoceptív érzékenység mértékére is. Az interoceptív tudatosság által alakít ki az egyén pozitív kapcsolatot az evéssel, a mozgással, valamint a testképpel.

Az IE keretrendszere elutasítja az ételek „jó vagy rossz” minősítését, vizsgálja és reagál az éhség és jóllakottság érzeteire, következtetésképp kerül az érzelmi okból történő evést, promotálja a sokféle testalak és testméret elfogadását, mindemellett motivál a fizikai aktivitás végzésére (Tribole & Resch, 2020).

A szemlélet kutatásai az Intuitive Eating Scale-2 (IES-2) kérdőívet alkalmazzák, melynek magyar validált adaptációját alkalmaztam a vizsgálatom során. Az amerikai kérdőívet 1405 nő és 1195 férfi bevonásával vizsgálták (Tylka & Kroon Van Diest, 2013).

A magyar változatot Román Nóra és munkatársai 732 egyetemi hallgatón végzett kutatáson validálta, mely kutatás során különböző adaptív és maladaptív evési viselkedést is vizsgáltak. Ezek voltak például az ún. obezogén evési viselkedés, a tudatos jelenlét (mindfulness), valamint diétázási szokások. Ezek mellett olyan függő változót is tartalmazott a vizsgálat, mint a motivációs tényezők megléte (autonóm, kontrollált, motiváló források az egészséges táplálkozásra vagy akár a vékony/izmos testideál internalizálásának mértéke) (Roman et al., 2021).

A kérdőív négy alkategóriára bontható:

- Az evésre vonatkozó feltétlen engedély (UPE)
- Fizikai okból történő táplálkozás mértéke szemben az érzelmi evéssel (EPR)
- Hagyatkozás a belső éhség–jóllakottság jelzésekre (RHSC)
- Testi jól működés és ételválasztás kongruenciája (B-FCC)

Az IES-2 kérdőíven magasabb pontszámot elérők körében azt találták, hogy nagyobb a testtel való elégedettségük, a karcsúság ideál internalizálása nélkül – ami megakadályozná az egyén önmagába vetett hitét és bizalmát. Az IES-2 magasabb pontszámok összefüggést mutattak az étellel való elégedettséggel, valamint nagyobb önbizalommal, optimizmussal és proaktív megküzdési módszerekkel rendelkeztek (Tylka & Kroon Van Diest, 2013).

Az Intuitív Evés vizsgálata, felépítése

Egy nyolc éven keresztül követett longitudinális vizsgálat 1500 fős bevonásával a tinédzserkortól a fiatal felnőttkorig mérte az intuitív evés, a rendellenes étkezési szokások megjelenését, valamint a pszichológiai egészséget az EAT 2010–2018 vizsgálatában. A magasabb IE-pontszámok az alábbiak alacsonyabb előfordulásával jártak együtt (Hazzard et al., 2021):

- depresszív tünetek
- alacsony önértékelés
- testtel való elégedetlenség
- egészségtelen testsúlykontroll
- extrém mértékű testsúlykontroll
- falásrohamok, túlevési epizódok

A szemlélet elsajátítását úgynevezett alappillérek segítik, melyet az 1. táblázat foglal össze. Ezek az alappillérek feloszthatók az interoceptív tudatosságot közvetlen fejlesztők, ill. az interoceptív tudatosság akadályait elhárító csoportokra.

Az intuitív evés alappillérei és az interoceptív tudatosság kapcsolata (Tribole & Resch, 2020)	
Az interoceptív tudatosságot közvetlen fejlesztők	Az interoceptív tudatosság akadályait elhárítók
Az éhségérzet tisztelete	A diétamentális elutasítása
A jóllakottság megbecsülése	Az ételekkel való megbékélés
Az étellel való elégedettség mértéke	Az „Étel Rendőrség” észlelése
Az örömteli mozgás megérezése	Érzelmekkel való gyengéd bánásmód
	A saját test megbecsülése
	Az egészséget támogató gondos táplálás

1. táblázat Az Intuitív evés alappillérei

A stresszmegküzdés szerepe az egyén egészségi állapotában

A stressz fogalmát a fenti bekezdések alapján is sokféleképpen értelmezhetjük. A stresszkoncepció megfogalmazása Selye János nevéhez köthető. Meghatározása alapján a nem-specifikus károsító hatásokra a szervezet azonos módon reagál. Tehát definíciójában a stressz a szervezet nem-fajlagos válasza, a stresszor pedig maga a stresszt okozó anyag. Ennek három szakaszát különbözteti meg: a vészreakciót, az ellenállás fázisát, majd a legvégén bekövetkező: a kimerülés állapotát (Szabó, és mtsai 2017).

A hétköznapi nyelvhasználatnál ellentétben a stressz nem kizárólag negatív hatás. A negatív distressz mellett a pozitív töltetű eustressz – az eufória kifejezésből – fontos szerepet játszik az egyén mindennapi élete során, nem csupán krízishelyzetekben. Selye fontos felfedezése, hogy csak az agyunk képes ezen stresszorok megkülönböztetésére, a mellékveséből a szteroidok mindkét stimulus hatására felszabadulnak (Szabó et al., 2017).

Mint ahogyan a társadalmi-gazdasági fejezetben hivatkoztam rá, az egyén iskolázottsága döntően tudja befolyásolni az egyénre nehezedő stressz mértékét, valamint az ezzel való megküzdés adaptív vagy maladaptív voltát. Megfigyelhető, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők általában biztosabb családi háttérrel is rendelkeznek, erőforrásaik pszichoszociálisan is jelentősebbek, valamint a stresszel való megküzdés mértéke is jobbnak bizonyul (Kollányi, 2016).

A stressz mértéke meghatározható objektív módon, életesemények felsorolásával foglalkozó kérdőívek segítségével. A környezeti és egyéb okból keletkezett mindennapos stresszhelyzetek észlelése és azok megélése, valamint a megküzdés (coping) kivitelezése és a személyiség jellemzői meghatározóak az egészségi állapotra káros hatások szempontjaiból (Konkoly-Thege & Stauder, 2006).

A stresszel szembeni megküzdésről

A stresszel való megbirkózással kapcsolatos legfontosabb faktorok (Kopp, 2003):

1. Adaptív megküzdési, konfliktusmegoldási stratégiák
2. Célravezető, adaptív attitűdök
3. Társas támogatás, szociális háló, kohézió, társadalmi tőke

Lazarus értelmezésében coping mechanizmusnak, ill. megküzdésnek definiálhatunk minden olyan célirányos, tudatos és szándékos kognitív vagy viselkedéses erőfeszítést, amelynek célja, hogy az erőforrásainkat felülmúló belső vagy külső hatásokat kezelni tudjuk (Kököneyi és mtsai, 2019.). Két fontos típusa a probléma és az érzelmi fókuszú megküzdés.

Az intuitív és fejlettebb fejezetében már esett szó az ún. proaktív megküzdésről. Ez főleg az előretekintő, jövőorientált személyiségekre jellemző. Kimondottan személyes erőforrások fejlesztésére vonatkozik, amelyek által az egyén magabiztosan veheti fel a harcot a jövő kihívásaival szemben (Szabó és mtsai 2019).

Az Észlelt Stressz Kérdőíve (PSS-14)

A vizsgálatomban alkalmazott Észlelt Stressz Kérdőíve – eredeti nyelven PSS: Perceived Stress Scale) Cohen és munkacsoportja által kidolgozott tesztsor, mely az egyik leggyakrabban

használt mérőeszköz a stressz-szint meghatározásakor. Az egyesült államokbeli kifejlesztése 2000 főt meghaladó mintán történt, később ezt több nyelvre is lefordították, majd különböző kulturális körökben is alkalmazták. A magyar validált kérdőívet 200 fős mintán vizsgálták (Konkoly-Thege & Stauder, 2006).

A kérdőív „azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik: az elmúlt hónapban szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnak a mindennapjait.” (Konkoly-Thege & Stauder, 2006). A kérdések egyszerűek, kulturális és életmódbeli különbségek nem befolyásolják a válaszokat. A kérdőív az életkörülményekben, az egészségi állapotban, a gondolkodásmódban, az életmódban bekövetkező változásokkal összefüggő stressz-szint-változások mérésére alkalmas (Konkoly-Thege & Stauder, 2006).

III. CÉLKITŰZÉSEK, HIPOTÉZISEK

A szakirodalom alapján az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek jeleit kutatom az evési viselkedés és a stresszmegküzdés mint egészségmagatartási faktorok, valamint a szocioökonómiai státusz területein, a magyar és a ghánai felsőoktatási hallgatók körében. Célom, hogy kutatásommal rávilágítsak: az evési magatartás alaposabb vizsgálatával pontosabb képet kaphatunk a személy állapotáról, mintsem önmagában a kalóriameghatározással. A társadalmi-gazdasági feltérképezés pontosabb képet ad arról, hogy mely motiváció milyen háttér ismeretében jelenik meg.

Ennek megfelelően:

1. Feltételezem, hogy az anya iskolai végzettsége pozitív összefüggést mutat mind a magyar, mind a ghánai felsőoktatásban tanuló hallgatók általános pénzügyi állapotával.
2. Feltételezem, hogy a hallgatók minél inkább tudják kezelni a stresszt, annál jobb a saját pénzügyi státuszuk.
3. Feltételezem, a magyar hallgatók körében az étellel való kapcsolat és a származási település erős összefüggést mutat.
4. Feltételezem, hogy a magányosság érzése és az evési kényszer megjelenése az észlelt stressz függvénye.

IV. MÓDSZEREK

Adatgyűjtési módszerek és eszközök

Empirikus, kvantitatív kutatásomban a résztvevők online kitölthető kérdőív segítségével adhatták meg válaszaikat, ezáltal nem véletlen, önkényes mintavételt alkalmaztunk. A kutatási kérdőívet a Google Form platformon tettük közzé. A kutatási kérdőív kitöltéséről szóló felhívást a közösségi média felületein tettük közzé. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, minden aktív hallgatói jogviszonnyal rendelkező magyar és ghánai személy részt vehetett a vizsgálatban.

A vizsgálat összetettségére való tekintettel, többféle kérdőívet is alkalmaztunk. A magyar felsőoktatási hallgatók számára a magyar nyelvű, míg a ghánai hallgatók számára az angol nyelvű tesztek álltak rendelkezésre online felületen. Az etikai engedéllyel rendelkezem a vizsgálat kivitelezéséhez.

Intuitív Evés Skálája-2

Az evéssel való kapcsolat szemléltetésére (interoceptív tudatosság mértéke) az Intuitív Evés magyar, 23 tételes kérdőívet alkalmaztam, melyet Román Nóra és munkatársai validáltak magyar felsőoktatási hallgatókon (Roman et al., 2021). A kérdőív az ötfokú Likert-skála pontozása által került kiértékelésre. A 23 állítás közül 7 fordított tétel (1.,2.,3.,7.,8.,9.,10.).

Észlelt Stressz Kérdőív

A krónikus stressz mint kockázati tényező vizsgálatára az Észlelt Stressz Kérdőívet alkalmaztam, mely az amerikai *Perceived Stress Scale* magyar nyelvű, 14 tételes adaptációja. A kérdőívben a válaszadók 0–4 szintén ötfokú Likert-skála segítségével jelezhetik vissza, milyen szinten jellemzik őket az kérdések. A kérdőív 7 tétele (4.,5.,6.,7.,9.,10.,13.) fordított tételek (Konkoly-Thege & Stauder, 2006).

SES-kérdőív

A vizsgálat alapja a saját összeállítású szocioökonómiai kérdőív, melynek kérdései az alábbi témakörökre vonatkoztak: a kitöltő életkora, származási helye, jelenlegi képzési területe, képzési szintje, szülők iskolai végzettsége, lakhatás körülménye, valamint saját vélemény az egzisztenciális státuszáról, általánosan és a kortársakéhoz viszonyítva.

Statisztikai elemzés

A kérdőívek eredményeit az IBM SPSS Statistics 26 szoftver segítségével dolgoztuk fel, kinegyzet próbát, korrelációs számításokat és regresszióanalízist alkalmaztunk.

V. EREDMÉNYEK

A kutatás eredményei részben igazolták hipotéziseinket.

Az eredmények feldolgozása során kerültük a ghánai és a magyar kitöltők válaszainak összehasonlítását a két ország kulturális, gazdasági és társadalom szerkezeti különbözősége miatt.

A magyar kérdőívet összesen $n=210$ fő töltötte ki, az angol nyelvűt pedig $n=42$ fő.

Magyar hallgatók eredményei

Nemi eloszlás

Összesen $n=210$ fő beérkezett választ lehetett kiértékelni, melyből 39 (18.6%) férfi, 170 (81%) nő, 1 fő nem nyilatkozott.

A nemek és a származási település megoszlása közti kapcsolat nem mutatott szignifikáns összefüggést.

Nemek és a település khi-négyzet próbája nem mutatott szignifikáns összefüggést.

Képzési adatok

A nemek és a képzési szint (BA/BSc vagy MA/MSc) közt nincs szignifikáns együttjárás. Vagyis nem állapítható meg, hogy adott képzési szaknál hogyan alakul a nemek aránya változó képzési területek tekintetében. BA/BSc szinten 122 fő tanul összesen, melyből 96 nő; MA/MSc képzési szinten pedig 88 fő végzi jelenleg tanulmányait, melyből 74-en nők. Az eloszlás a 2. táblázatban található.

		Képzési szint		Total
		1	2	
Nem	1	26	13	39
	2	96	74	170
	3	0	1	1
Total		122	88	210

2. táblázat Nemek és képzési szint eloszlása

Életkor

A magyar kitöltőknél a legidősebb válaszadó 45 éves, legfiatalabb 18 éves. A kérdőívet kitöltő magyar hallgatók 78%-a 1997–2004 közötti születésű. Vizsgálatunkban minden aktív felsőoktatási hallgatói státusszal rendelkező tanulót vizsgáltunk, levelező és nappali tagozaton egyaránt. Ennek is köszönhető a korosztályban megfigyelhető nagy szórás.

Pénzügyi státusz

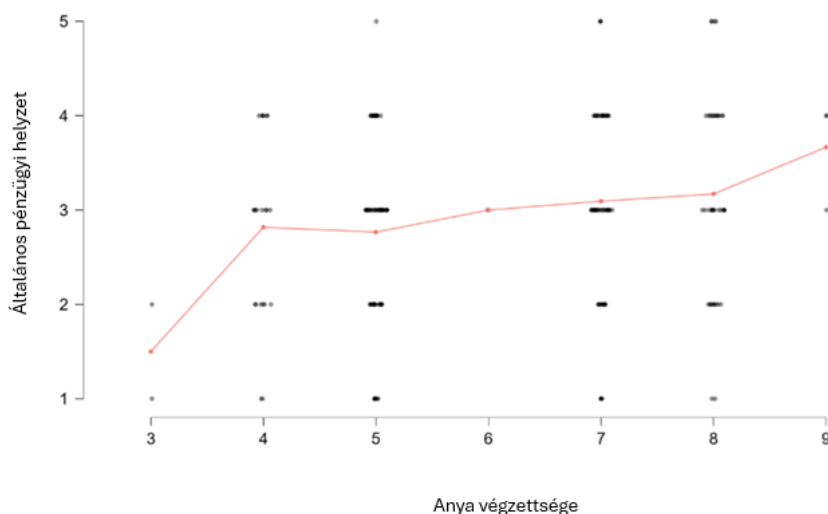
A saját bevallás szerinti általános pénzügyi helyzet vizsgálatában a felsőoktatásban hallgató nők esetében jobbak az anyagi körülmények, mint férfiak esetében. A korosztályhoz viszonyított egzisztenciális helyzet megállapításában azonban nincs eltérés, az eloszlás a 3. táblázatban látható.

Pénzügyi státusz	n	%
1	18	8,6
2	45	21,4
3	84	40,0
4	55	26,2
5	8	3,8
Total	210	100,0

3. táblázat A hallgató általános pénzügyi helyzete
5-kiváló 4-jó 3-átlagos 2-elfogadható 1-alacsony

Anyai iskolázottsága és saját pénzügyi státusz kapcsolata

Az anyai iskolai végzettsége közepes erősségű pozitív irányú összefüggést mutat a hallgató általános pénzügyi helyzetével ($r=0,190$, $p=0,006$), és előre csak kis mértékben jelzi azt ($d=1$; $R^2=0,091$; $F=9,564$; $p=0002$). Ezzel az 1. hipotézisem igazolódott, vagyis minél magasabb az anyai iskolázottsága, annál jobb a tanuló egzisztenciális státusza (4. ábra).



4. ábra A magyar hallgatók általános pénzügyi helyzete és az anyai végzettsége közötti összefüggés

Lakhatás

A lakhatás (lakáskörülmények) és az Észlelt Stressz Kérdőív pontszámok között nem találtunk szignifikáns összefüggést. Ez alapján a lakáskörülmények nem befolyásolják mintánk krónikus stresszre való esélyeit.

Szignifikáns összefüggés mutatható ki a lakhatás és a korosztályhoz képest meghatározott pénzügyi helyzet között ($r=0,183$, $p=0,008$). Tehát a lakhatás – kutatásunkban aszerint, hogy családnál, bérlakásban vagy kollégiumban él – pozitív irányú szignifikáns összefüggést mutat a korosztályhoz viszonyított, önbevallásos pénzügyi helyzetével (jobb, hasonló, rosszabb).

Evési viselkedés

A 2. hipotézisünk igazolódott, mert az Észlelt Stressz Kérdőívének pontszáma és a saját pénzügyi státusz kapcsolata gyenge, negatív, szignifikáns együttjárást mutat ($r= -0,177$; $p=0,010$), tehát minél alacsonyabb a megélhetési forrás, annál inkább stresszel a hallgató ($d=1$; $R^2=0,041$; $F=8,867$; $p=0,003$).

Az Intuitív Evés Skálája és származási település kapcsolata nem mutat szignifikáns összefüggést ($r= -0,118$; $p=0,088$) így hatása sem mutatható ki. Ezzel a 3. hipotézisem nem igazolódott, vagyis az étellel való kapcsolatot nem befolyásolja a származási település.

A stressz és Intuitív Evés kapcsolatának elemzései

Intuitív Evés Skálája és a stresszmegküzdés közt ($r=0,138$, $p=0,046$) gyenge erősségű szignifikancia mutatható ki. Ez a gyakorlatban azt mutatja, hogy minél váratlanabb egy élethelyzet bekövetkezése, annál kisebb annak az esélye, hogy az egyén előírt diétarendszerbe kapaszkodik. Általános és jó evési kapcsolat esetén magától értetődő ez az összefüggés, evési problémák esetén azonban annál jobban kapaszkodnak maladaptív megküzdésképp a rigid étkezési rendszerekbe, minél nagyobb a tapasztalt stressz mértéke.

Közepes erősségű szignifikanciát figyeltünk meg az evési viselkedés és az észlelt stressz mértéke között. Tehát minél inkább érezte úgy a hallgató, hogy meg tud birkózni a kihívásaival, annál inkább képes meghatározni, milyen mennyiségű ételre van szüksége. Ez az eredmény adaptív megküzdési stílusra utalhat. Annak belső indíttatású szabályozása, hogy képes az egyén észlelni, mennyit eszik, fejlett interoceptív tudatosságra vezethető vissza. Ennek megérzése azokban a szituációkban jellemző, amikor az egyén kontrollt érez a körülötte lévő történések felett – az evési magatartás szempontjából.

Az Intuitív Evés Skálája és a stresszmegküzdés közepes erősségű összefüggést mutatott. Ez az eredmény azt mutatja, hogy a magyar felsőoktatási hallgatók körében minél nagyobb az észlelt stressz mértéke, annál inkább képesek az evésen kívüli módszerek segítségével megbirkózni

vele. Ez alátámasztja az előző állítást, és bár az evési kapcsolat szempontjából pozitív eredménynek tűnhet, itt hivatkozom vissza a *Szakirodalmi fejezet addiktológiai részére*, amely alapján látható, hogy a 15 év feletti magyar lakosság esetében jelentős a szerhasználat, ennek is a kifejezett *függőségi* rátája (Gyurkó, 2024).

Tehát egészségi állapot vizsgálatokor felmerülhet a gyanú, hogy evésen túli maladaptív módként szerfogyasztás (alkohol, kábítószer- vagy gyógyszerfogyasztás) jellemzi ezeket a nehezebb érzelmi helyzeteket.

Ghánai hallgatók eredményei

Nemi eloszlás

Nem	n	%
1	26	61,9
2	16	38,1
Total	42	100,0

4. táblázat Nemek megoszlása a ghánai kitöltők körében

Összesen n=42 fő töltötte ki a kérdőívet, melyből 26 férfi, 16 nő, amit a 4. táblázat szemléltet. Ghána felsőoktatási hallgatói nemi eloszlásában egyébként is megfigyelhető a férfiak többsége. Az eloszlást a 4. táblázat szemlélteti.

Származási hely

Ghánában a 6%-os – mintegy 2 millió fő – továbbtanulási aránya miatt kíváncsiak voltunk, mely régiókból érkeznek a hallgatók. A főváros és az egyéb városok, ezt követően a falvak voltak megjelölve származási településként leginkább (5. táblázat). Ghánában a kolonizáció hatására főleg a déli partvidéken helyezkednek el felsőoktatási intézmények. Ez a családtól való függetlenedés szempontjából fontos: gyakran a ghánai hallgatók akár tan éveken át tartózkodnak a felsőoktatási intézmény campusán, mert az utazási költségeket nem tudnák rendszeresen fedezni távolabbi régiókra – így akár a családi közegükhöz.

Régiók	n	%
2	6	14,3
3	17	40,5
4	2	4,8
5	17	40,5
Total	42	100,0

5. táblázat A ghánai hallgatók származási településeit összefoglaló táblázat
5- főváros 4- megyeszékhely 3-város 2-falu

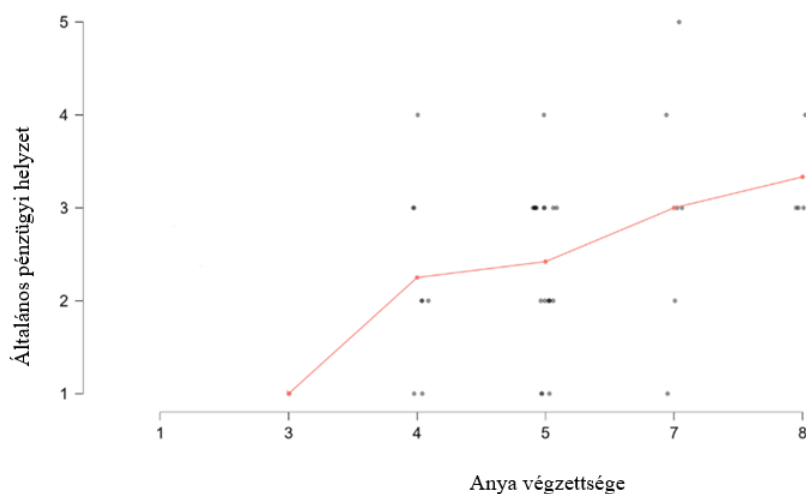
Tanulmányi terület

A hallgatók közül 18-an (42,9%) gazdaságtudományi képzési területen tanul. További területeken szórta helyezkednek el, az általuk megjelölt képzési területek: orvostudományi (14,3%), társadalomtudományi (11,9%), fenntartható energia (9,5%), természettudományi (7,1%), informatikai (4,8%), pedagógusképzés (2,4%), mérnöki (2,4%), művészeti területek (2,4%), mezőgazdasági (2,4%).

Anyai iskolázottság és saját pénzügyi státusz kapcsolata

Az anya iskolai végzettsége gyenge pozitív irányú összefüggést mutat a hallgató általános pénzügyi helyzetével ($r=0,343$, $p=0,026$). Ezzel az 1. hipotézisem igazolódott a ghánai hallgatók esetében is, miszerint minél magasabb az anya iskolázottsága, annál jobb a hallgató pénzügyi státusza is ($d=1$; $R^2=0,091$; $F=4,026$; $p=0,052$) (5. ábra).

Hipotézisem érvéül szolgált, hogy bár Ghána Alkotmánya értelmében a nőket ugyanazon jogok illetik meg, mint a férfiakat: a „félíg hivatalos” többnejűség és az egyenlőtlenségek a politikában – mint kutatási eredményem mintájában is látható – az oktatásban, a munkahelyi alkalmazottságban, a háztartásban továbbra is fennáll (Aboyadana, 2023).



5. ábra A ghánai hallgatók általános pénzügyi helyzete és az anya végzettsége közötti összefüggés

Stressz és Intuitív Evés kapcsolatának eredményei

Közepes erősségű szignifikáns összefüggés figyelhető meg a stresszmegküzdés és az impulzív evés megjelenése között ($r=0,544$, $p=0,003$). Ennek értelmében minél jobban érzi kontroll alatt a vele történt eseményeket az egyén, annál kevésbé nyúl pusztán érzelmi indíttatásból az ételhez. Ez fontos szempont az evéssel való viszony vizsgálata során – de természetesen felmerül a kérdés: vajon milyen más módon kezeli ebben az esetben a negatív érzelmeit.

Közepesen erős szignifikancia igazolódott a külső, feltétel nélküli engedély az evésre és az elmúlt eseményeken való túlgondolás mértéke között. Vagyis minél fokozottabb mértékben kell

teljesítenie az egyénnek, annál szabadabb az étkezési rendje, kevésbé fog tiltani magától bizonyos típusú ételeket vagy mennyiségű ételadagokat.

VI. ÖSSZEGZÉS

Kutatásunkban az evési viselkedésen és a stresszmegküzdésen keresztül a szocioökonómiai státuszt alapul véve kerestük az egészségegyenlőség fennállására utaló jeleket az egészségmagatartásban.

Elmondható, hogy kutatásomban az evési faktorok ilyen megközelítésű vizsgálata egyedi, hiszen funkcionális (pl. tápanyagszámítás), illetve önmagában az evési magatartás, a stresszmegküzdés vizsgálata mint pszichológiai kutatás a jellemzi – ez komplexitásában kevésbé vizsgált változó.

Szintén meghatározó, hogy afrikai mintát is vizsgáltam, mely még inkább rávilágít a különböző kulturális, szociálpolitikai és egyéb antropológiai befolyásoló tényezőkre, melyek mellett szinte elenyészik az étrend részletes makro- és mikrotápanyag-tartalmának „kizárólagos” befolyásoló hatása.

Három hipotézisem igazolódott: az anya iskolai végzettsége pozitív összefüggést mutat a magyar felsőoktatásban tanuló hallgatók általános pénzügyi állapotával (1. hipotézis), hasonlóképpen a ghánai minta esetében is. A hallgatók minél inkább tudják kezelni a stresszt, annál jobb a saját pénzügyi státuszuk (2. hipotézis). A magányosság érzése és az evési kényszer megjelenése az észlelt stressz függvénye (4. hipotézis).

Nem igazolódott a 3. hipotézisem, vagyis a magyar hallgatók körében az étellel való kapcsolat és a származási település között nem mutatható ki összefüggés.

Igazolódott hipotéziseink rávilágítanak az evési kapcsolathoz mért stresszmegküzdési és társadalmi-gazdasági faktorok vizsgálatának szükségességére.

Amennyiben vizsgálatom folytatására sor kerül a jövőben, a kutatási módszert mindenképp kiegészíteném narratív életútinterjúval vagy félig strukturált interjúkkal egyaránt, melyek segítségével lényegesen árnyaltabb képet kaphatunk az egyén által is érzékelhető, életmódját befolyásoló reális nehézségekről és az egészsége érdekében végzett valóban megtett kísérleteiről, szerzett tudásáról – melyek az interjúztatás során „terítékre is kerülnek”.

Úgy vélem, hogy az egészségnevelésben teret kell adni az egyén szintjéről valóban építkező edukációnak, valamint a cselekvőképessé tételnek egyaránt. Egyrészt ennek megfelelően lehet átfogó, országos egészségpolitikai kommunikációt is kialakítani releváns elvárásokkal, valamint az egyén így lesz képes megszűrni az életmódjára vonatkozó információkat, és így – társadalmi-gazdasági lehetőségeit figyelembe véve – akaratlagosan befolyásolható tevékenységeit is optimalizálhatja, hangolhatja. A marginalizált csoportok edukációja ebben a formában szintén fejleszthető, melyek leginkább befolyásolják az országok egészségmutatóit.

A mentorprogramokon, tanfolyamokon vagy részdíjs képzéseken való részvétellel a családok későbbi generációi számára teremthető meg a további mobilitás, így az esély is a jobb egészségi állapotra.

Ezen események során mintegy nézőpontváltásra is lesz lehetősége az egyénnek, a közösségnek – tehát az elsődleges szocializációs mintáktól eltérően lesz képes gondolkodni, cselekedni a jövőben.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aboyadana, G. (2023). Education and health in developing countries: Evidence from Ghana's FCUBE. *World Development Sustainability*, 2, 100041. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wds.2022.100041>
- Andorka, R. (2006). *Bevezetés a Szociológiába*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Bank, W. (2024). School enrollment, tertiary (% gross) - Ghana, Hungary. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SE.TER.ENRR?end=2023&locations=GH-HU&start=1971>
- Chiolero, A. (2018). Why causality, and not prediction, should guide obesity prevention policy. *The Lancet Public Health*, 3(10), e461-e462. doi:10.1016/S2468-2667(18)30158-0
- Duda, R. B., Jumah, N. A., Hill, A. G., Seffah, J., & Biritwum, R. (2006). Interest in healthy living outweighs presumed cultural norms for obesity for Ghanaian women. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 44. doi:10.1186/1477-7525-4-44
- Gyurkó, S. (2024). Gyermekjogi Jelentés 2023. In *Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány* (pp. 61).
- Hamad, R., Elser, H., Tran, D. C., Rehkopf, D. H., & Goodman, S. N. (2018). How and why studies disagree about the effects of education on health: A systematic review and meta-analysis of studies of compulsory schooling laws. (1873-5347 (Electronic)).
- Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010-2018. *Eat Weight Disord*, 26(1), 287-294. doi:10.1007/s40519-020-00852-4
- Kapitány, Á., & Kapitány, G. (2012). A gasztronómiai érdeklődés szociokulturális okai, szemiotikai jelei. In G. Balázs, L. Balázs, & Á. Veszelszki (Eds.), *Gasztrorszemiotika - Az étkezés jelei*. Budapest: Magyar Szemiotikai Társaság (MSZT).
- Kollányi, Z. (2016). *Az egészségi állapot társadalmi és gazdasági összefüggésrendszere* (PhD. Disszertáció). ELTE TÁTK, Retrieved from https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/44530/kollanyi_zsofia_katalin_doktori_ertekeses.pdf
- Konkoly-Thege, B., & Stauder, A. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 203–216. doi:10.1556/Mentál.7.2006.3.4
- Kopp, M. (2003). Mikor káros a stressz? *Hippocrates*, V.
- Kököneyi, G., & N., K. (2019.). Érzelemszabályozás - A megküzdés és az érzelmi intelligencia tükrében: három független, de mégis átfedő elmélet és kutatási tradíció. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(7), 375–390. doi:10.1556/0016.2019.74.3.7
- KSH. (2024). *Fogyasztóiár-indexek a kiadások részletes csoportjai szerint, havonta*. Retrieved from: https://www.ksh.hu/stadat_files/ara/hu/ara0041.html

- MOE. (2023). Ghana Education Reform. Retrieved from <https://moe.gov.gh/index.php/education-reform/>
- Molnár, I. (1977). Az életmód-szociológiában mint a fogyasztás-szociológia átfogó formájában elért újabb kutatási eredmények. *Létünk, VII.*, 99-114.
- OECD. (2022). Coconuts, Brazil Nuts, and Cashews in Ghana. Retrieved from <https://oec.world/en/profile/bilateral-product/coconuts-brazil-nuts-and-cashews/reporter/gha>
- Ofori-Asenso, R. A. O., Agyeman, A. A., Laar, A., & Boateng, D. (2016). Overweight and obesity epidemic in Ghana-a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*(1471-2458 (Electronic)). doi:10.1186/s12889-016-3901-4
- Osei-Kwasi, H. A., Powell, K., Nicolaou, M., & Holdsworth, M. (2017). The influence of migration on dietary practices of Ghanaians living in the United Kingdom: a qualitative study. *Ann Hum Biol*(1464-5033 (Electronic)). doi:10.1080/03014460.2017.1333148
- Puskás, É., Kormos-Krakkó, Á., Csieklinzki, Z., & Nagy, B. M. (2020). A lakhatási körülmények hatása a mentális egészségre. *Egészségfejlesztés, LXI. évfolyam*(2. szám), 43-53. doi:10.24365/ef.v61i2.585
- Review, W. P. (2016). Alcoholism by country. Retrieved from <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/alcoholism-by-country>
- Roman, N., Rigo, A., Gajdos, P., Toth-Kiraly, I., & Urban, R. (2021). Intuitive eating in light of other eating styles and motives: Experiences with construct validity and the Hungarian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2. *Body Image, 39*, 30-39. doi:10.1016/j.bodyim.2021.05.012
- Szabó, R. K., Máth, J., & Sztancsik, V. (2019). A reziliencia és a proaktív megküzdés összefüggésének vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia, 19*, 73-99. doi:10.17627/ALKPSZICH.2019.4.73
- Szabó, S., Filakovszky, J., & Tóth, J. (2017). Selye, a stressz, és más felfedezései. *Természettudományi Közlöny, 148*(7), 301-306.
- Tribole, E., & Resch, E. (2020). *Intuitive Eating - A Revolutionary Anti-Diet Approach*. New York: St. Marti's Essentials.
- Tuomainen, H. (2014). Eating alone or together? Commensality among Ghanaians in London. *Antropology of Food, S10*. doi:<https://doi.org/10.4000/aof.7718>
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Couns Psychol, 60*(1), 137-153. doi:10.1037/a0030893
- WHO. (2022, 22 November 2022). Global health estimates: Leading causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

MELLÉKLET

Kutatási kérdőívek

magyar és angol nyelven

Részei

1. Intuitív Evés 2. kérdőíve
2. Észlelt Stressz kérdőíve
3. Saját szocioökonómiai kérdőív

I. SZ. MELLÉKLET – INTUITÍV ÉTKEZÉS 2. KÉRDŐÍVE

1-Teljes mértékben egyetértek, 5- Egyáltalán nem értek egyet

1. Igyekszem kerülni azokat az élelmiszereket, amelyeknek magas a zsír-, a szénhidrát- vagy a kalóriatartalma.
2. Megtiltottam magamnak bizonyos élelmiszerek fogyasztását.
3. Haragszok magamra, amikor egészségtelen ételt eszek.
4. Ha megkívánok egy bizonyos ételt, akkor megengedem magamnak, hogy egyek belőle.
5. Megengedem magamnak, hogy abból az ételből egyek, amire éppen vágyom.
6. NEM követek étkezési szabályokat vagy fogyókúra előírásokat, amik megmondanák, hogy mit, mikor és/vagy mennyit egyek.
7. Amikor előttenek az érzelmek (pl. ideges, lehangolt vagy szomorú vagyok), azon kapom magam, hogy eszek, még akkor is, ha nem is vagyok éhes.
8. Amikor magányosnak érzem magam, van, hogy azon kapom magam, hogy eszek, még akkor is, ha nem is vagyok éhes.
9. Evéssel próbálom csillapítani a negatív érzéseimet.
10. Amikor stresszelek valami miatt, azon kapom magam, hogy eszek, akkor is, ha nem is vagyok éhes.
11. Meg tudok birkózni a negatív érzéseimmel (pl. idegesség, szomorúság) anélkül, hogy az evésbe menekülnék.
12. Unalmamban NEM kezdek el enni csak azért, hogy éppen legyen mit csinálnom.
13. Amikor magányos vagyok, akkor nem eszem csak azért, hogy jobban érezzem magam.
14. Az evésen kívül más módokat is találok a stresszel vagy a szorongással való megküzdésre.
15. Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mikor kell ennem.
16. Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mit egyek.
17. Bízom benne, hogy a testem jelzi számomra, hogy mennyit kell ennem.
18. Az éhségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor egyek.
19. A teltségérzetemre hagyatkozom abban, hogy eldöntsem, mikor hagyjam abba az evést.

20. Megbízom a testem jelzéseiben arra vonatkozóan, hogy mikor kell abbahagynom az evést.
21. Többnyire egészséges élelmiszereket kívánok fogyasztani.
22. Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek elősegítik a szervezetem jó működését.
23. Legtöbbször olyan élelmiszereket fogyasztok, amelyek energiát és megfelelő állóképességet biztosítanak a szervezetemnek.

II. SZ. MELLÉKLET - INTUITIVE EATING SCALE-2

(1- *Strongly disagree*, 5- *Strongly agree*)

1. I try to avoid certain foods high in fat, carbohydrates, or calories.
2. I have forbidden foods that I don't allow myself to eat.
3. I get mad at myself for eating something unhealthy.
4. If I am craving a certain food, I allow myself to have it.
5. I allow myself to eat what food I desire at the moment.
6. I DO NOT follow eating rules or dieting plans that dictate what, when, and/or how much to eat.
7. I find myself eating when I'm feeling emotional (e.g., anxious, depressed, sad), even when I'm not physically hungry.
8. I find myself eating when I am lonely, even when I'm not physically hungry.
9. I use food to help me soothe my negative emotions.
10. I find myself eating when I am stressed out, even when I'm not physically hungry.
11. I am able to cope with my negative emotions (e.g., anxiety, sadness) without turning to food for comfort.
12. When I am bored, I do NOT eat just for something to do.
13. When I am lonely, I do NOT turn to food for comfort.
14. I find other ways to cope with stress and anxiety than by eating.
15. I trust my body to tell me when to eat.
16. I trust my body to tell me what to eat.
17. I trust my body to tell me how much to eat.
18. I rely on my hunger signals to tell me when to eat.
19. I rely on my fullness (satiety) signals to tell me when to stop eating.
20. I trust my body to tell me when to stop eating.
21. Most of the time, I desire to eat nutritious foods.
22. I mostly eat foods that make my body perform efficiently (Osei-Kwasi et al.).
23. I mostly eat foods that give my body energy and stamina.

III. SZ. MELLÉKLET - AZ ÉSZLELT STRESSZ KÉRDŐÍV MAGYAR VÁLTOZATA

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt AZ ELMÚLT HÓNAP SORÁN jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap során MILYEN GYAKRAN volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat! Néhány kérdés ugyan hasonlóknak tűnik, de valójában különbözőek, ezért kérjük, hogy valamennyit külön kérdésként kezelje! A legjobb, ha minden kérdésre gyorsan válaszol. Tehát ne próbálja megszámolni, hogy hányszor érezte magát egy adott módon, hanem írja be azt a választ, ami a leginkább jellemzőnek tűnik!

1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt?
2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és „stresszesnek”?
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kezelte sikeresen a hétköznapi bosszúságokat?
5. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte, hogy sikeresen meg tudott küzdeni fontos változásokkal az életében?
6. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?
7. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?
8. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének?
9. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kezelni a bosszúságokat életében?
10. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll?
11. Az elmúlt hónap során milyen gyakran dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni?
12. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kapta magát azon, hogy az elvégzendő feladatain gondolkodik?
13. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kézben tartani az időbeosztását?
14. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?

IV. SZ. MELLÉKLET - PERCEIVED STRESS SCALE

1. In the last month, how often have you been upset because of something that happened unexpectedly?
2. In the last month, how often have you felt that you were unable to control the important things in your life?
3. In the last month, how often have you felt nervous and “stressed”?
4. In the last month, how often have you dealt successfully with day-to-day problems and annoyances
5. In the last month, how often have you felt that you were effectively coping with important changes that were occurring in your life?
6. In the last month, how often have you felt confident about your ability to handle your personal problems?
7. In the last month, how often have you felt that things were going your way?
8. In the last month, how often have you found that you could not cope with all the things that you had to do?
9. In the last month, how often have you been able to control irritations in your life?
10. In the last month, how often have you felt that you were on top of things?
11. In the last month, how often have you been angered because of things that were outside your control?
12. In the last month, how often have you found yourself thinking about things that you have to accomplish
13. In the last month, how often have you been able to control the way you spend your time
14. In the last month, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them?

V. SZ. MELLÉKLET - SAJÁT SZOCIOÖKONÓMIAI KÉRDÉSSOR

Magyar nyelvű kérdőív

- Kérem, adja meg a születési évét!
- Kérem, adja meg a nemét! (férfi-nő-egyéb-nem kívánom megadni)
- Kérem, adja meg nemzetiségét!
- Mi a származási települése?
 - Főváros
 - Megyeszékhely
 - Város
 - Falu
 - egyéb, és pedig:
- Kérem, adja meg, melyik országban folytat felsőfokú tanulmányokat!
 - Magyarország
 - Ghána
- Jelenleg milyen képzési területet hallgató?
 - agrár
 - államtudományi
 - bölcsészettudományi
 - gazdaságtudományi
 - hitélet
 - informatikai
 - jogi
 - műszaki
 - művészeti
 - művészetközvetítési
 - orvos- és egészségtudományi
 - pedagógusképzés
 - sporttudomány
 - társadalomtudomány
 - természettudomány
 - egyéb:
- Jelenleg milyen szinten folytat tanulmányokat?
 - Főiskola (BSc/BA)
 - Egyetemi (MSc/MA)
- Anya legmagasabb iskolai végzettsége
 - Nincs iskolai végzettség
 - Általános iskolai (8 általános) vagy az alatti
 - Szakmunkás (szakmunkás-bizonyítvány – érettségi nélkül)
 - Középiskola (érettségi)
 - Főiskola (BSc/BA)
 - Egyetemi (MSc/MA)
 - egyéb
- Apa legmagasabb iskolai végzettsége

- Nincs iskolai végzettség
 - Általános iskolai (8 általános) vagy az alatti
 - Szakmunkás (szakmunkás-bizonyítvány – érettségi nélkül)
 - Középiskola (érettségi)
 - Főiskola (BSc/BA)
 - Egyetemi (MSc/MA)
 - egyéb
- Kérem, adja meg jelenlegi lakhelyének típusát!
 - Saját tulajdonú otthon (vagy a háztartásból valaki által)
 - Saját finanszírozású bérlakás (vagy a háztartásból valaki által)
 - Pénz vagy fizetés nélkül elfoglalható lakás
 - Kollégium
 - Barátaimmal élek
 - Családommal élek
 - Nincs állandó lakhelyem
 - Hogyan jellemezné az általános pénzügyi helyzetét?
 - Kiváló
 - Jó
 - Átlagos
 - Elfogadható
 - Alacsony jövedelmű
 - Véleménye szerint az ön pénzügyi helyzete a korosztályához viszonyítva:
 - Jobb
 - Korosztályoméhoz hasonló
 - Rosszabb

English Questionnaire

- Please provide your year of birth.
- Please specify your gender. (male-female-other- - I do not wish to provide it)
- Please specify your nationality.
- What is your birthplace?
 - Capital city
 - County seat
 - Town
 - Village
 - Other, please specify:
- Please specify the country where you are pursuing higher education
 - Hungary
 - Ghana
- What field of study are you currently pursuing?
 - agricultural
 - political science
 - humanities
 - economics
 - religious

- computer science
 - law
 - engineering
 - arts
 - art education
 - medical and health sciences
 - teacher training
 - sports science
 - social science
 - natural science
 - other
- What level of studies are you currently pursuing?
 - College (BSc/BA)
 - University (MSc/MA)
- Mother's highest level of education
 - No formal education
 - Primary school (up to 8th grade) or lower
 - Vocational school (vocational certificate without high school diploma)
 - High school (with diploma)
 - College (BSc/BA)
 - University (MSc/MA)
 - Other
- Father's highest level of education
 - No formal education
 - Primary school (up to 8th grade) or lower
 - Vocational school (vocational certificate without high school diploma)
 - High school (with diploma)
 - College (BSc/BA)
 - University (MSc/MA)
 - Other
- Please specify the type of your current residence.
 - Own home (or someone in the household owns it)
 - Self-financed rental property (or someone in the household finances it)
 - Occupied property without payment
 - Dormitory
 - I live with friends
 - I live with my family
 - I do not have a permanent residence
- How would you describe your overall financial situation? Would you say your financial situation is:
 - Excellent
 - Good
 - Average
 - Fair
 - Poor

- Do you think your financial situation is better than, about the same as, or worse than that of others your age?
 - Better
 - About the same as
 - Worse