

Az önkontroll és az étkezési magatartás kapcsolata

The relationship between self-control and eating behavior

1. PETŐ DALMA

1. PhD hallgató, SZTE-GTK, peto.dalma@eco.u-szeged.hu

2. LIPTÁK LILLA

2. Tanársegéd, SZTE-GTK, liptak.lilla@eco.u-szeged.hu

Számos betegség forrása lehet a nem megfelelő táplálkozás és elhízás, mint a rák vagy szív-és érrendszeri megbetegedések, főleg ha az egészségtelen életmóddal párosul. A táplálkozáshoz kapcsolódó fogyasztói döntések során az lenne a racionális cselekvés, ha az egyén fogyasztási döntései során figyelembe venné döntésének hosszú távú egészségügyi következményeit is, ezáltal elkerülve az egészségtelen táplálkozásból adódó betegségeket, ezzel orvosi- és gyógyszerköltséget spórolva magának a jövőre nézve. A fiatal korosztály egészséges táplálkozásának vizsgálata kiemelt jelentőséggel bír, hiszen ők lesznek a jövő munkavállalói és fogyasztói. Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy a fiatal fogyasztók milyen szintű önkontrollal rendelkeznek és ez milyen hatással van ez a táplálkozásukra. A kérdés megválaszolására kérdőíves kutatást végeztünk, melynek alapját Tangney–Baumeister–Boone önkontroll skálája, valamint a Holland Evési Magatartás kérdőív (DEBQ) adta. Az eredmények alapján elmondható, hogy a gyenge önkontrollal rendelkező egyénekre jellemzőbb az érzelmek vagy a külső tényezők hatására történő evés. Az erős önkontrollal rendelkező személyekre egyetlen evési magatartás kategória sem jellemző.

Kulcsszavak: elhízás, DEBQ, önkontroll

Malnutrition and obesity can be a source of many diseases, such as cancer or cardiovascular disease, especially when combined with unhealthy lifestyles. It would be rational if the individual's consumption decisions would take into account the long-term health consequences of their decisions, thus avoiding diseases caused by unhealthy eating and saving medical and pharmaceutical costs for the future. Studying young age group's nutrition decisions is important as they will be the workers and consumers of the future. In our research, we are looking for the answer to what level of self-control young consumers have and how this affects their diet. To answer this question, we conducted a questionnaire survey based on the Tangney – Baumeister – Boone self-control scale and the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Based on the results, we found that individuals with weak self-control are more likely to eat under the influence of emotions or external factors. Individuals with strong self-control are not characterized by any category of eating behavior.

Keywords: obesity, DEBQ, self control

1. Bevezetés

A táplálkozás egész életünket befolyásolja már gyermekkortól kezdve. Étkezési szokásaink már egészen korán kialakulnak és befolyásolják egészségünket. A helytelen táplálkozás kihathat egész életünkre, akár meg is rövidítheti azt. Ezért fontos figyelmet fordítani már gyermekkorban a megfelelő táplálkozási szokások kialakítására (HUSZKA – DERNÓCZY, 2015).

Az egészséges táplálkozás, kiemelt figyelmet fordítva a zöldségek és gyümölcsök fogyasztására segít, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű tápanyagok vigyünk be szervezetünkbe, ezzel együtt vitaminokkal töltjük fel azt. Néhány zöldség- és gyümölcsfajta fogyasztása csökkentheti egyes betegségek kialakulásának lehetőségét (US GOVERNMENT PRINTING OFFICE, 2010). Azonban sajnos minden korcsoport táplálkozása eltér az ajánlottól: kevés zöldséget és gyümölcsöt, de sok energiában gazdag, silány minőségű ételt fogyasztanak (BLACK ET AL., 2017).

Számos betegség forrása lehet a nem megfelelő táplálkozás, mint a rák vagy szív-és érrendszeri megbetegedések, főleg ha az egészségtelen életmóddal párosul. A korai életkorban rosszul táplált gyerekek a későbbiekben is hajlamosabbak lesznek ezekre a betegségekre. Különösen hajlamosak erre az alacsony jövedelmi rétegből jövő fiatalok, akik alacsony tápanyagtartalommal rendelkező ételekkel táplálkoznak. A szülők rákényszerülnek, hogy olcsó és gyorsan elkészíthető ételeket tegyenek az asztalra, amik sokszor magas kalória és zsír tartalmúak. A tápanyagszegény gyorsételek térnyerése hozzájárul a manapság egyre növekvő, már gyerekkorban kezdődő elhízáshoz, melynek kezelése egyre nagyobb kihívás világszerte (KHATOON ET AL., 2017, VAZQUEZ – TORRES, 2012). Összehasonlítva a jelenlegi és két évtizeddel ezelőtti adatokat, kimutatható, hogy a túlsúlyos gyerekek száma megduplázódott, míg az elhízott serdülőkorban lévő fiatalok száma megtriplázódott (VAZQUEZ – TORRES, 2012). Számos krónikus betegség (mint a szív- és érrendszeri megbetegedések, diabétesz, elhízás) első jelei már gyermekkorban kimutathatóak (BLACK ET AL., 2017). Ezen kívül pszichológiai betegségek, mint depresszió is társulnak az elhízáshoz, ami még rosszabb életminőséget jelent az illető számára (VAZQUEZ – TORRES, 2012).

Az egészségügyi kiadásokra fordított adatokat megvizsgálva láthatjuk, hogy egyre több pénzt költenek el a háztartások egészségügyre, ezen belül is főként gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre és egyéb gyógyászati célú javakra (KSH, 2017). Ezek alapján elmondható, hogy a táplálkozáshoz kapcsolódó fogyasztói döntések során az lenne a racionális cselekvés, ha az egyén fogyasztási döntései során figyelembe venné döntésének hosszú távú egészségügyi következményeit is, ezáltal elkerülve az egészségtelen táplálkozásból adódó betegségeket, ezzel orvosi- és gyógyszerköltséget spórolva magának a jövőre nézve. Emellett fontos megjegyezni, hogy a munkából való kiesés is jelentős költségekkel jár egyéni és társadalmi szinten egyaránt, ami szintén csökkenthető lenne egészséges táplálkozással. Nemzetgazdasági szempontból is fontos a társadalom egészségi állapota, hiszen a társadalombiztosítási és egészségügyi kiadásokat befolyásolja.

A fiatal korosztály egészséges táplálkozásának vizsgálata kiemelt jelentőséggel bír, hiszen ők lesznek a jövő munkavállalói és fogyasztói. Ugyan még nem rendelkeznek saját keresettel, mégis hoznak saját döntéseket a mindennapi táplálkozásukkal kapcsolatban, és ahhoz is elég idősek már, hogy akár magukra főzzenek. Kutatásunkban arra keressük a választ, hogy a fiatal fogyasztók milyen szintű önkontrollal rendelkeznek és ez milyen hatással van ez a táplálkozásukra. E témakör vizsgálatának teoretikus keretét a viselkedés-gazdaságtan (behavioral economics) egy sajátos területét az intertemporális fogyasztói döntési torzításokat (intertemporal bias), ezen belül pedig a korlátozott önkontroll fogyasztásra gyakorolt hatását választottuk.

2. Korlátozott racionalitás

Ahhoz, hogy a fenti kérdéskört vizsgálhassuk, mindenképpen foglalkoznunk kell a racionalitás fogalmával. Racionális fogyasztót feltételezve ugyanis mindenki az egészséges ételeket választaná, hiszen ezen döntés nagyban meghatározza jövőbeli egészségi állapotát.

A klasszikus közgazdaságtani modellek racionális fogyasztókat feltételeznek, aki igyekszik maximalizálni hasznát. Ez igaz is a csupán létszükségleteit kielégítő homo sapiensre, a „jómódban” élő ember cselekvéseinek motivációi azonban ettől sokkal inkább az érzelmek vezérlik (SZÉKELY, 2003). A racionalitás feltételezésének oka, hogy így a gazdasági interakciók könnyebben vizsgálhatók. Friedman (1986) szerint ha aggregáltan szemléljük ezeket az interakciókat, akkor az egyes szereplők irracionális viselkedése nem befolyásolja az eredményeket, így képesek lehetünk a jövőre vonatkozó feltételezéseket megfogalmazni (FRIEDMAN, 1986).

Azonban a racionalitás a valós gazdasági döntéseknél sokszor hiányzik, ennek oka pedig a döntési folyamatban kereshető, mely számos tényezőtől áll mint az *érzékelés*, *befolyás*, *motiváció* és *preferencia* (MCFADDEN, 1999). A fogyasztók sokszor nem az optimálisat választják, mert hibát vétenek vagy nem rendelkeznek megfelelő önkontrollal a racionális döntéshez (MULVANEY – LEE, 2017). Herbert Simon, a korlátozott racionalitás elmélet megalkotója szerint nem azzal kell foglalkoznunk, hogy a gazdaság szereplőinek hogyan kellene viselkedniük, hanem azzal, hogy valójában hogyan cselekszenek. A neoklasszikus racionalitás elméletek három fő hiányosságára hívja fel a figyelmet. A neoklasszikusok nem veszik figyelembe a fogyasztó preferenciáit és értékeit; következetes viselkedést feltételeznek; valamint nem veszik figyelembe az idő dimenziót a döntési helyzeteknél (SIMON, 1986). A korlátozott racionalitás elmélete nem eltörölni kívánja a neoklasszikusok racionalitásról alkotott modelljeit, hanem inkább kiegészíteni (GOLOVICS, 2015). Hiszen a korlátozott racionalitás is azt feltételezi, hogy az emberek racionálisan cselekszenek, de a kognitív és érzelmi tulajdonságaik befolyásolják döntéseiket (JONES, 1999). „Az érzelmeket és más, nem szokványos attitűdöket tehát nem a ráció ellenében vizsgáljuk, hanem azt igyekszünk bebizonyítani, hogy e kiegészítő motivációk – amelyeknek szintén megvan a szerepük a gazdasági folyamatokban és eseményekben – nem teszik lehetetlenné az ész alapján történő vizsgálódásokat, nem borítják fel az alapvető összefüggéseket, csupán módosítják, színezik azokat. E színek azonban bizonyos gazdasági jelenségek vizsgálatakor nagyon fontosá válhatnak” (HÁMORI, 1998, 25.o).

A táplálkozás esetében a racionális magatartás az egészséges alternatívák, valamint csak a szükséges mennyiségű étel választása lenne, azonban a fogyasztók nem minden esetben így cselekednek. Ahogy a fentebb tárgyaltakból is látszik, nem feltétlenül cselekszenek irracionálisan, csupán a kognitív és érzelmi tulajdonságaik korlátai között döntenek.

3. Intertemporális döntések

Kognitív korlát lehet az egészségtelen ételek választása során az intertemporális döntések problémája, hiszen az egészségtelen étel gyakran finomabb, kívánatosabb, netán olcsóbb, vagy könnyebben elérhető. Így az egészségtelen étel fogyasztásából adódó hasznokat a fogyasztó azonnal realizálja, míg a kapcsolódó ráfordítások (problémák) csak időben később jelentkeznek. „Az intertemporális helyzeteket a gazdaságtani kutatásokban gyakran úgy fogalmazzák meg, mint olyan választást, amelyet egy „rövidtávon csábító / hosszútávon hátrányos” és egy „rövidtávon hátrányos/hosszútávon hasznos” alternatíva között teszünk.” (LIPPAI, 2008, 6.o.). Ezek a döntések olyan választások, melyeknek hatása a jövőben következik be (BERNS ET AL., 2007).

Közel 80 éven keresztül, a közgazdászok a diszkontált hasznosság modelljét használták az intertemporális döntések vizsgálatára. A modell azt feltételezi, hogy az emberek a döntéseikből fakadó örömet és fájdalmat ugyanúgy értékelik, ahogy a pénzügyi piacok értékelik a nyereséget és veszteséget, exponenciálisan diszkontálva a kimenetel értékét attól függően, hogy az időben mennyire későn következik be (BERNS ET AL, 2007). A diszkontált hasznosság modellje az intertemporális döntések mögötti pszichológiai tényezőket próbálja modellezni, ahol a diszkontráta konstans (BÖLCSKEI, 2009). George Ainslie volt az első, aki kétségbe vonta a diszkontált hasznosság modelljének érvényességét. Szerinte a diszkontrátának exponenciálisnak kell lenni (AINSLIE, 1975). A legelfogadottabb modell a hiperbolikus diszkontálás modellje, ami sokkal jobban magyarázza az intertemporális döntéseket az önkontrollproblémák tükrében (BÖLCSKEI, 2009). Elster (2001, in LIPPAI 2008, 55.o) alapján *“a fogyasztói önkontrollt úgy definiálhatjuk, mint az intertemporális fogyasztói döntésekben az elvárt (racionális) kimenetelhez képest tapasztalt anomáliák egyik lehetséges magyarázó elvét, amely alapvetően két irracionális fogyasztói magatartásformára (?) / heurisztikára (?) utal: a rövidlátásra és a halogátásra.* Ez a megközelítés is igényli a *homo oeconomicus* emberkép korrekcióját, de alapaxiómáit változatlanul hagyja.”

A hiperbolikus modellel magyarázott önkontroll probléma leírására dolgozta ki Fudenberg-Levine (2006) a kettős én modelljét. Lényege, hogy az egyének egyszerre előrelátók és tervezők és rövidlátó cselekvők. A tervező én hosszú távon igyekszik maximalizálni a hasznot, míg a cselekvő én önző és rövidlátó módon cselekszik. A konfliktus forrása az ellentétes érdekek. A tervező én azonban igyekszik ösztönözni a cselekvő ént, mégpedig úgy, hogy ösztönzők használatával igyekszik megváltoztatni a cselekvő én preferenciáit, vagy pedig szabályokat állít fel és ellenőriz. Például fogyókúra esetén minden hónapban ellenőrzi, hogy mennyit fogyott az egyén. Fogyókúra vagy diéta esetén az is megoldás lehet, ha a tervező én nem korlátozza egyetlen cselekvésre a cselekvő én lehetőségeit, hanem csak korlátozza, lecsökkenti azokat (BÖLCSKEI, 2009).

Szintén az intertemporális döntésekkel összefüggő önkontroll problémák magyarázatára létrehozott modell az elköteleződés iránti vágy modellje. Gul-Pesendorfer (2001) modelljének lényege, hogy az egyén korlátok közé szorítja választási lehetőségeit, így próbál önkontrollt gyakorolni és ellenállni a kísértésnek. Ha magas önkontrollal rendelkezik, akkor azt az alternatívát fogja választani, ami magasabb hasznossággal jár hosszú távon.

Az intertemporális döntésekkel összefüggő önkontroll problémák modellezésére szolgál még az akaraterő modellje (OZDENOREN ET AL., 2006). A modell magyarázatára a tortaelfogyasztás egyszerű példája szolgál. A diszkontált hasznosság modelljét használva az egyén a tortát egyenletes ütemben fogyasztja el. A valóságban azonban ez gyakran úgy történik, hogy az egyén egyre nagyobb mennyiséget fogyaszt a tortából, ezt azonban sem a hiperbolikus, sem a kettős én modellje nem tudja megmagyarázni, csak az akaraterő modellje. Ez a modell egyszerre magyarázza a *„jelen felé torzított preferenciákat, a preferencia változást, az elköteleződés iránti igényt és a növekvő fogyasztási sor iránti preferenciákat”* (BÖLCSKEI, 2009). A modell szerint a korábbi kognitív megterhelés befolyással bír a későbbi fogyasztásra, mivel csökkent az akaraterő. De elképzelhető az is, hogy a legjobbat hagyjuk a végére, tehát negatív preferencia valósul meg. Valamint az egyén gyakran hajlamos két, önkontrollt igénylő cselekvést összekötni, például a dohányzásról való leszokást és az evést. A dohányzásról lemond, de közben megengedi magának, hogy elcsábuljon és többet egyen a kelletnél. *“A fogyasztó ugyanis akkor fejt ki akaraterőjét, amikor annak a legkisebb az alternatív költsége, azaz amikor még nagy az akaraterője, és mielőtt még az idő múlásával elfogyna, így a megnövekedett fogyasztás közvetett határhaszna idővel nő.”* (BÖLCSKEI, 2009).

4. Fogyasztói önkontroll és a táplálkozás kapcsolata

A táplálkozás és az önkontroll kapcsolatával is számos kutató foglalkozott már, ezek fókuszában főként az elhízás áll. Az elmúlt 50 évet vizsgálva láthatjuk, hogy a technológia fejlődésének köszönhetően az ételmiszerárak egyre csökkentek, míg az egyre több ülőmunka miatt a mozgás intenzitása visszaesett. Az elhízás főként ezek okokra vezethető vissza (LAKDAWALLA – PHILIPSON, 2002). A technológiának köszönhetően a munka is produktívabb lett, így egyre kevesebb intenzitással és kalória elégetéssel végezhető el egyre több feladat, ami szintén az elhízást segíti elő (FINKELSTEIN ET AL, 2005). Ugyan az elhízásnak egészségügyi oka is lehet, mégis látható, hogy a túlsúlyra ható fő faktor az egyén személyes életmódja. Ebből következően „az önkontroll változójának igen jelentős szerepe lehet egy olyan viselkedésforma kialakulásában, ahol a fogyasztók, akik teljes mértékben tudatában vannak a testmozgás előnyeinek és az egészségtelen táplálkozás hátrányainak, mégis egészségtelen életmódot folytatnak.” (LIPPAI, 2010, 77.o.).

Stutzer és Frey (2006) szerint az elhízás oka a gyenge önkontroll és az egyén rövidlátása. Kimutatható, hogy ha valaki nagyobb súlytól szabadul meg, akkor könnyebben kontrollálja viselkedését. A probléma forrása, hogy az emberek túl sok lehetőséggel találkoznak, aminek alacsony az azonnali határkölsége, de magas a hosszú távú határhaszna. Az önkontroll hiánya miatt rövidlátással fordulnak ezek felé a lehetőségek felé. Lehet, hogy néhány kísértésnek ellen tudnak állni, de a túl sok lehetőség miatt nehezen kontrollálják döntéseiket. Ez összefügg a fentebb említett akaraterő modelljével (OZDENOREN ET AL, 2006).

Az önkontrollnak a döntési szituáció több fázisában is szerepe lehet. A problémafelismerés során a jövőbeli célok meghatározásánál ellentét alakulhat ki a rövid-, illetve hosszú táv között. De az információkeresés és értékelés során is önkontrollra van szükség a megfelelő választáshoz. A információgyűjtéshez időre van szüksége a fogyasztónak, ennek hiánya gyakran impulzusvásárláshoz vezet (LIPPAI, 2010).

A fogyasztói önkontroll vizsgálata és a fogyasztók motivációinak vizsgálata elősegítheti egy olyan prevenciós egészségügyi politika létrejöttét, mely erősíti az önkontrollt a fogyasztókban az egészséges táplálkozással kapcsolatban. Így a jövőben csökkenhetnének az egészségügyi kiadások, ezzel együtt az adófizetőkre rótt terhek is.

5. Evési magatartás vizsgálata

Az evési magatartást tartják a legfontosabb faktornak az elhízás és a kapcsolódó betegségek kezelésével és megelőzésével kapcsolatban (DANIELSEN ET AL., 2013). Az egyes ételek önmagukban nem egészségesek, vagy egészségtelenek. A pozitív vagy negatív hatásaik eléréséhez rendszeresen kell fogyasztanunk őket. Nem fogunk azonnali hatást tapasztalni, mint a gyógyszerek esetében. Ugyanez igaz az elhízásra is. Nincsenek hizlaló vagy zsírégető ételek, a súlygyarapodása egy nagyon egyszerű képlet eredménye: ha több kalóriát viszünk be a szervezetünkbe, mint amit elégetünk, akkor hosszú távon hízni fogunk (DOVEY, 2010). A pszichoszomatikus elmélet szerint azok, akik az érzelmek hatására (félelem, harag, szorongás) esznek, nem ismerik fel ezt az ingert, ezért visznek be túlzottan sok kalóriát a szervezetükbe (KAPLAN – KAPLAN, 1957). Ehhez hasonlóan vélekedik az externális elmélet, ami szerint a külső környezet határozza meg az étkezési magatartást és a túlsúlyos emberekből túlságosan erős reakciót vált ki az ételmiszer látványa és illata (SCHACHTER – RODIN, 1974). Szintén az evési magatartáshoz kapcsolódik a korlátozás elmélete, ami szerint a diéta során az egyén a testsúly csökkentése vagy megtartása érdekében tudatosan visszafogja az étel fogyasztást, ami az anyagcsere folyamatok lassulásához és az éhségérzet csökkenéséhez vezet. Azonban amint csökken az önkontroll (például alkohol vagy negatív érzelmek hatására), a kognitív korlátozás is csökken és az étkezési magatartás az ellenkező irányba fordul, túlzott táplálékbevitelhez vezet. Ezen kívül a korlátozott evés hatására az egyén elvesztheti a kontrollt az éhségérzet és a

telítettségérzet felett, ami érzelmi vagy külső hatásra történő evéshez vezet (HERMAN – POLIVY, 1975).

Az evési magatartással és attitűdökkel számos kutatás foglalkozik, több mérési módszert is kifejlesztettek ennek vizsgálatára. Garner és Garfinkel (1979) *Evési attitűdök tesztjével* (Eating attitude test - EAT) főként az étkezési zavarok vizsgálhatóak. Herman és Polivy (1980) *Korlátozás skálájával* azt mérhetjük, hogy az egyén mennyire tudatosan korlátozza a táplálékbevitelt, hogy ezzel testsúlyát korlátozza. Ez a kérdőív adta a *Háromfaktoros Evési Magatartás Kérdőív* (Three Factor Eating Questionnaire - TFEQ) (STUNKARD-MESSICK, 1985) és a *Holland Evési Magatartás Kérdőív* (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ) (VAN STRIEN ET AL., 1986) alapját. Mindkettő három evési magatartást vizsgál: a TFEQ a kontrollálatlan evést, a kognitív korlátozást és az érzelmi evést különbözteti meg, a DEBQ pedig a visszafogott evést, az érzelmi evést és a külső hatásokra történő evést.

Jelen kutatás során a Holland Evési Magatartás Kérdőívet (DEBQ) használtuk fel. Az evési magatartás mérésére szánt kérdőívet 1986-ban van Strien és társai fejlesztették ki. Az eredetileg 46 tételből álló kérdőívet később 33 kérdésre csökkentették, melyet azóta több országban is validáltak (többek között Brazília, Kína, Spanyolország, Franciaország) (MOREIRA ET AL., 2017; WU AT AL., 2017; CEBOLLA ET AL., 2013; BAILLY AT AL., 2012).

A kérdőív három alskála segítségével vizsgálja az evési magatartást. A *külső hatásra történő evés* skála vizsgálja az egyén éhségérzetétől függetlenül, az élelmiszerekhez kapcsolódó külső ingerek hatására történő fogyasztást. A *visszafogott evés* skála azt méri, hogy az egyén szándékosan visszafogja-e ételmiszer fogyasztását a testsúly csökkentése vagy a túlsúly megelőzése érdekében. A harmadik, *érzelmi evés* skála az érzelmek (például harag, feszültség, idegesség) táplálkozásra gyakorolt hatását vizsgálja (VAN STRIEN ET AL., 1986).

6. Primer kutatás

Empirikus vizsgálatunk során a fiatalok önkontroll szintjét vizsgáltuk, valamint az étkezési magatartásukat. Feltételezzük, hogy aki kisebb önkontrollal rendelkezik, az hajlamosabb az érzelmi vagy a külső hatásra történő evésre, míg akinek magasabb az önkontroll szintje, arra a visszafogott evés a jellemző.

Az önkontroll mérésére Tangney–Baumeister–Boone (2004) önkontroll skáláját használtuk, amely egy pszichológiai módszer alapján létrehozott eszköz az önkontrollra jellemző személyiségvonások vizsgálatára. Az étkezési magatartás mérésére pedig a már fentebb említett, evési magatartás mérésére szánt Holland Evési Magatartás Kérdőívet (DEBQ) használtuk.

A kérdőív lekérdezését egy kismintás (10 fő) próba lekérdezés előzte meg, ezzel biztosítottuk, hogy a kérdések mindenki számára érthetőek legyenek. A kérdőívet összesen 104 fő töltötte ki, a válaszadók 16 és 31 év közötti egyetemista, vagy egyetemet végzett fiatalok kerültek be. 88,5%-uk városban lakik, így feltételezhető, hogy elérhetőek számukra a kérdésekben felsorolt vendéglátóhelyek. A válaszadók 68,3%-a havonta több, mint 30.000 Ft-ból gazdálkodik (amit nem szállásra és rezsire költ), 45,2%-uk pedig 50.000 Ft feletti összeget költhet egyéb kiadásokra.

A Tangney–Baumeister–Boone (2004) önkontroll skálát a vizsgált mintán lekérdezve a következő eredményeket kaptuk: 102 értékelhető válasz született a kérdőív kitöltése során. A mintába 18 és 31 év közötti fiatalok kerültek be. Az önkontroll skála által mért érték minimuma 55,8, maximuma 130,2. A pontszámok átlaga 97,49, a szórás pedig 13,67. Ezen eredmények eltérnek a Tangney–Baumeister–Boone (2004) és Lippai (2010) általa mért eredményektől. Az amerikai kutatás során mért önkontroll skála átlagok (114,47 és 102,66) és szórások (18,81 és 18,19) is magasabbak az általunk mért értékeknél. Ezzel szemben a Lippai (2010) általa mért

átlag (127,5) alacsonyabb, mint az általunk mért, valamint az önkontroll skála pontszámai is kisebb skálán mozognak (min: 70, max: 175).

7. Eredmények

Az önkontroll skála vizsgálatához az összes változót azonos formára hoztuk úgy, hogy a magasabb pontszám mindenhol nagyobb önkontrollt jelentsen, az alacsonyabb pedig kisebb önkontrollt. Ezután megvizsgáltuk a Cronbach's Alfa-t, hogy mennyire korrelálnak a változók. A Cronbach's Alfa értéke 0,822 lett, ami azt jelzi, hogy konzisztensek a változóink.

Az önkontroll skálából három kategóriát alakítottunk ki. Az átlagtól ± 1 szórásnyi tartományba eső értékek kerültek a *közepes* csoportba, az ettől alacsonyabb pontszámúak a *gyenge*, a magasabb pontszámmal rendelkezők pedig az *erős* önkontroll csoportba. Ezzel a csoportosítással 18 fő rendelkezik gyenge, 65 fő közepes és 19 fő erős önkontrollal. Az nők és férfiak eloszlása egyenletes az egyes önkontroll kategóriák között.

Továbbá a DEBQ skála kérdéseiből faktoranalízis segítségével sikerült létrehozni az eredeti skála alapján meghatározott faktorokat, azaz az érzelmi evés, a külső hatásra történő evés, illetve a visszafogott evés faktorokat. Itt fontos azonban megemlíteni, hogy a kitöltőink válaszai alapján csak úgy tudtuk létrehozni ezeket a mesterséges változókat, hogy egyes állításokat az eredeti változók közül nem vontunk be a faktoranalízisbe. Így az érzelmi evés faktorba összesen 11 eredeti változó, a visszafogott evés faktorba 7, az külső hatásra történő evés faktorba pedig 3 eredeti állítás került. Az eredeti változók információ tartalma 63,8 százaléknyi volt, amely megfelelőnek mondható az általunk elvégzett kutatás vizsgálatára.

1. táblázat

Az önkontroll szint kategóriák összevetése az evési magatartás kategóriákkal

Önkontroll kategória	Evési magatartás		
	Érzelmi evés	Visszafogott evés	Külső hatásra történő evés
Gyenge	+0,359	-0,152	+0,181
Közepes	+0,042	+0,073	+0,079
Erős	-0,477	-0,097	-0,436

Forrás: Saját szerkesztés

Az önkontroll skálát ezután összevetettük az evési magatartás faktorokkal (1. táblázat). A táblázatban szereplő pozitív értékek azt jelölik, hogy az adott önkontroll csoportba tartozókra az adott faktor jobban hatással van, mint összes megkérdezettre általában, míg a negatív értékek az jelölik, hogy az átlaghoz képest kevésbé van hatással rájuk az adott evési faktor. Minél nagyobb az eltérés nullától, annál jelentősebb ez a hatás. Így azt láthatjuk, hogy elemzésünk során várakozásainknak megfelelően, hogy a gyenge önkontrollal rendelkezők étkezési szokásaira vannak legnagyobb hatással az érzelmek és a külső ingerek, továbbá ez a csoport az, amely legkevésbé hajlamos arra, hogy visszafogja ételmiszerfogyasztását. Ezzel ellentétben az erős önkontrollal rendelkező egyénekre nem jellemző sem az érzelmek, sem a külső hatására történő evés. Első ránézésre érdekes az az eredmény, hogy a legerősebb önkontrollal rendelkező

csoport esetében az átlagnál gyengébben mutatkozik meg az étkezés visszafogása. Azonban hogyha jobban belegondunk ebbe, akkor ez logikus, hiszen láthattuk, hogy a magas önkontrollal rendelkezőkre sem az olyan külső hatások, mint a finom étel illata vagy látványa, sem az érzelmek nem hatnak, így feltételezhető, hogy nincs annyira szükségük a táplálkozás visszafogására, hiszen ők egyébként sem csábulnak el. Továbbá a közepes önkontrollal rendelkezőknél is az általunk várt eredmények születtek. Az ezen csoportba tartozók étkezésére mind az érzelmek, mind a külső hatások hatnak, továbbá az étkezés visszafogása is jellemző rájuk, azonban ezek a hatások egyik faktor esetében sem sokkal erősebben jelennek meg, mint az átlagban.

Tehát ezen eredmények alapján elmondható, hogy a gyenge önkontrollal rendelkező egyénekre jellemzőbb az érzelmek vagy a külső tényezők hatására történő evés. Az erős önkontrollal rendelkező személyekre egyetlen evési magatartás kategória sem jellemző. Feltételezzük, hogy ők sem az érzelmek, sem külső tényezők hatására nem csábulnak el és fogyasztanak több ételt, mint amire a szervezetüknek szüksége lenne, ezért a visszafogott evés sem jellemző rájuk, hiszen erős önkontrollal nincs szükségük rá.

8. Konklúzió

A klasszikus közgazdaságtan racionális fogyasztót eredményez, aki mindig mérlegel a választási lehetőségek között és mindig az optimális lehetőséget választja. A gyakorlat viszont azt mutatja, hogy ez nem így van. Az egyént érzelmei is befolyásolják döntéseinél, esetünkben az étkezéssel kapcsolatos döntések meghozatalakor.

Az étkezéssel kapcsolatos döntések során gyakran szembesülünk az intertemporalitás problémájával, különösen igaz ez az egészségtelen ételek fogyasztására. Az egyén az aktuális helyzetét értékeli és az alapján dönt, nem veszi figyelembe a döntései miatt a jövőben bekövetkező negatív hatásokat. Ezen döntésekre hatással lehet étkezési magatartása is, hiszen gyenge önkontrollal rendelkezik, akkor érzelmek vagy külső tényezők hatására hajlamos több ételt fogyasztani.

Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy van-e összefüggés a fiatalok önkontroll szintje és az evési magatartásuk között. A kérdés megválaszolására kérdőíves kutatást végeztünk, melynek alapját Tangney–Baumeister–Boone (2004) önkontroll skálája, valamint a Holland Evési Magatartás kérdőív (DEBQ) adta. Három önkontroll szint kategóriát hoztunk létre (*gyenge, közepes, erős*), amit összevetettünk a három evési magatartás kategóriával (*érzelmi evés, visszafogott evés és külső hatásra történő evés*). Eredményeink azt mutatják, hogy a gyenge önkontrollal rendelkező egyénekre sokkal inkább jellemző, hogy fokozott érzelmek hatására több ételt fogyasztanak, valamint ha meglátnak egy számukra kívánatos ételt, akkor azt elfogyasztják, függetlenül attól, hogy éppen éhesek-e vagy szüksége van-e szervezetünknek a plusz kalóriákra, továbbá az étkezés visszafogása sem jellemző rájuk. Ezzel szemben az erős önkontrollal rendelkezőkre sem az érzelmek, sem a gusztusos ételek sincsenek hatással, emiatt nekik nem is kell visszafogniuk az étkezésüket, hiszen alapvetően nem „bűnöznek”.

A mintánkba egyetemista és egyetemét végzett fiatalok kerültek be, így érdemes lenne a jövőben más mintán is elvégezni a kutatást, valamint részletesebben megvizsgálni, hogy az erős önkontrollal rendelkező személyek és a visszafogott evés között valóban az az összefüggés lelhető-e meg amelyet mi gondolunk. Ehhez érdemes lenne egy másik lekérdezés során a megkérdezettek fittségi állapotát is megvizsgálni, például a BMI index meghatározásával vagy a sportolási szokások megkérdezésével. Ezáltal fény derülhetne arra, hogy a magasabb önkontrollal rendelkezők, akikre az egyik DEBQ faktor sincs hatással, azok valóban egészségesebbek, fittebbek-e mint a másik két csoport, illetve, hogy a táplálkozás mellett a sportra is odafigyelnek-e.

Irodalomjegyzék

- Ainslie, G. (1975) Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness. *Psychol. Bull.* 82, 463–496
- Bailly, N. – Maitre, I. – Amanda, M. – Hervé, C. – Alaphilippe, D. (2012): The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*, 59 (3), 853–858.
- Berns, G. S., Laibson, D., & Loewenstein, G. (2007). Intertemporal choice--toward an integrative framework. *Trends In Cognitive Sciences*, 11(11), 482-488.
- Black, A. - D'Onise, K. - McDermott, R. - Vally, H. - O'Dea, K. (2017): How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? A systematic review. *BMC Public Health*, 17 (1) 818.
- Bölskei V. (2009): Az intertemporális döntések viselkedési közgazdaságtani modelljeinek áttekintése. *Közgazdasági Szemle*, LVI. évf., november, pp. 1025–1040.
- Cebolla, A. – Barrada, J. R. – van Strien, T. – Oliver, E. – Baños, R. (2014): Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58–64.
- Danielsen, K. K. – Svendsen, M. – Mæhlum, S. – Sundgot-Borgen, J. (2013): Changes in body composition, cardiovascular disease risk factors, and eating behavior after an intensive lifestyle intervention with high volume of physical activity in severely obese subjects: a prospective clinical controlled trial. *Journal of obesity*, 2013, 325-464.
- Dovey, T. (2010): *Eating Behaviour*, McGraw-Hill Education
- Finkelstein, E. - Ruhm, C. J. - Kosa K. M. (2005): Economic Causes and Consequences of Obesity. *Annual Review of Public Health*. (26) 239-257. [1]
[SEP]
- Friedman, M. (1986): A pozitív közgazdaságtan módszertana. In Riesz M. (szerk.): *Infláció, munkanélküliség, monetarizmus: válogatott tanulmányok*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Garner, D. M. – Garfinkel, P. E. (1979): The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Golovics J. (2015): Korlátozott racionalitás és altruizmus: behaviorizmus a közgazdaságtudományban. *Hitelintézet Szemle*. 14 (4) 158-170.
- Gul, F.–Pesendorfer, W. (2001): Temptation and Self Control. *Econometrica*, Vol. 69. No. 6. 1403– 1436. o.
- Hámori, B. (1998): *Érzelemgazdaságtan. A közgazdasági elemzés kiterjesztése*, Kossuth Kiadó, Budapest.
- Herman, C. P. – Polivy, J. (1975): Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of abnormal psychology*, 84(6), 666.
- Huszka P. - Dernóczy-Polyák A. (2015): Táplálékkod legyen egészséged – ételmiszer fogyasztási szokások vizsgálata a fiatalok körében. In: EMOK – XXI. Országos Konferencia Tanulmánykötet – Marketing hálózaton innen és túl.
- Jones, B. D. (1999): Bounded Rationality'. *Annual Review of Political Science*. 2 (1) 297-321.
- Kaplan, H. I. – Kaplan, H. S. (1957): The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Khatoun, S. - Ahmed, A. - Zubair, M. (2017): BMI; Dietary Practices Of School Going Children And Their BMI May Predict Future Health Hazards. *Professional Medical Journal*, 24 (9) 1392-1397.
- Lakdawalla, D. - Philipson, T. (2002): The Growth of Obesity and Technological Change: A Theoretical and Empirical Examination. NBER Working Papers

- Lippai, L. (2010): Az önkontroll szerepe és jelentősége az intertemporális fogyasztói döntésekben, Doktori Értekezés
- McFadden, D. (1999): Rationality for Economists? *Journal of Risk and Uncertainty*. 19 (1-3)
- Moreira, G. S. X. – Mota, D. C. L. – Lorenzato, L. – Kakeshita, I. S. – Costa, T. M. B. – Almeida, S. S. (2017): Transcultural Adaptation Procedures for the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Brazil. *Avaliação Psicológica*, 16 (4), 426–435.
- Mulvaney, S. - Lee, J. (2017): Motivating Health Behaviors in Adolescents Through Behavioral Economics. *JAMA Pediatrics*. 171 (12) 1145-1146.
- O'Donoghue, T. - Rabin, M. (2006): Optimal sin taxes, *Journal of Public Economics*, vol. 90, no. 10-11, pp. 1825-1849.
- Ozdenoren, E.–Salant, S.–Silverman, D. (2006): Willpower and the Optimal Control of Visceral Urges. NBER Working Paper, 12278.
- Schachter, S. - Rodin, J. (1974): Obese humans and rats. Lawrence Erlbaum
- Simon, H. A. (1986): Rationality in Psychology and Economics. *The Journal of Business*. 59 (4) S209-S224.
- Statisztikai tükör, KSH (2017): Az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon 2010–2015
- Stutzer, A. - Frey, B. S. (2006): What Happiness Research Can Tell Us About Self-Control Problems And Utility Misprediction, Institute for Empirical Research in Economics Working Papers
- Székely, M. (2003): A fogyasztói magatartás alapjai: a lélek- és a gazdaságtan alapfeltevései a fogyasztásról' in *Gazdaságpszichológia*, szerk. Hunyady, Gy. és Székely, M., Osiris Kiadó, Budapest
- Tangney, J. P.–Baumeister, R. F.–Boone, A. L. (2004): High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, Vol. 72. No. 2. 271–322. o.^[1]o.^[SÉP]
- US Government Printing Office (2010): Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans (7) Washington, DC
- Van Strien, T. – Frijters, J. E. R. – Bergers, G. P. A. – Defares, P. B. (1986): The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2) 295-315.
- Vázquez, F. - Torres-Iglesias, A. (2012): Behavioral and Psychosocial Factors in Childhood Obesity. *Childhood Obesity*
- Wu, S., Cai, T. – Luo, X. (2017): Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Chinese adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 282–288.