Vol. 37. (2026) No. 1.
pp. 109–147.
DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org
Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TANULMÁNY

„Ez a világ most nekem bezárult” – Cukorbetegek táplálkozása egy kvalitatív vizsgálat alapján[1]

Kollányi Zsófia
Szántó Zsuzsa
Kovács Katalin

Kollányi Zsófia: PhD, szociálpolitikus, közgazdász, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, ESSRG kutatóintézet; kollanyi.zsofia@tatk.elte.hu
Szántó Zsuzsa: PhD, szociológus (utolsó munkahely: Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet); szanzsu1@gmail.com
Kovács Katalin: PhD, szociológus, epidemiológus, KSH Népességtudományi Kutatóintézet; kovacs@demografia.hu

ABSZTRAKT Magyarországon közel másfél millió cukorbeteg él. A diabétesz kezelésének sikere, a szövődmények elkerülése nagyon nagy mértékben múlik azon, mennyire képes a beteg az önmenedzsmentre – életmódja, táplálkozása (át)alakítására. Tanulmányunkban egy interjús adatfelvétel eredményei alapján mutatjuk be, hogyan látják, hogyan kezelik, hogyan élik meg a cukorbetegek saját táplálkozásterápiájukat. Az interjúk elemzése alapján a legfőbb támogató tényezőknek a használható, praktikus információkhoz való hozzájutást és a társas támogatás különböző formáit találtuk. Nehézséget elsősorban ezek hiánya, valamint a többféle kontextusban is felmerülő lemondás, az anyagi szűkösség, a munkával és egyéb kötelességekkel összefüggő időszűke/rendszertelenség, és – mindettől nem függetlenül – a családi nemi szerepekből fakadó nyomás jelent. Eredményeink összefoglalását szakpolitikai javaslatokkal egészítettük ki.

Kulcsszavak: diabétesz, táplálkozás, társadalmi egyenlőtlenségek, élelmiszer-hozzáférés, egészségműveltség

„That world has closed off to me now” – diet- and life-management among people with diabetes

ABSTRACT There are nearly one and a half million people living with diabetes in Hungary. The success of diabetes treatment and the avoidance of complications depends greatly on the patients’ ability of self-management, primarily to what extent they can (re)shape their lifestyle and nutrition. Based on the results of a qualitative study, this paper presents how diabetics see, manage, and experience their own diet therapy. According to the interviews, the main supporting factors are useful, practical information and various forms of social support. Difficulties primarily stem from the lack of these factors as well as the challenges of giving up former eating habits, financial hardships, time constraints and irregularity related to work and other duties, and – not independently of these – the pressure arising from family gender roles. We complemented our results with policy recommendations.

Keywords: diabetes, nutrition, social inequalities, food access, health literacy

[1] A kutatást és a tanulmány elkészítését a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal K129071 sz. projektjén keresztül támogatta

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

1. BEVEZETÉS

Krónikus betegséggel élni nehéz. Cikkünkben diabétesszel élő betegekkel készült interjúk alapján mutatjuk be, milyen problémákkal küzdenek az érintettek a mindennapjaikban, elsősorban az étkezéssel kapcsolatos mozzanatokra koncentrálva. E betegség „kezelésének" sikeressége – a medikális tudás szerint is – csak részben múlik az orvosi kezelésen, legalább olyan fontos a megfelelő, a cukorszint alacsonyan tartásához hozzájáruló diéta. A „megfelelő diéta" pedig jóval több, mint a „megfelelő élelmiszerek" fogyasztása. Az alkalmas élelmiszerek beszerzése, az ételek elkészítése, az étkezések ütemezésének betartása, az étkezések tartalmának összhangba hozása az aktuális állapottal, illetve a gyógyszerszedéssel, mind része a sikeres diétának, így szigorú kereteket szabhat a mindennapi életvitelnek, és konfliktusokhoz, nehézségekhez vezethet a betegek életében, interperszonális kapcsolataiban is. Cikkünk ezeket a tényezőket mutatja be azon csomópontok mentén, amelyek a rögzített betegségtörténetekben a betegek szerint említésre érdemesnek bizonyultak.

Magyarországon körülbelül 1,4 millió ember élhet kettes típusú (vagyis felnőttkorban kialakuló) cukorbetegséggel, hiszen a háziorvosi regiszterekben nyilvántartott betegek száma 1 millió 162 ezer volt (2023-ban), a látencia mértéke pedig 16% körüli (az összes érintett ekkora hányada feltételezhetően felderítetlen) (Fazekas–Pongor et al., 2024).

Az érvényes szakmai irányelv (Belügyminisztérium, 2023) alapján a diabétesz diagnózisát az éhgyomri és a terheléses glükóztolerancia-teszten mért vércukorértékek alapján lehet felállítani. A betegség valamennyi stádiumában kiemelt jelentősége van a diétának (hivatalos megnevezés szerint orvosi táplálkozásterápiának vagy dietoterápiának), ami az irányelv szerint egyébként „alig különbözik az egészséges étkezéstől" (Belügyminisztérium, 2023, 32.).

Cikkünkben arra keresünk választ, hogy a cukorbetegek beszámolói, saját tapasztalatai szerint milyen tényezők segítik, és mik hátráltatják az előírt diéta betartását.

1.1. A cukorbetegség kezelése és annak társadalmi összefüggései

A cukorbetegség krónikus állapot, amelynek kezelése részben az egészségügyi ellátórendszernek, jelentős részben viszont a maguknak a betegeknek a feladata. Az önmenedzsment a cukorbetegek, főként a 2-es típusú diabéteszben szenvedők elsődleges stratégiája a vércukorszint normális szinten tartása elsősorban a szövődmények elkerülése érdekében (Woodward et al., 2024; Aweko et al., 2018). Ez tabletták és/vagy inzulin alkalmazásával, valamint nem kis részben a megfelelő életmód kialakításával és fenntartásával érhető el (Lawton et al., 2005; Bukhsh et al., 2020).

A betegség szinten tartásának vagy esetleges javulásának alapfeltétele, hogy a beteg tájékozott legyen az önmenedzselés lehetőségeiről és módszereiről, továbbá hogy ezek megvalósításához támogatást kapjon az egészségügyi szakemberek, a család és a tágabb környezet részéről (Fischer et al., 2012; Aweko et al., 2018). A diabétesz önmenedzsmentje emellett megkíván bizonyos számolási készségeket is. A cukorbetegeknek meg kell érteniük a vércukormérések eredményét, képesnek kell lenniük a gyógyszeradagok (különösen az inzulin) kiszámítására, valamint az étrendi ajánlások és a tápanyagcímkék értelmezésére (Rothman et al., 2008). A betegség természetének, folyamatainak megértése, felfogása, az érintettnek az állapotával kapcsolatos attitűdjei és hiedelmei befolyásolják az önmenedzselési döntéseket.

CC BY

Hátráltatja a megfelelő rutin kialakulását, ha az egészségügyi szakemberek nem vesznek részt a konkrét önmenedzselési tervek elkészítésében, nem adják át az ehhez szükséges ismereteket, illetve ha nem győződnek meg arról, hogy a beteg tisztában van a kezelési sémák szerepével és képes kialakítani a szükséges rutinokat. Az állapot még az ajánlások betartása mellett is rosszabbodhat, ami miatt a beteg súlyos frusztrációt élhet meg (Nagelkerk, Reick, Meengs, 2006), és motiválatlanná válhat. Az önmenedzselés egyik előfeltétele, hogy az egyén higgyen abban, hogy képes elvégezni a kívánt cél eléréséhez szükséges feladatokat. Akiknek megfelelő tudásuk van az állapotuk kezelésének lehetséges módjairól, és általában véve a több erőforrással (pl. tudással, pénzzel, személyes támogatással) rendelkezők hatékonyabban tudják alkalmazni ismereteiket. A kihívások nagyobbak a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű betegek körében, így az ő kezelésük külön figyelmet követel meg (Aweko et al., 2018).

Számos vizsgálat bizonyítja, hogy az érintettek a családtagokat (főként a házastársakat és a gyermekeket) tekintik legfőbb támaszuknak a napi önmenedzselési feladatok elvégzésében. Egy svéd vizsgálat szerint a férfiak inkább támaszkodnak a család, különösen a házastársak támogatására, míg a nők autonómabbak az étkezéssel kapcsolatos döntésekben és az ételek elkészítésében (Aweko et al., 2018). A házastárs étrendje, étkezési szokásai szintén hatást gyakorolnak a diéta betartására vagy mellőzésére (Rajput, Ashraff, Siddiqui, 2022). Hátráltató tényező a betegek sűrű napi elfoglaltsága, pl. a munkahelyi aktivitás vagy a háztartás fenntartása, ami sok esetben szükségszerűen prioritást élvez a betegségmenedzsmenthez képest. Ilyen természetű nehézségekről a szakirodalom inkább a nők esetében számol be (Aweko et al., 2018). További problémát jelentenek az ünnepek, a családi és társas összejövetelek, amelyek többnyire felborítják a megszokott rutint (Webster et al., 2019; Aweko et al., 2018).

A helyes táplálkozás jelentősége a cukorbetegség kezelésében nyilvánvaló, ugyanakkor anyagi szempontból nagy kihívást jelenthet. Sokan szembesülnek krónikus állapotuk kezelésének pénzügyi korlátaival. A cukorbetegség menedzsmentjének egyik legsúlyosabb akadálya a háztartások szegénysége, és ennek az érintettek szempontjából legfontosabb következménye a háztartások élelmiszer-biztonságának hiánya (Kirby, Bernard, Liang, 2021; Tariq et al., 2024). Más országok tapasztalatai is azt mutatják, hogy hiába javasolt például a friss gyümölcsök és zöldségek fogyasztása, a rosszabb anyagi helyzetű cukorbetegek a szükségesnél jóval kevesebbet fogyasztanak ezekből az élelmiszerekből, mivel nem elérhetők a számukra, illetve nem tudják azokat megvásárolni. Másfelől az emberek anyagi és kényelmi okokból is inkább vásárolnak szupermarketekben kapható, magas feldolgozottságú, kevésbé egészséges élelmiszereket, mert könnyebben elérhetők, olcsóbbak a piacon vásárolhatóknál, és hosszú a szavatossági idejük (Rajput, Ashraff, Siddiqui, 2022). Az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportok nagyobb valószínűséggel élnek alulfinanszírozott élelmezési környezetben, így érthetően ők viselik a táplálkozással összefüggő krónikus betegségek legnagyobb terhét (Odoms-Young et al., 2023, Kollányi et al., 2023).

1.2. A viselkedésváltozás COM-B modellje

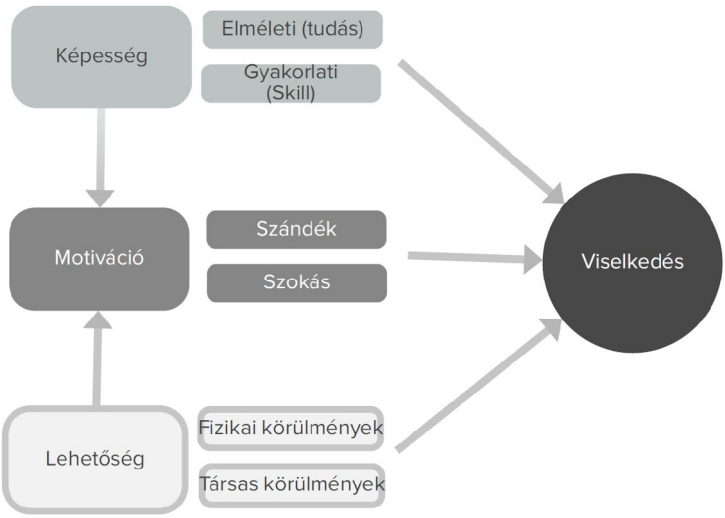
A diabéteszes dietoterápia, bár alapelveiben jobbára valóban megfelel egy „egészséges” táplálkozási rendnek, a legtöbb magyar ember életvitelében jelentős változásokat kíván meg: nem azt, nem annyit, nem akkor, és nem úgy elkészítve kell fogyasztani, mint korábban. A nép-

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

egészségügy különböző területein elterjedt a „viselkedésváltozási kerék" (Behavioral Change Wheel, BCW) használata a hasonló helyzetek elemzésére vagy beavatkozások tervezésére (Michie, Stralen, West, 2011), aminek alapját a szintén széles körben használt COM-B modell adja. A COM-B egy mozaikszó: elemei C mint Capability (képesség), O mint Opportunity (lehetőség), M mint motiváció és B mint Behavior (viselkedés).



1. ábra A viselkedés COM-B modellje
Forrás: The Decision Lab, https://thedecisionlab.com/reference-guide/organizational-behavior/the-com-b-model-for-behavior-change

A COM-B modell szerint a viselkedésváltozáshoz alapvetően három dolog kell: tudás és készségek, a külső környezet adta lehetőségek, és motiváció, vagyis elszánás a változásra; e három tényező egymással is interakcióban van. Ha ebből a háromból valamelyik hiányzik, nem lesz viselkedésváltozás: például hiába szeretne valaki az ajánlásoknak megfelelően étkezni, ha nem tudja, hogyan kell, ha nincs pénze megvenni a megfelelő ételeket, vagy ha a környezete nem támogatja ebben. A COM-B modellt számos tanulmány használja az életmód és kifejezetten a táplálkozás megváltoztatására fókuszáló elemzésekben, például populációs szintű intervenciótervezésben (Murphy et al., 2023; Cradock et al., 2022; Meloncelli et al., 2024) és egyéni kezelési tervek kialakításában (McCrossan et al., 2022). A modellt használó elemzések szerint az életmódváltás sikerességének fontos tényezője az egyénnek a diagnózisra adott érzelmi reakciója, az, hogy milyen praktikus és érzelmi támogatást képes neki nyújtani ebben a szűkebb-tágabb szociális környezete, hogy mennyire érti az életmódváltás potenciális pozitív hozadékait, vagy hogy mekkora konfliktusban van az „előírt" életmód az általa megszokottal (Boyd et al., 2020; Guo et al., 2024). Egy diétaváltásra fókuszáló, a COM-B-t használó tanulmány szerint a váltás fő akadályát az idő, a munkakörülmények, az ízlés és a váltással kapcsolatos kényelmetlenségek jelentik, annak legfontosabb „facilitátorai" pedig a várható pozitív egészséghatások és az, ha a megfelelő ételféleségek hozzáférése biztosított (Timlin, McCormack, Sompson, 2020).

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély
www.esely.org

Kutatásunk eredményeit részben ebben az értelmezési keretben fogjuk bemutatni, ezzel szándékaink szerint közpolitikai szempontból is könnyebbé téve azok értelmezését.

2. ADATOK ÉS MÓDSZER

2.1. Mintaválasztás

Kutatásunk kvalitatív fázisában 68 cukorbetegséggel élő személlyel készült interjú, amely betegségük történetét és állapotuk menedzsmentjét járta körül. Az interjúkat az ország tíz, a diabétesz halálozás szintjét tekintve különböző, illetve eltérő egészségügyi ellátottságú járásában vettük fel. A kiválasztott járásokon belül az interjúalanyokat kényelmi mintavétellel, majd pedig ehhez kapcsolódó hólabda módszerrel találtuk meg.

Az interjúk elemzésére kiválasztott módszer, amelyet később mutatunk be részletesen, igen intenzív, így jelen elemzésünkbe nem vontunk be minden elkészült interjút. Azt a 24-et választottuk ki, amelyek egyrészt elég részletesen szóltak az étrenddel kapcsolatos problémákról, másrészt reprezentálják Magyarország hat különböző régióját, összességükben pedig reprezentálják a különböző életkori és iskolai végzettség és lakóhelytípus szerinti csoportokat is. Az interjúalanyok listája a cikk mellékletében található.

2.2. Kutatásetikai eljárások

A hólabda módszer esetében vagy az interjúalany vette fel az interjúkészítővel a kapcsolatot, vagy előzetes (szóbeli) beleegyezését adta, hogy kapcsolatba lépjünk vele. Az interjú megkezdése előtt ismertettük az interjúalanyokkal a kutatás céljait, az interjú várható hosszát, valamint a kérdések jellegét. A résztvevőket tájékoztattuk arról, hogy az interjúkat digitálisan rögzítjük (kivéve, ha ez ellen kifogást emelnek), a felvételeket le fogják írni; valamint hogy biztosítjuk névtelenségüket, illetve azonosíthatatlanságukat. Az interjúkban részt vevő személyek írásbeli beleegyezésüket adták ahhoz, hogy ezen feltételek mellett részt vegyenek a kutatásban.

2.3. Az interjúk felépítése és az elemzés módszerei

Az interjúk alapkérdései:

1. A kérdezett személy aktuális állapota (a betegség stádiuma; kezelésmód; vércukorértékek; komorbiditás; szövődmények)
2. Betegségtörténet (betegségének kezdete, felfedezése, a kezelés megkezdésének helye, kezdeti kezelése; későbbi kezelési rezsimek)
3. Kezelés az interjút megelőző évben; a Covid-pandémia hatása, következményei
4. A betegség és a kezelés szubjektív értékelése
5. A kérdezett társadalmi helyzetére vonatkozó alapinformációk (iskolai végzettség, [utolsó] munkahely)

Az interjúk időtartama átlagosan 45 perc volt. Az interjúkat tartalmazó digitális hangfájlokból írásos szöveg készült, biztosítva, hogy minden információ elérhető legyen szöveges formában.

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

Az interjúk során a kérdésekre adott válaszok több irányba is elkanyarodtak, több elemzési területet jelöltek ki. Jelen elemzésünk csak a betegség menedzsmentjében kulcsfontosságú diéta, illetve tágabban az étkezés aspektusára irányult.

Az interjúk feldolgozása a tematikus analízis (Braun, Clarke, 2006) módszerével történt. A tematikus elemzés az interjúkból származó kvalitatív adatok elemzésének megbízható és rugalmas módszere, amely lehetővé teszi a kutatók számára, hogy értelmezzék a résztvevők összetett, szubjektív tapasztalatait. A tematikus analízis során nagy figyelmet kell fordítani a kutatói szubjektivitás kezelésére és arra, hogy a kódolás és a témák azonosítása során ne veszszenek el fontos részletek. Ennek érdekében az elemzők (egyben cikkünk szerzői) külön-külön többször elolvasták valamennyi interjút, és egymástól függetlenül megjelölték és kigyűjtötték az étkezésre, az élelmiszerekre és a diétára vonatkozó közléseket. Ezt követően összevetették a keletkezett közléslistákat, és létrehoztak egy teljes, minden elemző által jóváhagyott listát. Az egyes interjúkat részekre bontottuk, kiemeltük a téma szempontjából releváns közléseket – extraktokat –, kategóriákba soroltuk őket, és kódoltuk a bennük megfogalmazódó jelentésnek megfelelően. Ezeket a lépéseket is egymástól függetlenül végezték el az elemzők, majd az eredményeket értelmezték, összevetették, az eltérő véleményeket megvitatták, mindaddig, amíg konszenzusra nem jutottak. Végül a fogalmilag összetartozó, például hasonló információt tartalmazó és hasonló témává rendeződő kategóriákat kategóriacsoportokba vonták össze. Az így létrehozott kategóriacsoportok a következők:

1. táblázat Az interjúextraktok alapján elkülönített témakategóriák

Témakategória	Említések száma	Jellemző
Információ, tudás	134	Erőforrás
Gyakorlat, hétköznapi praktika, rutin	112	Erőforrás
Szakmai segítség, támogatás (vagy annak hiánya)	95	Erőforrás
Laikus segítség; támogatás (vagy annak hiánya)	60	Erőforrás
Intézmények (pl. önkormányzat) támogatása (illetve annak hiánya)	43	Erőforrás
Hagyományok, szokások	36	Körülmény
Munkával, időbeosztással kapcsolatos konfliktusok	21	Körülmény
Napirend, időbeosztás, rendszer	37	Körülmény
Komorbiditással, szövődményekkel kapcsolatos és egyéb biológiai jellegű problémák	22	Körülmény
Az egyes élelmiszerek hozzáférhetősége, illetve más környezeti tényezők	24	Körülmény
Anyagi szűkösség, élelmiszerhiány	33	Körülmény
Női szerepek, ellátási feladatok	42	Körülmény
Kontrollképesség	139	Kimenet
Egyéni felelősségvállalás	71	Kimenet

CC BY

(Az 1. táblázat folytatása)

Megélt személyes siker vagy kudarc	61	Kimenet
Személyes, pozitív vagy negatív minták	15	Erőforrás
Lemondás	44	Körülmény
Bűntudat	22	Körülmény
Identitás	27	Körülmény

Forrás: a szerzők szerkesztése

A kategóriák egy része „kimeneti", például arra vonatkozik, mennyire éli meg az interjúalany sikeresnek a saját betegségmenedzsmentjét, mennyire vállal azért felelősséget, mennyire érzi úgy, hogy kontrollálni képes az életének ezt a dimenzióját. A kategóriák többsége ugyanakkor inkább külső vagy belső, „bemeneti" tényező, körülmény, erőforrás, ami ehhez a sikerhez vagy kudarchoz hozzájárulhat.

3. EREDMÉNYEK

3.1. A diétához való viszony: típusok

Az interjúk elemzése során négy alapvető típust különítettünk el a cukorbetegek között: akik egyáltalán nem, vagy csak minimális mértékben tartanak diétát; akik részben betartják a diétára vonatkozó előírásokat; akiknek az egész életét átszövi a diéta; és a különféle alternatív módszereket követők csoportját.

A 2. táblázatban összefoglaltuk, hogy az egyes típusokba tartozók milyen „bemeneti" kategóriákat említenek a többieknél relatíve gyakrabban.

2. táblázat Betegtípusok és interjútémák

Betegcsoport	**A többieknél gyakrabban beszélnek az alábbi témákról**
Egyáltalán nem (vagy csak minimálisan) tart diétát	lemondás munkavégzés és időkorlátok szűkösség családi/nemi szerepek
Részben tart diétát	információ
Az egész életét átszövi a diéta	információ praktikák interperszonális támogatás
Alternatív módszereket követők	szakmai segítség

Forrás: a szerzők szerkesztése

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

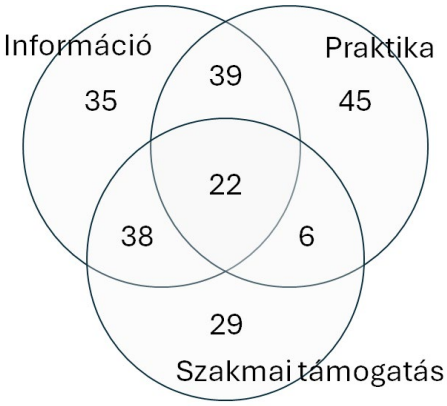
A diétát be nem tartóknál gyakrabban merül fel a lemondás problémája, valamint a munka és a munkával összefüggő időszűke, az anyagi szűkösség és a családi, jellemzően nemi (női, férfi, anya-) szerepek témája. Az étrendet részben betartók a többieknél többször említenek valamilyen, az étkezés szempontjából releváns információt, tudást. Azok, akiknek átszövi az életét a diabétesszel összeegyeztethető táplálkozás kialakítása, annyiban különböznek tőlük, hogy az információ mellett különféle praktikus tudásokat, fogásokat, trükköket is említenek. Esetükben hangsúlyos az interperszonális támogatás is, ami a többi csoportnál sokkal ritkább. Az alternatív utakat követőknél a szakmai segítség megjelenése emelkedik ki.

A továbbiakban azt tekintjük át, hogy miért, hogyan támogathatják, illetve akadályozhatják ezek a tényezők a diéta betartását.

3.2. A diéta betartását támogató tényezők

3.2.1. Információ, hétköznapi praktikák és szakmai támogatás

Az információ, tudás, a hétköznapi praktikák és a szakmai támogatás kategóriái egymással szoros összefüggésben jelentek meg az interjúkban, ezért itt is együtt tárgyaljuk őket. A 2. ábrán a három kategória átfedései láthatók: 22 interjúidézet volt mindhárom kategóriába besorolható, 39 az „információ" és a „praktika" kategóriába is, 38 az „információ" és a „szakmai támogatás" kategóriába, hat a „praktika" és a „szakmai támogatás" kategóriába, a fennmaradók pedig a három közül csak egy-egy kategóriába.



2. ábra Az információt, praktikákat és a szakmai támogatást tartalmazó szövegrészek besorolása
Forrás: a szerzők szerkesztése

A táplálkozással kapcsolatos információ kategóriájába azokat az extraktokat kódoltuk, amelyekben valamiféle tudásra, információra vonatkozó utalás kifejezetten megjelenik. A kategória így végső soron az interjúalanyok cukorbeteg-diétára vonatkozó tudásának lenyomatát foglalja magában. Valamennyi elemzett interjúban található ilyen részlet.

Az információ központi szerepét mutatja, hogy ez az egyik leggyakoribb kategória, 116, illetve 134 említéssel, ha a pozitív, illetve az (az információ hiányára utalókat is beleértve) az

CC BY

összes megjelenést vesszük figyelembe. Ezek egy jelentős részében valamilyen praktika, rutin is felbukkan, vagyis az információ kifejezetten gyakorlati vagy a gyakorlatot segítő. A diétára vonatkozó, általánosabb és elméletibb koncepció valamely eleme 37 esetben jelenik meg az információval összefüggésben.

Az információ hiányáról 15 esetben számoltak be interjúalanyaink, ebből nyolc esetben a szakmai támogatás hiányát is megemlítették.

> *„Na most látja, ezeket a dolgokat nem tanítják meg. Erre az illető vagy rájön magától, vagy olvas rá és kutat utána, és tudja. Én nagyon sok előadást elmentem meghallgatni itt a cukorbetegklubba." (75 éves nő, nyugdíjas tanár, Budapest)*

> *„Nem foglalkozik velem senki. Amit tudok, azt mind magamtól tudom. Nekem egy mondatot nem mondott a cukorbetegségről sem a diabetológus, sem a háziorvos. (…) Az egyetlen dolog, amivel foglalkozik, az az, hogy híztam-e vagy fogytam." (66 éves nő, nyugdíjas tanár, nyugat-magyarországi város)*

> *„A doki az nem mondott ilyenről, de én utánaolvasgattam." (66 éves férfi, nyugdíjas szakmunkás, észak-magyarországi város)*

Tartalmilag a leggyakrabban (36 esetben) valamilyen általános, a diétával kapcsolatos szabályra vonatkozó információval találkozunk, jellemzően például azzal, hogy a cukor, a kenyérfélék, a liszt fogyasztása kerülendő, hogy sok zöldséget és kevés gyümölcsöt kéne enni, és gyakori a túlsúly, a fogyás szükségességének (vagy a hízás elkerülésének) említése is.

> *„De ahogy Ön sem mondott még a cukorbetegségről egy mondatot sem, úgy Ő [a háziorvos] sem. A kezembe nyomott a háziorvos három füzetkét, »Ne egyen sok sütit!« felkiáltással, miközben sosem eszem süteményt, nem szeretem az édességet." (66 éves nő, nyugdíjas tanár, nyugat-magyarországi város)*

Az interjúk egy másik részében ennél lényegesen kidolgozottabb tudáselemekről, illetve betegségmenedzsment-gyakorlatokról számolnak be az interjúalanyaink: idesorolható a speciális ételféleségek vagy specifikus ételkészítési módok említése, az ételek glikémiás indexére (felszívódásának sebességére) vonatkozó tudás használatára, illetve az általában a kettes típusú diabétesz természetére, mechanizmusaira vonatkozó utalások.

> *„…most, ha öt és hat között vannak az értékeim, evés után soha nem megy föl. Én arra törekszem, hogy 2, 2,5-nél jobban ne emeljem étkezés után, és ehhez tartom magam." (66 éves nő, nyugdíjas tanár, nyugat-magyarországi város)*

> *„És akkor ez az éjszakai ez egy borzasztó kelepce, (…) és hát ezt az orvosok se, utóbbi időben nem beszélnek erről, ezt is úgy kellett kinyomoznom, hogy mi ez, hogy én beállítom a vacsorámon a megfelelő szénhidrátmennyiséget grammra kimérve, és akkor két eredmény van. Azt is figyelembe veszem, hogy vegyes felszívódású legyen, inkább hosszú távú felszívódó legyen, nem mindegy, hogy ezek a felszívódások, a lebomlása mennyi, mert ugye, ami gyors felszívódású, az gyorsan le is bomlik, és akkor az azt jelenti, hogy a cukorgörbe egy nagyon meredek ívet ír le, és az nem jó, pláne éjszaka nem jó. Tehát éjszakára olyan valamit kell enni, akár pótvacsoraként, ami ezt a görbét ella-*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

posítja, hogy minél hosszabb ideig csökkenjen csak a cukorszint, tehát nagyon oda kell rá figyelni, hogy mit eszik az ember." (75 éves nő, nyugdíjas tanár, Budapest)

Utóbbi kategóriával gyakran összefügg olyan „hétköznapi praktika" is, ami az interjúalanyt a betegségmenedzsmentben segíti: az előírt mennyiségek betartásának megkönnyítését szolgáló gyakorlat, számára kielégítő, az előírásokkal összeegyeztethető (vagy éppen az egészséges vércukorszint fenntartására alkalmas), speciális helyettesítő étel vagy ételek bizonyos kombinációja, alternatív táplálkozási rezsim, vagy olyan apró „trükk", amivel a lemondást könnyíti meg a maga számára. A speciális ételféleség lehet például speciális kenyér, tészta, liszt, köret, vagy valamilyen édesítőszer használata, de lehet a cukorbeteg-diétában megengedett zöldségek és fehérjék fogyasztásának növelése is.

„Amúgy betartom szigorúan a diétát, átálltam a húsevésre." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)

„Az én szekrényem tele van árpával, kölessel, bulgurral, meg mit tudom én, minek nevezzem ilyen magokat, amit összevásárolok, hogy lecserélem a rizsköretet meg izét." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)

„Én veszek egy fél kiló teljes kiőrlésű kenyeret, amit fölszeletelek és lefagyasztok, és abból mindennap lehet, hogy két szeletet kiveszek, de az is lehet, hogy csak egyet, tehát ez a kenyérfogyasztásom. Lehet egy cukorbetegnek tésztát enni, én is szoktam, kimérem, mindent kimérek." (75 éves nő, nyugdíjas tanár, Budapest)

„…ha megpucolja, és megfőzi, mit tudom én, sós vízbe, még elmegy, de megsütve már nem. Tehát megsütve már nem szabad megenni… Mert a benne lévő olajok olyan nagyon magasra fölemelik a… sebességét annak a felszívódásnak, a sebességét változtatja meg, és ezáltal lesz károssá. Ehelyett akkor inkább már az édesburgonyát, ami ugyan nem burgonya, hanem répa, de az akkor jobb." (75 éves nő, nyugdíjas tanár, Budapest)

„Meg úgy csinálom, hogy amit lehet, nyersen, ez mindennapos reggeli, …retket, sárgarépát, akkor céklát… öt-hatfélét, uborkát, karalábot, amit nyersen meg lehet enni, azt mindig lereszelek egy olyan kisebb tálba, és rakok rá egy kevés savanyú káposztát, hogy legyen íze neki, és jól összekeverem, és nahát, ez nekem fele, azt lehet mondani, hogy fele ennivalóm naponta. [Ez nagyon egészséges] Igen, meg így van benne a vitamin. De viszont ilyen főzelékeket nagyon ritkán csinálok, mert annyi zöldséget eszek nyersen, hogy szinte nem is kívánom a főzeléket." (76 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, kelet-magyarországi város)

A lemondást megkönnyítő trükkök között előkelő helyet foglal el a nem zéró tolerancia elve, amikor valamilyen tiltott ételből mégis eszik valamennyit az elbeszélő. Ez végső soron tekinthető le nem mondásnak is, de interjúalanyaink hangsúlyozzák, hogy ezek a „félrelépések" kifejezetten a diéta hosszú távú betarthatóságát, a fegyelem fenntartását szolgálják. De olyan is van, aki például egy pohár vizet iszik meg gyorsan, amikor valami tiltottat megkíván.

„Például mondták, hogy úgy, hát nehogy véletlenül azt csináljuk, hogy meghívnak bennünket egy lakodalomba, azt ne együnk meg egy szelet süteményt; ha eszünk egy szelet süteményt, akkor a

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

köretet csak zöldséget együnk a húshoz, meg mit tudom én, tehát ilyen gyakorlati tanácsokat azért kaptunk tőlük." (74 éves nő, nyugdíjas technikus, nyugat-magyarországi város)

„…A kólát a reklámban öntik a pohárba, még mindig ki kell mennem a konyhába egy pohár vizet inni, úgy megkívánom. A csokoládét az unokák csörgetik, akkor mindig hú, de jó lenne, és nagyon ritka, hogy azt mondom, hogy egy kockát hozzatok, de nem egy táblát, egy kockát szigorúan." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)

„Például már sütni se sütök, mert a férjem már a súlya, meg a… ő is hogy cukorbeteg. Már nem merek sütni egy tepsi süteményt, mert akkor megesszük. Inkább nem sütök. Inkább veszek egy-egy darab pogácsát a vásárláskor vagy egy-egy darab süteményt, mert akkor egy-egy darab van mindenkinek." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)

A praktikák másik része a cukorbetegséggel összefüggő krízishelyzetek elhárítására, a hirtelen leeső vagy megemelkedő vércukorszint kezelésére szolgál. Többen is beszámolnak arról, hogy az alacsony vércukorszint elkerülésére mindig van náluk és az otthonukban is több helyen tartanak cukortartalmú élelmiszereket, hogy legyen mihez nyúlni, ha baj van.

Több interjúban felbukkan, hogy – mivel a külvilág kevéssé van felkészülve a cukorbetegek számára alkalmas diéta biztosítására – interjúalanyaink akkor is magukkal viszik a saját ételeiket, ha például vendégségbe vagy dolgozni mennek.

„Tehát ha én valahova elmegyek, meg kell tudnom azt, hogy ennem kell, innom kell, viszem az összes felszerelésemet; ha vendégségben vagyok… azt nem ehetem meg, abból kérek, abból nem kérek." (71 éves nyugdíjas óvónő, dél-magyarországi város)

Akik ilyen praktikák birtokában vannak, azok az interjúk tanúsága szerint könnyebben veszik a cukorbetegség támasztotta akadályokat: követhetőbbnek érzékelik az előírásokat, és gyakran jobban kontroll alatt tartják állapotukat.

Az interjúkban említett információkkal kapcsolatban figyelemre méltó tény, hogy a gyakorlatban használható, értékes ismeretanyagnak ritkán forrása az egészségügyi ellátórendszer. Az állami egészségügyi rendszer szerepét összesen 97-szer említik, valamennyi interjúban van ilyen részlet. Inkább pozitív élménye három kivételével valamennyi interjúalanynak van, de az interjúalanyok felének van negatív is. A kifejezetten pozitív élmények vagy az orvossal való jó személyes kapcsolathoz, bizalomhoz kötődnek, vagy a cukorbeteg életre felkészítő valamilyen speciális, intenzívebb programhoz.

„Ott Füreden a kórházba, ott tartottak ilyen előadásokat, hogy mire figyeljünk oda, különösen ott a táplálkozásnál. És ezek jó tanácsok? Igen." (74 éves nő, nyugdíjas technikus, nyugat-magyarországi város)

„[Az orvos] most hívott föl, hogy csak így tovább, rendben vagyok. Jóban vagyunk (…)" (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)

„Elmentünk [egy tíznapos »cukorbeteg-felkészítésre«], és ott módszeresen, tehát ott csak ezzel foglalkoztunk, és azt mondanám, hogy jó volt nekem. Én minden cukorbetegnek kiírnám ezt a tíz na-

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

pot, akire ilyen hirtelen rászakadt ez a betegség." (75 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, kelet-magyarországi város)

A pozitív élmények többsége valamilyen általános, a hétköznapokban kevésbé alkalmazható tanács, általános irányvonal közlését jelenti, és csak ritkán társul hozzá valamilyen praktikus, az elvek követését valóban megkönnyítő segítség vagy javaslat. A betegségmenedzsmentet segítő, elmélyültebb és praktikusabb tudás forrása jellemzően az interjúalany egyéni „kutatómunkája", tanulási folyamata, amelyben támaszkodhat szakkönyvekre, internetes oldalakra és közösségekre (pl. Facebook-csoport), betegklubokra, betegtársak tapasztalataira, vagy személyes ismerősökre.

„…volt egy ismerősöm, akinek az anyukája diabetológus. És akkor őtőle kértem ilyen könyveket, szakkönyveket, meg ilyen útmutatókat, hogy mennyi kalóriát lehet bevinni, mennyi szénhidrátot meg ilyesmit…" (60 éves, rokkantnyugdíjas férfi, szakmunkásképzőt végzett, észak-magyarországi község)

A negatív élmények jelentős része ugyanakkor kifejezetten a hasznos tanácsok hiányához fűződik:

„Nem, kerülje a zsíros ételeket. Ennyi, ennek semmi összefüggése nincs a cukorbetegséggel. A hús legfeljebb annyiban számít, hogy a kalóriát is figyelni kell, nehogy elmenjen az ember olyan irányba, hogy több húst eszik, mint köretet, és ezért elszalad a kalóriával. De ilyen táplálkozási tanácsok, annyit mondott, hogy egyen főtt húst, párolt húst, a levesben ne legyen tészta, kerülje a rántott húst, nem szabad panírozni, ennyi. Mást nem mondott a táplálkozással kapcsolatban, ezeket, amiket én tudok, ezt mind az internetről szedtem össze." (71 éves nő, nyugdíjas óvónő, dél-magyarországi város)

„Voltam dietetikusnál… Egy fiatal kis hölgy volt. Az hagyján, hogy semmit nem tud, az alapján, amit én tudok, és olvastam, és főleg így utólag visszanézve valószínűleg nyilvánvaló okokból, de egy iskolai tankönyvet fölmondott, és semmire nem tudott válaszolni. Ha valamilyen kérdésem volt, nem tudott rá válaszolni, csak hülyeségeket válaszolt. Hogy írjam össze egy hétig, hogy mit ettem, és az egyik reggelim egy tojás volt, rántotta volt két szelet füstölt kolbásszal, és teljesen ki volt akadva, hogy ilyet hogy lehet enni, ez szigorúan tilos, tele van tartósítószerrel. Mondom, ezt mi töltöttük, ez hogy lenne tele tartósítószerrel? Az nem számít. Tilos. Soha nem. Aztán így elmentem magánba." (66 éves nő, nyugdíjas tanár, nyugat-magyarországi város)

Az interjúalanyaink egy további csoportja kifejezetten használhatatlannak találja az egészségügyben kapott tanácsokat, például mert túlzottnak vagy betarthatatlannak érzik azt a lemondást, amit a követendő táplálkozási rezsim szerintük megkövetel:

„…kaptam én itt mindenféle étrendi tanácsadót, csak azt nem mondták meg, hogy ha semmit nem ehetek, akkor mit ehetek." (66 éves szakmunkás férfi, nyugdíjas lakatos, dél-magyarországi város)

„Tulajdonképpen majdnem mindegyik azt mondja. Keveset, keveset. De mikor még dolgoztam, amit elmondott kaját, attól nem lehet kimenni se a kapun. Attól lehet fogyni, amit ő elmond, na de hát attól meg nem lehet dolgozni!" (66 éves férfi, nyugdíjas szakmunkás, észak-magyarországi város)

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély
www.esely.org

Ez szorosan összefügg azzal, hogy mennyire veszi figyelembe az ellátás a betegek egyéni szükségleteit, körülményeit, mennyire érzékelik ők azt elfogadhatónak, támogatónak. Ezzel kapcsolatban is vannak pozitív és negatív élmények egyaránt. Néhány interjúalany beszámol az orvossal (jellemzően háziorvossal, de akár szakorvossal is) meglévő személyes, bizalmas viszonyról, ez ugyanakkor ritka. Gyakoribb motívum, hogy az orvosok szigorral, különféle fenyegetésekkel fogadják interjúalanyainkat a felülvizsgálatokon. A fenyegetések jellemzően arra vonatkoznak, milyen következményei lesznek annak, ha nem tartják be a diétára vonatkozó előírásokat és ezért a vércukorszintjük nem normalizálódik – onnantól, hogy át kell állítani őket inzulinra, egészen a különféle súlyos szövődmények, elsősorban a végtag-amputációk elkerülhetetlenségéig. Ezek a figyelmeztetések valószínűleg inkább az orvosok tehetetlenségének, eszközteleségének jelei, nem pedig a betegek irányában táplált ellenséges érzelmeiknek:

> *„…mondták nekem, hogyha nem tartom a diétát, akkor először a nagylábujjamat, majd a másikat, a harmadikat, és így tovább, egészen a térdig amputálhatják." (75 éves férfi, nyugdíjas mérnök, nyugat-magyarországi város)*

De a szigor, fenyegetés feszültséget, ellenállást is kelthet, ami hozzájárulhatott ahhoz, hogy több interjúalanyunk az orvosok személyes hozzáállása terén is kifejezetten rossz tapasztalatokról számol be.

> *„Hát mondta, hogy tartsam be a diétát. Ha látnád a dokimat, az egy cérna. Nem kell enni, nem kell enni. Dehát én közel nem eszem annyit, mint a cukorbetegség előtt, vagy fiatal koromban, de mégis jön rám. Azt mondja, még kevesebbet enni, mondom, jó. Azért én igyekszem betartani. Hát régen, mikor megettem öt csirkecombot, most már egy se kell. Komolyan. Annyira le van adva így az evés." (64 éves nő, nyugdíj mellett dolgozik, nyugat-magyarországi város)*

> *„Ahol tudtam, tartottam én ezt, ezeket mindig el is mondtam a kezelőorvosnak, akihez éppen jártam a diabetológiára. Jó, mindig lecseszett, mindig lecseszett jól, de ugye elmondtam neki az őszinteséget, hogy én ezt nem tehetem meg, mert ez és ez van. Aztán már megértette, hogy nem, de már nem kaptam a lecseszegetést. Csak mindig azt mondta, hogy vigyázzak magamra, meg azért próbáljak odafigyelni a diétára. Mindig azt feleltem, hogy jó, rendben." (45 éves nő, észak-magyarországi község)*

> *„Sok ilyet hallok, hallok nagyon sokat, hogy úgy beszélnek velük, mint a kutyával, szóval nem megfelelő a szakorvosi ellátás se, mondjuk a diabetológián egész keményen beszélnek, szinte leordítsák az embert, mert ha nem tudja betartani a diétát, akkor azt mondja, hogy hát én mit csináljak magával, nem tudok én magával mit kezdeni, hát akkor vessen magára. Ilyen dolgokat mondanak nekem, így panaszkodnak." (60 éves férfi, rokkantnyugdíjas, észak-magyarországi község)*

Van ugyanakkor olyan interjúalany is, aki kifejezett megértéssel szemléli az egészségügyben kapott tanácsok korlátozottságát, mert úgy gondolja, az orvosok lehetőségei szükségszerűen nagyon szűkösek a betegek életmódjának alakításában:

> *„Hát, most higgye el, hogy amennyi ember ott megfordul, egyiket sem tudja az alatt a tíz perc alatt megváltoztatni, amelyik ott van, mert aki nem hajlandó változtatni vagy nem hajlandó betartani, avval nem lehet csodát tenni. És az anyagi lehetőségek miatt sem szólhat nagyon olyanokat, hogy*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

> *mit tessék enni, meg mit tessék csinálni, legalábbis én ezt így érzem. Hogy ez mélyen belevájkálás az ember életébe, mert javaslatot adhat, hogy mit kell kerülni, meg a beteg okosan bólogathat is rá, de hogy otthon mi történik, arra már az orvosnak nincs ráhatása." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)*

Visszatérve arra, hogy honnan származik a betegek tudása, ha nem az egészségügyből, három jellemzőbb mintázat rajzolódik ki. Egyrészt nagy az internetes források jelentősége, ahol a receptektől az ételkészítési eljárásokon át a cukorbeteg létet megkönnyítő különféle tippekig és trükkökig sokféle információt megtalálnak az érintettek.

> *„De általában a mai betegek már tájékozódnak internetről, bárhonnan, tehát ilyen alapvető kérdésekkel már nem igazán mennek… inkább a betartása nehéz, nem az információ." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)*

> *„Most már mióta internetem van, azóta, hát most már az is több mint tíz éve van, azóta mindent elolvasok, mindent megfontolok, onnan veszem az étkezési [ötleteket], többféle diétát tartok, ugye most a legutolsó diétát, sőt orvosi cikkeket is olvasok, tehát rettenetesen odafigyelek mindenre…" (75 éves nő, nyugdíjas tanár, Budapest)*

> *„Olvasom ezt a blogot… Rengeteg segítséget ad, rengeteget. Milyen termékeket lehet enni, milyet nem, ezeket meg kell tanulni. Reggeli-, vacsoraötletek, kalóriabázis, gyümölcsök, alacsony vércukros szint, glikémiás indexek, étrend-összefoglaló, az inzulin lényeg, stopsugar diéta, gyorsan felszívódó zöldség mértékegység. Diétasuli lényege. Innen kénytelen vagyok tanulni." (71 éves nyugdíjas óvónő, dél-magyarországi város)*

Másrészt, bár kevesen férnek hozzá, nagyon fontos a betegklubok szerepe is, ahol gyakorlatilag ugyanezekhez a tudáselemekhez jutnak hozzá, részben meghívott előadók, szakemberek, részben a betegek közötti tudás- és tapasztalatmegosztás útján.

> *„A klubot a (…) kórház meg volt egy (…) professzor úr, aki rájött arra, hogy betegszervezeteket kéne létrehozni, akik egymással beszélgetve átadják egymás tapasztalatait, hogy ezt, hogy csinálod, hogy főzöd, te mit tapasztalsz, és hogy ezeknek az átadása. A sorstársak egymás között megbeszélik." (73 éves nő, nyugdíjas mérnök, Budapest)*

> *„Tehát, itt volt nekünk egy vércukorklub, ahol összeszedte a környező vonzáskörzetben a cukorbetegeket, és volt egy belgyógyász, (…) főorvos, és ő tartotta mindig az étkezésről, akkor lejártak diabetológusok, diétás nővérek, előadásokat tartani. Hát ez olyan hét éve szűnt meg. Sajnáltuk is, mert külön főzések voltak, hogy hogy együnk. Rántott hús elkészítése, a panír elkészítése, milyen kenyeret együnk. Nagyon jó volt." (69 éves férfi, nyugdíjas kőműves, észak-magyarországi város)*

A különféle alternatív módszereknek, táplálkozási-életmód rendszereknek és speciális készítmények alkalmazásának az eredete lehet olyan szakember, aki az adott módszert vagy szert használja, vagy lehet szakirodalom vagy egyéb forrás.

> *„Akkor én egy ilyen nagyon-nagyon csökkentett szénhidráttartalmú, fehérjében gazdag diétára álltam át orvosi segítséggel. (…) Hollandiából hoztak táplálékkiegészítőt, adtak hozzá egy könyvet,*

CC BY

minden héten mentem a dokihoz, mértünk cukrot, izé, súlyt stb. És ezzel a táplálékkiegészítővel… ez egy féléves kúra volt, ezt végigcsináltam, fogytam is vagy huszon nem tudom mennyi kilót, és lement a cukrom teljesen." (57 éves férfi, mérnök, Budapest)

„És elkezdtem, ahogy elkezdtem ezt az életmódot, aztán elmentem egy maszek (…) orvoshoz, (…) és a doktor úr viszont táplálékkal is gyógyít, ő megadta, mondták itt is a cukorgondozóba, ő is megadta, hogy miket hogy kell fogyasztani." (Középkorú nő, adminisztrátor, kelet-magyarországi város)

Mindhárom forrással kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy bár interjúalanyaink szempontjából ezek élesen elválnak a „hivatalos" egészségügyi kezeléstől, valójában a legtöbbször egészségügyi szaktudásban gyökereznek: az internetes oldalakat részben dietetikusok szerkesztik, a klubokat nemritkán diabetológus szakorvosok hozzák létre és működtetik, és sokszor az „alternatív" megközelítések mögött is orvosok állnak. Mindazonáltal ezek mégsem részei a hivatalos ellátásnak.

3.2.2. Laikus támogatás vagy annak hiánya

A laikus támogatás egyik fontos formája egy fizikai vagy virtuális közösségtől ered. Számos ilyen említés szerepel az interjúkban, többségük valamilyen értékes információ, praktika elsajátításával kötődik össze, ezért az előző pontokban már megjelent. Itt csak az interperszonális támogatásra vonatkozó tartalmakat mutatjuk be.

A személyes környezet egyes esetekben hathatós támaszt, más esetekben súlyos akadályt jelent a diéta követése szempontjából. A diétáról beszélő interjúalanyaink többsége (16) említést tett a társas környezet segítő vagy gátló szerepéről. A társas környezet jellemzően a családot jelenti; vagy általánosságban esik szó a családról, vagy konkrét családi szerepek – házastárs, gyermek, unoka, anya, testvér, házastárs rokonsága – említésével. Jóval alacsonyabb arányban említenek barátokat, szomszédokat, munkatársakat.

A személyes környezetet megemlítők fele számára az interperszonális kapcsolatokban inkább nehézségek, illetve akadályok testesülnek meg. Nehézséget elsősorban azok a házastársak (férjek) jelentenek – nem egy esetben maguk is cukorbetegek vagy elhízottak, akik diétára szorulnának –, akik nem fogadják el a cukorbeteg étrendet, és hagyományos, gyakran ártalmas ételek elkészítését követelik meg feleségüktől. A „megoldás" vagy az, hogy a háztartást vezető feleség kétfélét főz, önmagának diétás, házastársának hagyományos ételeket, vagy ha ezt az idő vagy az anyagi lehetőségek nem engedik meg, akkor a feleség sem tartja a diétát. Hasonló, de ritkábban említett problémát jelenthetnek a gyerekek vagy az unokák.

„Nekem továbbra is úgy kell főznöm, mert különben [a férjem] nem eszi meg." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)

„Az unokák a csokipapírt itt kezdik vacakolni, akkor mindig hú, de jó lenne…" (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)

A baráti kör, a munkahely vagy a tágabb család sokszor nem akceptálja a sajátos étkezési korlátozásokat, kritikával illeti a diétázót, vagy tájékozatlanságból kínál nem elfogadható ételeket.

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

> *„aki nem cukorbeteg, annak fogalma sincs erről. Annak a hozzáállása az az... hogy jaj, Julika, nem kell ebből ekkora faksznit csinálni, a nagyapám is száz évig élt, pedig mindent megevett! ...hát más is cukorbeteg, aztán mégis eszik süteményt, nem lesz ettől semmi bajod! Alig tettem bele egy kis cukrot. Nem kell ezt ennyire túlspilázni." (66 éves nő, nyugdíjas tanár, nyugat-magyarországi város)*

> *„...maguk a kollégák is, az embereknek a tájékozatlansága a cukorbetegséget illetően, hogy mikor az embert elkezdik kínálgatni ropival, meg nem tudom, mivel, hát, ezt eheted, ebbe nincs cukor. Mert fogalmuk sincs róla, hogy a cukorbetegnek nemcsak a cukrot kell nem úgy fogyasztani, mint az egészséges embernek." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)*

Természetesen nem minden viszonyulás egyértelműen negatív; a kapcsolati hátrányokat említők közül néhányan pozitív kapcsolati hatásokat is említenek. A személyes környezet hatása alanyaink másik fele számára egyértelműen előnyös; már magát a diétázási kényszer elfogadását, a kritikus megjegyzések mellőzését is többen említik segítségként, támogatásként. A támogatás egyik formája a diétás ételek készítése, kínálása, illetve annak elfogadása, hogy diétásan kell étkezni.

> *„Anyukám vagy a húgom tudják, hogy ha nem édesítőszerrel csinálták a süteményt, akkor nem biztos, hogy eszek belőle. Elfogadják ezt." (45 éves nő, ápoló, kelet-magyarországi város)*

Egy gyakran segítségként értelmezett viselkedésforma a figyelmeztetés.

> *„A saját kollégáim megkérdezik naponta ötször, hogy ettél-e, adtál-e inzulint, meg minden rendben van-e. Jól vagy? Szem előtt van az ember, és sokszor terhes is az, hogy mennyire akarnak törődni." (45 éves nő, ápoló, kelet-magyarországi város)*

> *„[A fiam] esetenként rám szól, hogy anya, ezt neked nem kéne megenni. Tehát annak ellenére, hogy ő nem cukorbeteg, tisztában van vele, hogy miben mennyi a cukor, és hogy való-e nekem vagy nem." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)*

> *„[A rokonaim] tudják a fejemet mosni elég rendesen. Miért? Hogy? Meg már megint ennyit főztél, ezt biztos meg is eszed, mint a jó alkoholista, az utolsó kortyig nem hagyod ott, az utolsó falatot biztos, hogy nem hagyod ott. Van ilyen. Tudom, hogy igazuk van, de..." (65 éves nő, nyugdíjas, kelet-magyarországi község)*

A támogatás információ formájában is megjelenik – ezt van, aki segítségként, van, aki inkább tolakodásként éli meg.

> *„Anyám egy ilyen doktori disszertáció nagyságú könyvet vett nekem, nem egyet, hanem többet, a cukorbetegségről... A francot, megeszem annyit, amennyi jólesik, azt készen van, nem érdekel ez engem." (75 éves férfi, nyugdíjas mérnök, nyugat-magyarországi város)*

> *„...ha valamilyen új édesítőszer, vagy valamilyen új természetes édesítő, vagy valami megjelenik a piacon, és akkor én meg szoktam kérdezni [a gyerekemtől], hogy nézze már meg, hogy ez szerinte nekem jó-e." (54 éves nő, kalauz, észak-magyarországi város)*

CC BY

Végül egy interjúalanyunk éppen a társas környezet, a külső kontroll hiányát említi a diéta betartásának akadályaként.

> *„…amikor az ember egyedül van, akkor már inkább ilyen kényszerevő…" (65 éves nő, nyugdíjas, kelet-magyarországi község)*

3.3. A diéta betartását hátráltató tényezők

A diéta betartásának nehézségeiről szóló interjúrészleteket négy fő témakörbe csoportosítottuk. A gyakoriság és az élethelyzetek súlyosságának szempontjából is első helyre kerültek a diéta kialakítását lehetetlenné vagy közel lehetetlenné tévő anyagi problémák. Ezek egy része abból származott, hogy az étrendhez megfelelő élelmiszerek drágábbak a normál élelmiszereknél, más része pedig abból, hogy az érintett családok annyira szegények voltak, hogy a „normál" élelmiszerek megvásárlása is nehézséget okozott. Elsősorban a nőket érintették a nemi és családi szerepekelvárásoknak való megfelelés problémái. Főként, de nem kizárólag az idő szervezésének problémái vezettek felszültséghez a munka világában. Végül, de nem utolsósorban, a személyes ízlés, a hagyomány és a diétás életvitel konfliktusai jelentek meg a „lemondásként" érzékelt problémákban.

3.3.1. Anyagi szűkösség

A 24 elemzett interjúból tízben merül fel kifejezetten a diétával kapcsolatban az anyagi szűkösség, az ételek (különösen a speciálisabb ételek) magas árának problémája, jóllehet különböző hangsúlyokkal. Ennek értelmezéséhez fontos szem előtt tartani, hogy az interjúk zöme 2022-ben készült, amikor Magyarországon kiugró mértékű volt az infláció, az élelmiszerek ára pedig az átlagos áremelkedésénél is jelentősebben nőtt.

Az, hogy a cukorbeteg diétához szükséges ételek drágábbak, mint (az egyébként szintén drága) „normális" ételek, valamennyi, a témánkhoz kapcsolódó tartalmú extraktban megjelenik – olyan válaszadóink esetében is, akik egyébként meg tudják vásárolni a szükséges élelmiszereket:

> *„Akármerre indulunk, mindenhol kiadás van. Ráadásul, ha az ember úgy szeretne étkezni, hogy egészségesebb legyen, és ne adj' isten megveszi magának az eritritet, vagy a teljes kiőrlésű, vagy a rozsos kenyereket, ha az étkezésre is jobban odafigyel, akkor nyilván jelentős pluszköltség." (45 éves ápolónő, kelet-magyarországi város)*

> *„Hát mennyi a gyümölcs, őrült árak vannak, zöldségekről nem beszélve, egyen az ember sok zöldséget. Ha én betartom pontosan azt az okosságot, amit mondanak, hogy annak fele zöldség, a másik negyede fehérje, ez meg szénhidrát. Tehát akkor nekem a fele étkezésem az zöldség legyen, és változatosan, és nyersen vagy esetleg párolva, hát mennyibe kerülnek a zöldségek… Úgyhogy luxus cukorbetegnek lenni." (71 éves nyugdíjas óvónő, dél-magyarországi város)*

> *„De azért elég kevés olyan termék van egyébként, szerintem, ami így nekünk jó. Most egyébként nem viszik túlzásba a boltok sem, még drágább, sokkal drágább, mint a normális…" (54 éves nő, kalauz, észak-magyarországi város)*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

Van, akinél indirekten befolyásolja a cukorbeteg életmódot az élelmiszerek (és nem is feltétlenül a diétás élelmiszerek) ára. Egy interjúalanyunk elmondja, hogy míg korábban előfordult, hogy kiszállítótól rendeltek ételt, ami jelentős időmegtakarítást jelentett számára, az árak emelkedése miatt ezt már nem engedhetik meg maguknak, neki kell főznie. Ez az időveszteség viszont akadálya például annak, hogy sportolni menjen:

> *„És az a gond, hogy annyira drága lett az étkezés, és nincs időm sportra menni, mert mindig megint főzni kell. Ehhez a fizetéshez, amit mi kapunk, nem tudok kaját rendelni. Muszáj négy főre főzni." (Középkorú, érettségizett adminisztrátornő, kelet-magyarországi megyeszékhely)*

Öt interjúalany beszámolói szerint kifejezetten az anyagi lehetőségek akadályozzák meg a diéta betartását, jelenleg is és a múltban is. Náluk nem merül fel, hogy a szénhidrátot más élelmiszerrel (zöldséggel, hússal) váltsák ki, vagy speciális, egészségesebb szénhidrátféleségeket fogyasszanak, vagy hogy külön menüt kapjon az érintett személy. Ezekben a háztartásokban valójában nem az a kérdés, hogy diétás vagy nem diétás az étel, amit esznek, hanem hogy van-e egyáltalán mit enniük.

> *„Nem, egybe főzök, hát miből főznék külön? Most mondtam el, 105 ezer forint a jövedelmem. (…) Egy cukorbeteget, aki cukorbeteg, az én gondolkozásom szerint ugye, annak az a kellő módja volna, hogy teljes mértékben, csak kimondottan, amit a boltból megveszen az ember diétát, rá van írva, hogy diétás ételek, kaják, bármik. Ehhez ugye pénz kell, ami nincs. Ezt nem tudom megoldani. Akik cukorbetegek. Na most ugye ezt én abszolút nem tudom megoldani. Képtelenség. Így is mondom, olyanokat főzök inkább, ami, hogy ne vigye fel a cukrát azért." (54 éves nő, munkanélküli, észak-magyarországi község)*

> *„…nem igazán tudtam betartani a diétát, hogy mondjam, a szegénység miatt. Ahhoz kevés volt a pénzünk. (…) Nincsen, igen. Hát igen, sokba kerül. Bizony, bizony, ez a baj. Mert ahhoz, hogy diétázzunk, én nagyon imádom a tökfőzeléket, a borsófőzeléket, mindenfajta főzeléket, de igazából nincs rá lehetőség." (60 éves férfi, rokkantnyugdíjas szakmunkás, észak-magyarországi község)*

> *„Hovatovább lassan oda jutok, hogy gondot okoz, hogy holnap mit ebédelek, mert annyira elment a nyugdíjamnak az értéke." (75 éves nyugdíjas tanárnő, Budapest)*

> *„Amit tudok enni, az nem kifejezettem diétás, de próbálkozom… Hát ötvenkétezer forintos nyugdíj mellett nem igazán lehet így étkezni. (…) Én meg úgy… nem azt mondom, hogy hú, miket tudok megvenni. Megveszem azt az egy-két darab, pár szem gyümölcsöt, meg azt a pár csirkét, azt ott nevelgetem. Azzal is kezdek leállni, mert nagyon drága a takarmány." (65 éves nő, nyugdíjas, kelet-magyarországi község)*

3.3.2. Nemi, életkori családi szerepek

A. Női szerep, férfiszerep

Az interjúkból legteljesebben a női szerep változatai, összetevői rajzolódnak ki. A markáns, tradicionális női szerep mellett sokszor van jelen, annak mintegy komplementereként, egy hasonlóképpen tradicionális férfiszerep is, ezért ezeket is itt tárgyaljuk.

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

A diétával kapcsolatban a női szerepkészlet legfontosabb eleme a család táplálékának biztosítása. Természetesen a bevásárlás és a főzés a leggyakrabban említett női szerepelvárás; ezek a diabetikus étrend biztosításában különlegesen fontos és bonyolult feladatok.

Ezek mellett gyakran idetartozik a háztartás jövedelmének beosztása, kezelése, az étkezéssel kapcsolatos kiadási döntéshozás, esetenként a fedezet előteremtése is; amennyiben ez lehetetlennek bizonyul, a háziasszony saját kudarcaként éli meg. Ennélfogva a szegény családoknál a női szerep és a fent tárgyalt anyagi szűkösség, és a kettő kapcsolata a diétával gyakran szorosan összefonódik.

> *„És akkor ugye, ami marad, azt osztom-szorzom, hogy mégis éhen ne haljunk." (54 éves nő, munkanélküli, észak-magyarországi község)*

> *„…ennyiben segít az önkormányzat. Itt a többit nekem kell megoldani, de az a probléma, tudja, hogy mikor az embernek megfájdul az agya a gondtól. Fejgörcsöt kap, mert van, mikor azért kap az ember fejgörcsöt, a gondba. Hogy na, most mit csináljak, vagy hogyan, vagy hogy csináljam, vagy hogyan? Na!" (54 éves nő, munkanélküli, észak-magyarországi község)*

A szegénységben élők számára nem a diétás étrend biztosítása az elsődleges feladat, hanem a minél táplálóbb főtt étel előállítása a szűkösen rendelkezésre álló élelmiszerekből.

> *„Azt eszem, amit éppen a családomnak főzök, azt csinálok, abból mindig eszek egy keveset, aztán ennyi az egész diéta." (45 éves nő, észak-magyarországi község)*

A családok a diabetikus diéta kialakítását csak egy bizonyos anyagi színvonal felett tudják megkísérelni. Gyakran azonban az anyagiak megléte ellenére is akadályba ütközik az étrend átállítása, mert a családnak a feleség-, illetve az anyaszereppel kapcsolatos elvárásai ezt nem teszik lehetővé. A férjek, illetve a gyerekek nemritkán ellenállnak a diéta bevezetésének, nem fogadják el az új alapanyagokat és ízeket. Ráadásul a cukorbeteg férfiak olyan betegségben szenvednek, amelyben az étkezésnek a szokásosnál nagyobb a jelentősége, és ez a hagyományosnál nagyobb kontrollt biztosít a nőknek.

> *„Egypár kiló rám jött… [a feleségem] hóna alá vett, drasztikus ez a fehérnép. Csinált nekem olyan fogyókúrát, hogy nem ehettem 1500 kalóriánál többet, le is ment." (67 éves férfi, nyugdíjas mentős, nyugat-magyarországi község)*

A férfikontroll megerősítésének eszköze lehet a diéta elutasítása. Több férfi is volt a mintában, aki elvárta, hogy a felesége vagy kétfélét főzzön, vagy ne tartsa meg az egészségi állapota miatt szükséges diétát, mert az eltér az általuk megszokottól vagy szeretettől.

> *„…főzök a férjemnek, és vagy kettőnknek jó az a kaja, vagy mondjuk ha pörkölt van, akkor a férjem kapja a tésztát, én meg csinálok bulgurt, ilyen bulguros húst." (71 éves nyugdíjas óvónő, dél-magyarországi város)*

> *„…hát hiába, hogy a zsírt kivettem, a sót kivettem, na akkor cirkuszoztunk egy fél évig rendesen, aztán utána feladtam." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

> *„…a férjem egy 130 kilós, pocakos ember, aki mondanám azt, hogy nem tartja be a szabályokat, még iszogat is mellette. És én, amit próbálkozok egészségesebb ételt, azt megehetem egyedül. Szóval ez is egy nagyon… én élőbe nézhetem azt, hogy… én hiába akarok életmódot váltani, hogyha ehhez ő nem partner." (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)*

> *„A két kicsinek nem szoktunk ugye olyat csinálni, ami édesítőszeres, ők, nekik, ha születésnap, névnap van, nekik van külön valami kis cukros csinálva." (54 éves kalauz, észak-magyarországi város)*

Ha jellemzően a nő készíti otthon az ételeket, és a férj vagy a család nem fogadja el a diétának megfelelő menüt, akkor a feleségeknek/anyáknak – idejük, energiájuk, anyagi lehetőségeik függvényében – dönteniük kell, hogy egységesen főznek-e minden családtag számára, vagy külön-külön főznek önmaguk és a többiek számára.

> *„…ha sütök csülköt mondjuk vagy oldalast, akkor az csak a férjemé, de én csirkemellet készítek magamnak." (71 éves nyugdíjas óvónő, dél-magyarországi város)*

Gyakran az orvos is a nőktől várja el, hogy a férjüket „rászorítsák" a diétára.

> *„Mondta [az orvos], hogy tudja, hogy én majd betartom a diétát, meg amit mond előírásokat… a Papát is erre szorítsam rá! Hát a Papát nem igazán sikerült, de én betartottam." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)*

> *„…amikor… cukorbeteg lettem, mentem az első kezelésre, tehát az orvosomhoz, elmentem, és akkor mondta, hogy legközelebb… a feleségemmel együtt menjek. És akkor ott elmondta, hogy kedves asszonyom, itt vannak a főzelékek, a rántást nem azzal kell, amivel szokta, nem liszttel…" (69 éves férfi, nyugdíjas kőműves, észak-magyarországi város)*

Azokban a családokban, ahol megvalósítható a diéta, a nők feladatuknak tekintik, hogy a család ízlésvilágához, a családi hagyományokhoz minél közelebb álló ételeket állítsanak elő.

> *„Megcsinálom én a tortákat is, a süteményeket is meg tudom csinálni cukormentesen, tehát. Ráálltunk erre is, hogyha valakinek születésnapja van, akkor csinálunk egy cukormentes tortát." (54 éves nő, kalauz, észak-magyarországi város)*

Ugyanakkor a férfiak előtt általában nem áll nyitva több választási lehetőség: a mintába került egyik férfi részben azért nem tart diétát, mert a felesége három műszakban dolgozik, és nincs ideje arra, hogy a munkaigényes diétás ételeket elkészítse.

> *„Ki adja nekem [a diétás ételt], a feleségem? Három műszakban dolgozik, 60 évesen. 60 évesen délelőttös, délutános, éjszakás." (60 éves férfi, rokkantnyugdíjas szakmunkás, észak-magyarországi község)*

Férfi interjúalanyaink egy része ugyanakkor elfogadja a saját maga vagy a felesége számára előírt diétát, sőt részt is vesz az élelmiszerek beszerzésében, az ételek előállításában. Ez egy korszerűbb, partneri szerepfelfogás, amely mindkét fél jobb életminőségét szolgálja. Voltak a

CC BY

mintában olyan férfiak is, akik főznek, sőt nem csak maguknak, hanem a feleségüknek vagy az egész családnak.

> *„Érdekel a konyha… a főzés, elég sok szakácskönyvem van, azokból tudtam meg ezeket…" (66 éves férfi, nyugdíjas szakmunkás, észak-magyarországi város)*

> *„[A férjem] most is megfőzte nekem külön a gombapörköltet, ő meg nyomja a krumplis tésztát csöpögő zsírral és sósan, ez van." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi megyeszékhely)*

B. Tradicionális anyaszerep, életkori szerep

A tradicionális anya egyik alapvető feladata, hogy gondoskodjon a gyermeke egészséges táplálkozásáról. Diabétesztől szenvedő szülők esetében nehezíti a feladatot a saját, a házastárs és a gyermek táplálkozási szükségleteinek összehangolása.

> *„…a gyerektől nem zárhatom el, vonhatom meg, merthogy az ember cukros lett." (54 éves nő, munkanélküli, észak-magyarországi község)*

A gyermekek egészséges táplálkozásra nevelése az anyai szerepelvárások része, mint ahogy az is, hogy a diétát hozzáigazítsa a gyermekek ízléséhez.

> *„Én a gyerekeknél is mindig odafigyeltem arra, hogy nem kell túlenni magunkat, hanem normálisan étkezzünk." (60 éves nő, nyugdíjas betanított munkás, kelet-magyarországi város)*

Többen is beszámoltak arról, hogy a gyerekeknek (unokáknak) külön sütnek süteményeket, illetve nagy energiát fektetnek abba, hogy az „igazihoz" hasonló cukormentes tortákat alkossanak.

> *„…ha meg mondjuk jönnek a gyerekek, akkor ugye óhatatlan, hogy az ember süssön valamit, akkor meg nem fehér cukrot, hanem nádcukrot szokok használni." (74 éves nő, nyugdíjas technikus, nyugat-magyarországi megyeszékhely)*

Ez azonban nem mindig jár sikerrel, illetve ellentmond a hagyományoknak is. Másfelől az anya amiatt is aggódhat, hogy a gyermeke biztonságérzetét veszélyezteti azzal, ha az tud a betegségéről.

> *„…én nem nagyon szeretném, hogy úgy nőljön fel, hogy bármiféle félelme is legyen, hogy anyának valami baja is lehet." (45 éves nő, ápoló, kelet-magyarországi város)*

Többen is az anyaságukkal magyarázták, hogy nem tudták vagy tudják betartani a diétát. A gyerekek ellátása, gondozása mellett, amennyiben kénytelen prioritási sorrendet felállítani, az anya nem tud a saját szükségleteire is időt áldozni.

> *„…azt lehet mondani, hogy kicsik voltak a gyerekeim, iskolába jártak, nem igazán tehettem azt meg, hogy diétázzak." (45 éves, 8 osztályt végzett nő, észak-magyarországi község)*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

A diétás élelmiszerek beszerzése és az ételek elkészítése olyan pluszfeladat, amelyre a gyerekek és a munka mellett nem jut idő; illetve ha jut, akkor nem marad idő rekreációra, pihenésre, sportra. Egy idősebb asszony természetesnek tartotta, hogy gyermeket nevelő felnőtt lányai elhízottak; ő maga is csak nyugdíjba menetele óta engedheti meg magának, hogy egészségesen éljen, azaz egészségesen főzzön, tornázzon, és pihenjen.

> *„Én vagyok az egyetlen, akinél nem hízom vissza, de időm is van rá, hogy ugye magammal foglalkozzak. Ugye ők gyerekeket nevelnek, munkahelyre lótnak-futnak, az idő ebben a dologban nagyon fontos. Odafigyelni, külön készíteni olyan ételt, tornászni és pihenni." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi megyeszékhely)*

3.3.3. *Munka és más kötelességek összefüggése a diétával*

Interjúalanyaink többsége nyugdíjaskorú, ennek ellenére gyakran merült fel a munka és más, az aktív élethez kötődő, például családi, gyereknevelléssel összefüggő kötelességek interferenciája a cukorbeteg diétával, vagy saját korábbi életszakaszaira, vagy például családtagjaikra vonatkoztatva, illetve az aktívaknál jelenlegi helyzetükre. Az említések száma ugyan nem magas, összesen 21, de ezek 14 különböző interjúalanytól származnak.

Kivétel nélkül a diéta betartásának, illetve általában az egészség megőrzésének akadályaként jelenik meg a munka, illetve általában az aktív életkorral együtt járó leterheltség és időszűke.

Az egyik leggyakoribb motívum a munkával összefüggő stressz, feszültség, esetenként túlhajszoltság, amit interjúalanyaink közül többen, életükre visszatekintve, a betegség kialakulásának egyik okaként azonosítanak.

> *„Hát szerintem most karácsonykor kezdett el visszajönni, túl sok sütit ettem, meg túl sok feszültség, nyolcig túlóráztunk, minden hétvégén túlóráztunk, és hát ki is kaptam érte doktor úrtól, meglátszik az eredményen. Borzasztóan szeretnék már nyugdíjba menni, úgyhogy még három évem van." (középkorú nő, adminisztrátor, kelet-magyarországi város)*

> *„Még a kilencvenes években is, mikor rosszul lettem, mert 20-25 emberrel dolgoztunk, dolgoztattam éppenséggel, mert én voltam a megbízott csapatvezető, és akkor ez a rendszertelen étkezés, meg a stressz, meg nem tudom, az mennyire befolyásolta ezt." (60 éves férfi, rokkantnyugdíjas szakmunkás, észak-magyarországi község)*

> *„Hát életmódban, még három évig vittem a vállalkozást, aztán eladtam. Az nagyon nagy megkönnyebbülés volt nekem, mert a stressz az nagyon befolyásolta a cukorszintemet." (75 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, kelet-magyarországi város)*

A munkával összefüggő másik probléma az, hogy nem egyeztethető össze vele a diabéteszes diéta betartásához szükséges rendszeresség, illetve általában nincs elég idő az odafigyelésre.

> *„Mondják, hogy így is van, csak nehéz betartani. Most jobban ráérek, hogy már nem dolgozom, ugye." (66 éves nő, nyugdíjas tanár, nyugat-magyarországi város)*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

> *„Annyira rendszertelen volt az életem meg minden, és akkor az ehhez szükséges táplálkozásom is, nem rendesen reggeli, tízórai, ebéd, uzsonna, vacsora volt, mint most, hogy ezt nyugodtan megengedhetem magamnak, és azért az is befolyásolta szerintem a helyzetet."* (75 éves férfi, nyugdíjas mérnök, nyugat-magyarországi város)

Két további tényezőt említenek interjúalanyaink a munka-diéta interferenciával összefüggésben, a munkával összefüggő energiaszükséglet és a diétával kompatibilis élelmiszerek elérhetőségének problémáját, ami részben az idővel, időbeosztással is összefügg. Az energiaszükséglet a nehéz fizikai munkát végzőknél merül fel elsősorban:

> *„Igen, mert ne kenyeret, mert abban több a szénhidrát. És a zsemlében csak 25 gramm szénhidrát van. Jól van, dehát ha kőművesmunkát kellett dolgozni, akkor meg kellett enni tíz zsemlét. Ha nem, akkor összeesett az ember."* (69 éves férfi, nyugdíjas kőműves, észak-magyarországi város)

Kétségtelenül rendszerszintű problémának tekinthető ugyanakkor a diétának megfelelő élelmiszerek, főtt ételek elérhetőségének problémája, akár piaci vendéglátóhelyeken, akár a közétkeztetésben. Interjúalanyaink megélése szerint, ha nem készül fel az ember a teljes napra előre, gyakorlatilag lehetetlen a diétájuknak megfelelő módon táplálkozni.

> *„…rá kellett jönnöm, hogy milyen merev a világ, mert az étkezdébe hiába kértem a menü mellé, hogy ne tegyék oda a rizst, és én zöldséget kérnék mellé, mert volt az is az ételpultba, egyszerűen nem lehetett megoldani, mert arra nem voltam jogosult úgymond, mert a menü mellé az járt. Szóval egyszerűen semmi rugalmasság nincsen, ott külön fizetnem kellett volna, a menü mellé vennem egy adag zöldséget, hogy valamelyiket lecserélték volna arra. Úgyhogy föl is hagytam az ilyen próbálkozásokkal. Úgyhogy munka mellett még nehezebb volt ezt betartani, vagy otthonról hoztam kaját vagy külön vettem olyan ételt az étkezdébe, sok mindenbe nem kaptam segítséget."* (63 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, dél-magyarországi város)

> *„…eddig elvittem a szendvicset, megettem, és kész. De most ugye vinnem kell valami főtt kaját, vagy olyat, ami nem romlik meg, de mégis nem szendvics, vagy nem kenyér, vagy nem ilyesmi. Vagy meg kell néznem azt, hogy egyáltalán hol tudok venni magamnak olyat, ami jó."* (54 éves nő, kalauz, észak-magyarországi város)

> *„Viszek magammal, egy proteinszelet, egy alma, ennyit eszek bent. Esteleg egy banánt, hogyha hosszú a műszak, hogyha mit tudom én, tíz óránál hosszabb, akkor viszek még egy pluszbanánt. (…) Hogyha vannak, ilyen jó belvárosi helyeken vagyok, tehát egy-egy ilyen kedvenc hely kialakulhat, ahol tudom jól tartani a diétát. Ha nincs ilyen vagy nem olyan a beosztás, hogy ezt tudjam csinálni, akkor meg maradok ennél az otthonról hozottnál, és akkor, hát, nem túl egészséges, hogy így este eszek, de akkor este eszek komolyabbat."* (57 éves férfi, mérnök, Budapest)

3.3.4. Lemondás

A korábban szívesen fogyasztott ételféleségekről való lemondás nehézségeit összesen 45-ször említik. A 24-ből 18 interjúban szerepel a lemondás kérdésköre valamilyen formában, hét interjúban pedig kifejezetten központi problémaként jelenik meg a lemondás. Két olyan említés van, ami nem kifejezetten valamilyen ételről, hanem a nem cukorbeteg lét egyszerűségéről és gondtalanságáról való lemondásról szól:

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

> *„Egyrészt, nem is biztos, hogy evett addig ötször. Én kétszer ettem rend szerint. Megreggeliztem rendesen, kettőkor hazaértem, megebédeltem rendesen, és akkor este meg ettem még valamit, de már nem annyira komolyan. Ezt kellett átalakítani ötszöri étkezésre. Nagyon macerás volt." (73 éves nő, nyugdíjas mérnök, Budapest)*

> *„…hát mi a franc, hát nem fogok én ebéd előtt leülni, hogy csókolom, hát itt ez 25 mit tudom én gramm, meg ennyi gramm, meg mit tudom én, egy zsömle az 30 gramm szénhidrátot tartalmaz és összeadni, kivonni, szorozni, dehogy is. A francot, megeszem annyit, amennyi jólesik, azt készen van, nem érdekel ez engem." (75 éves férfi, nyugdíjas mérnök, nyugat-magyarországi város)*

A témakörhöz tartozó említések többsége azonban meghatározott élelmiszerekhez, ételekhez kapcsolódik. Alapvetően három ételféleség jelenik meg, amikről nehézséget okoz lemondaniuk a megszólalóknak: a kenyérfélék (sokszor kifejezetten a fehér kenyeret említik), a süteményfélék, és a gyümölcsök.

Bár itt nincs lehetőségünk az ezeknek az ételekhez fűződő viszony kultúr- és társadalomtörténeti hátterében részletesebben elmélyedni, feltűnő, hogy a három ételféleséget az életvilágban számos különbség ellenére a hagyomány közös szála fűzi össze. A kenyér a tradicionális magyar étkezés elengedhetetlen eleme, számtalan formában szolgált a hagyományos ételek kiegészítőjeként (Báti, 2017), a 17. század óta az egyik legnagyobb mennyiségben fogyasztott élelmiszerünk (Balasa, 1997). A magyar kultúrán belül a kenyér inkább összeköt, de elválaszt a velünk-mellettünk élő, más gabonaféleségeket preferáló népektől (Báti, 2017). Az idősebb korosztályhoz tartozó válaszadóink esetében ehhez hozzáadódhat a fiatalabb éveikben megtapasztalt szűkösség és az azt követő időszakban a biztonságérzetet nyújtó élelmiszerbőség (Valuch, 2013) történelmi emlékezete is. A korábban csak a módosabb gazdák által fogyasztott fehér kenyér az 1970-es évektől a boltból is mindenki számára beszerezhetővé vált (Báti, 2018), így a bőség demokratizálódását szimbolizálta. A kenyér fogyasztásának mértéke ma elsősorban generációs metszetben különböző: az idősebb generáció és a falun élők körében magasabb (KSH, STATADAT-táblák). A kenyérfogyasztás volumene az élelmiszer-választék bővülésével 1990-től kezdve csökken, és ezzel párhuzamosan a fogyasztáshoz kapcsolódó szimbolikus mező is egyre szűkül (Báti, 2017), így a jövőben a kenyérhez fűződő hagyományok talán kevésbé lesznek meghatározóak.

A 45, lemondással kapcsolatos említés közül 35-ben kerül szóba a kenyér, pontosabban a fehér kenyér, mint aminek a fogyasztását a cukorbeteg diéta tiltja. Volt olyan interjúalanyunk, aki explicite elutasítja ezt, nagyon érzékletesen hitet téve a „hagyomány" mellett:

> *„Hát én fekete kenyeret nem eszem, mert az már olyan, mikor megeszem, mint amikor kijön belőlem. Én azt nem eszem meg. Én a friss, foszlós, ropogós fehér kenyeret eszem, mert azt tartom egészségesnek." (66 éves férfi, nyugdíjas lakatos, dél-magyarországi város)*

Akik igyekeznek betartani a fehér kenyérre vonatkozó tiltást, elmondják, mekkora nehézséget okoz ez számukra:

> *„…és most hallottam, mióta sütik a kovászolt kenyeret, hogy azt is lehet, na és akkor azóta azt. Nekem a kenyér olyan, mintha valami finom kalácsot ennék, mert annyira finom, ahogy nem ehettem ilyeneket eddig." (76 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, kelet-magyarországi város)*

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

A kenyérről lemondás ugyanakkor nem feltétlenül jelent valóban minden kenyérféle megvonását. Vannak, akik a fehér kenyér helyett teljes kiőrlésű kenyeret vásárolnak, vagy pedig zsemlét. Előbbi mellett a teljes kiőrlésű gabona lassabb felszívódása szólhat érvként, utóbbi mellett pedig az, hogy ez megkönnyíti a szénhidrátmennyiség számolását.

Az édességek, sütemények szintén elengedhetetlen elemei a szokásos étkezéseknek, különösen az ünnepieknek. Készítésük leginkább a női identitáshoz kapcsolódik: a finom sütemény előállításának képessége a korábbi generáció gasztronómiai tudásának sikeres átvételét bizonyítja (Báti, 2010). A család kedvenc süteményének elkészítése a szeretet kifejezésének módja, a sütemény fogyasztása pedig a hétköznapokból való kiszakadás ünnepiességének érzésével kapcsolódhat össze.

A magukat „édesszájúnak" valló interjúalanyaink ugyanakkor súlyos küzdelmekről számolnak be a süteményekkel, édességekkel kapcsolatban is.

> *„Nagyon nehéz volt, azért, mert én szerettem tésztaféléket, az édességet szerettem, és nagyon szerettem enni. Ez volt a legnagyobb probléma. Amikor elkezdtem mérni, számolni, az nagyon nehéz volt. Az legalább felért a betegség súlyával!" (75 éves nő, nyugdíjas adminisztrátor, kelet-magyarországi város)*

Az előírásokat betartóknál kétféle stratégia jelenik meg. Az egyik – gyakoribb – a saját magukkal szembeni türelemé: ezek az interjúalanyok, bár alapvetően tartózkodnak az édességek fogyasztásától, egy-egy alkalommal, különlegesebb helyzetben, megengednek maguknak némi „elhajlást", hogy aztán folytassák a diétájukat. Olyan beszámolót is hallottunk, ahol ez a fajta megengedés önmagukkal szemben kifejezetten szakmai tanács volt. Erről a stratégiáról a praktikákról szóló részben bővebben írtunk.

A másik stratégia a diabétesszel összeegyeztethető, helyettesítő ételek kidolgozása. Ez széles körű és alapos tudást, a szükséges anyagokhoz való hozzáférést, nagyon nagy elszántságot igényel, és – ennek megfelelően – nagyon ritka.

> *„Eltelt ez a 14-15 év, eleinte a diéta az valami katasztrófa volt. Valljuk be, nagyon szeretek enni, ráadásul a csokitortát szeretem a legjobban, és azt nem annyira lehet helyettesíteni almával. Ezek a dolgok megviseltek. Ami sok pluszt hozott az életembe, hogy megtanultam megcsinálni a csokitortámat úgy, hogy abban majdnem 0 szénhidrát legyen. Képes voltam a lenmagot darálni, hogy kifejlesszek olyan recepteket, amivel le lehet utánozni azokat a süteményeket, desszerteket, amiket azelőtt lehetett enni." (45 éves nő, ápoló, kelet-magyarországi város)*

A harmadik jellegzetes téma a lemondás a gyümölcsfogyasztásról. A gyümölcsök szerepe a hagyományos táplálkozásban a kenyérhez és a süteményhez képest más: a gyümölcsök kevésbé foglalnak el kiemelt kultúrtörténeti helyet, viszont elérhetőek, különösen vidéki, paraszti gyökerű háztartásokban. A dinnye és a szőlő, vagy a kerti fákról éréskor le-leszakított gyümölcs fogyasztását több interjúban úgy említik, mint a helyi kultúra természetes részét. A gyümölcsökről lemondást az is nehezítheti, hogy a gyümölcsöket általában az egészséges táplálkozás szerves részének tartjuk.

A saját termelésű gyümölcs okozta nehézségeket többen is említették.

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

> *„Mert van 600-as szőlőnk, és mindig vödörszám áll itt az a szőlő. És mi ugye parasztemberek voltunk, és ilyenkor mindenki szőlőt eszik meg főtt kukoricát a családban. Dehát ez most már le fog menni, télen jobb a cukrom, nincs annyi gyümölcs." (64 éves nő, nyugdíjas gazdálkodó, dél-magyarországi város)*

> *„Amit még nem nagyon tudok megállni, az a gyümölcs. Itt a kertben is van pár gyümölcsfám, ha beindul a gyümölcsérés, nem tudok úgy elmenni a kertben, hogy egyet-kettőt ne vegyek le róla. Szőlő vagy bármi gyümölcs, és a gyümölcsben van cukor." (67 éves érettségizett férfi, nyugdíjas mentős, nyugat-magyarországi megyeszékhely)*

Bár az interjúk másik részében nem jelenik meg kimondottan, hogy saját termesztésű gyümölcsről van szó, csupán annyi, hogy ezek hozzáférhető és a táplálkozás részét képező gyümölcsök, ugyanakkor ezekben az esetekben is legtöbbször olyan gyümölcsök jelennek meg, amelyek hagyományosnak tekinthetők és házi termesztésük sokfelé jellegzetes, illetve jellegzetes volt, mint például a szőlő vagy a dinnye.

> *„De viszont a múltkor a dinnye után, akkor fölment 11-re. Attól fogva nem egy fél dinnyét ettem meg, hanem csak egy negyed dinnyét, mondom, a dinnyékkel most nagyon túllőttem, vagy nagy volt a cukortartalma is, nem tudom." (Középkorú nő, adminisztrátor, kelet-magyarországi város)*

> *„Tehát magyarul mind a vörös húsokat nem lett volna szabad, meg gyümölcsöket, meg nem tudom miket, én meg a szőlőt is imádom, meg mindent imádok. Úgyhogy azért mondom, hogy én ezzel nem voltam kisegítve, mert tudtam, hogy én ezt így nem fogom tudni betartani, ezeket a dolgokat." (66 éves férfi, nyugdíjas lakatos, dél-magyarországi város)*

Gondolhatnánk, hogy az előírt diéta követése, ha anyagi vagy egyéb, „kemény" korlátok nem állnak az útjába, pusztán motivációs kérdés, ugyanakkor volt olyan interjúalanyunk is, aki komolyabb értéknek tekintette saját étkezési preferenciáit, mint a diéta várható eredményét:

> *„Tehát hiába mond nekem ilyeneket, nem fogok erről leállni, inkább megdöglök két évvel előbb, de nem fogok a kenyérről leállni, tehát ez nem opció." (75 éves férfi, nyugdíjas mérnök, nyugat-magyarországi város)*

Ez a fajta, tulajdonképpen teljes felelősséget vállaló ellenállás ugyanakkor ritka, interjúalanyaink többsége elkötelezettnek tűnt amellett, hogy kövesse a diéta előírásait, csak éppen – abban a világban, ahol az „alapértelmezett" étkezési szokások, a boltok kínálata, a fán lógó gyümölcs, az, amit mások esznek, és amit ő is evett egész életében, számára tiltottá vált – ez nagyon nagy, néha megugorhatatlannak tűnő akadályt jelent. Akik nem hangsúlyozták a lemondással járó nehézségeket, azok vagy eleve is úgy táplálkoztak, hogy nem sok mindenen kellett változtatniuk (például nem szénhidrátalapú köreteket fogyasztottak, hanem salátákat), vagy erősen támogató közegben, családban élnek, akik maguk is hajlandóak a cukorbeteg diéta előírásaihoz hasonlóan étkezni, vagy más hasonló, „esetlegesnek" tekinthető, de nyilvánvalóan nagyon fontos körülmény könnyíti meg az életüket.

A fentiekben idézettek alapján azok számára, akik súlyos lemondásként élik meg a diétát, kétféle tényező könnyíti meg az átállást: az, ha néha-néha mégiscsak megszegik az előírásokat

CC BY

(jóllehet nem biztos, hogy ez valóban mindenkinek segítene), és az, ha egy teljes mértékben alternatív táplálkozási rendszerre állnak át, amiben diabéteszkompatibilis ételekkel helyettesítik a hiányoltakat. Mindkét módszer a rendelkezésre álló információk nagyon gyakorlatias felhasználását jelenti – egy olyan készséget, amivel a nehézséggel küszködő interjúalanyaink többsége nem lett felvértezve.

4. DISZKUSSZIÓ

Magyarországon csaknem másfél millió ember él kettes típusú cukorbetegséggel. A betegség valamennyi stádiumában kiemelt jelentősége van a táplálkozásterápiának.

A diéta követését számos tényező befolyásolja. Természetesen alapvető jelentősége van az egészségügyi rendszernek, amely az ellátást, az állapot monitorozását, az állapotváltozásnak megfelelő kezelési változtatásokat nyújtja a betegnek. Ugyanakkor a medikális kezelés önmagában kevesek számára elégséges.

A diéta megtartásában súlyos korlátot jelent az egyes interjúalanyok által megélt anyagi szűkösség. A cukorbetegség menedzsmentjének egyik legsúlyosabb akadálya a háztartás élelmiszer-biztonságának hiánya, amelynek következtében a kérdés nem a megfelelő diétás élelmiszerek beszerzése, hanem hogy egyáltalán van-e mit enni.

Az interjúkban megjelenő gyakoriság alapján a diéta szempontjából a legfontosabb tényező a betegséggel és a diétás előírásokkal kapcsolatos információ megléte vagy hiánya. A gyakorlatban is hasznosítható információk jellemzően nem a beteg kezelését biztosító egészségügyi ellátásból, hanem az internetről, betegklubokból, személyes kapcsolatokból, illetve néhány esetben az alternatív kezelést biztosító magánorvostól származnak. Habár ez a „magánúton" megszerzett tudás is az egészségügyi szaktudásban gyökerezik, hiszen a kiegészítő információforrások mögött legtöbbször szintén orvosok állnak, mindazonáltal a közvetlen forrás mégsem a hivatalos ellátás. A sikeres diéta azon múlik, hogy mennyire képes a beteg a tételes előírásokat gyakorlati megoldásokra, rutinszerűen alkalmazott praktikákra lefordítani. A betegek negatív élményei jelentős részben a kezelőorvostól kapott hasznos információk hiányához fűződnek.

A diétázás sikerében nagy jelentősége van a társas támogatásnak és a laikus segítségnek is. A társas környezet elfogadhatja és segítheti a diéta megtartását, ugyanakkor az ismeretek hiányának, vagy a betegséghez nem alkalmazkodó elvárásoknak a következtében az étrend alkalmazása nagyon nehézzé, akár lehetetlenné is válhat.

A diéta kulcsmozzanata a lemondás. Abban a világban, ahol a boltok, illetve a háztáji gazdaság kínálata tiltottá vált, a hagyományos étkezési szokások nem követhetők és a másoktól különbözés mindennap megélt keserves tapasztalat, a „normális" táplálkozásról való lemondás nagyon nagy, néha megugorhatatlannak tűnő lelki akadályt jelent.

Mindezeknek a tényezőknek a kölcsönhatása érvényesül abban, hogy a beteg mennyire sikeresen képes megküzdeni a betegségével, függetlenül attól, hogy mit tud kínálni az orvostudomány a diabétesz kezelésére.

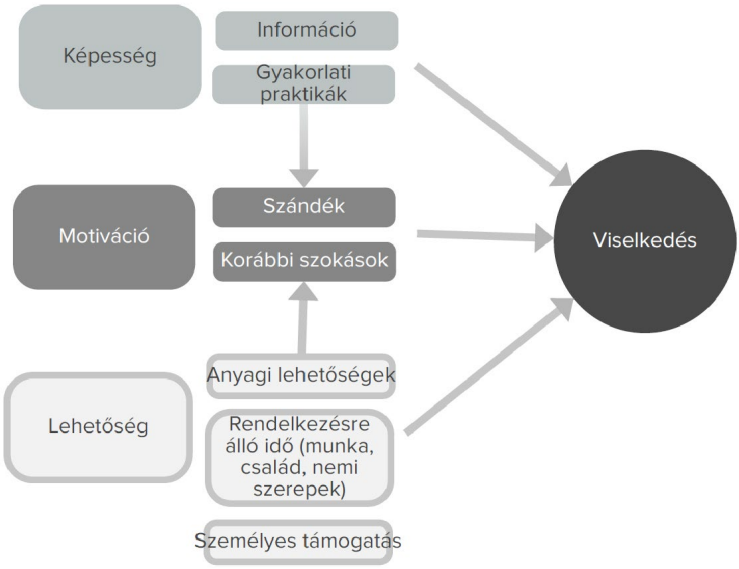
Az interjúk elemzése során fontosnak talált tényezők megfeleltethetők a tanulmány bevezetőjében bemutatott COM-B modell elemeinek. Az információ és a praktikák a képességet jelentik: az információ az elméleti tudás, a praktikák pedig a gyakorlati ismeretek, fogások. Az

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

anyagi lehetőségek, a – munkával, családdal összefüggő, gyakran a hagyományos nemi szerepekbe ágyazódó feladatokkal megosztott – rendelkezésre álló idő, valamint a szakmai és a laikus támogatás szabják meg a lehetőségek kereteit: ezek határozzák meg, hogy elérhető, hozzáférhető-e a beteg számára a szigorú diéta előírásainak betartása. Végül a lemondás, ami az egyetlen érzelmi dimenzió a felsoroltak között, a motivációval függ össze – mondhatnánk, hogy minél motiváltabb valaki az életmódváltásra, annál kevésbé fogja útját állni az, hogy le kell mondania valami számára örömet okozó ízről.



3. ábra A COM-B modell alkalmazása a diétára
Forrás: a szerzők szerkesztése

Csakúgy, mint az általános modellben, az egyes dimenziók a diéta modelljében sem függetlenek egymástól, és ez éppen a lemondás problémájával kapcsolatban jut nagy jelentőséghez. Az, hogy kinek mekkora gátat jelent a megszokott ízek helyett újfajta ételeket fogyasztani és lemondani korábbi életének erről a részéről, az összefügg a korábban megszokott táplálkozás jellemzőivel. Aki eleve sem evett például édességet, vagy mindig sok zöldséget fogyasztott, az könnyebb helyzetben van, vagyis a korábbi szokásai miatt jobbak a lehetőségei az életmódváltásra. Több interjúalanyunk említett olyan trükköket, praktikákat, a képességek körébe tartozó fogásokat, amelyek számukra megkönnyítették ezt az átállást, lehetővé tették a lemondást, például éppen mert kielégítő módon pótolták a leginkább hiányolt ízeket. Azok, akiknek ez nem megy, nem feltétlenül motivációnak vannak híján, hanem esetleg csak ezeknek a praktikáknak nincsenek birtokában.

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély
www.esely.org

5. SZAKPOLITIKAI AJÁNLÁSOK

Az alábbiakban az elemzett interjúk tanulságai és a nemzetközi szakpolitikai, ellátási gyakorlat példái alapján foglaljuk össze, milyen szakpolitikai eszközök ajánlhatók megfontolásra Magyarországon a 2-es típusú cukorbetegség sikeresebb menedzsmentje érdekében. Ahogy a teljes elemzésben, itt is csak az életmóddal, önmenedzsmenttel összefüggő kérdésekre koncentrálunk, az orvosi-medikális ellátással kapcsolatosakra nem.

5.1. Információnyújtás és egészségműveltség

A bemutatott interjúk leggyakoribb témája a cukorbetegségre és a diabéteszes táplálkozásterápiára vonatkozó információk kérdése. Számtalan kutatás bizonyítja, hogy azok a betegek, akik részesültek valamilyen oktatásban, sikeresebben menedzselik a betegségüket. A diéta megtanítása része az egészségügyi protokollnak, és valóban sok interjúalanyunk számolt be arról, hogy a háziorvos vagy szakorvos, vagy akár dietetikus szakember elmagyarázta nekik, mit ehetnek, mit nem, mire figyeljenek oda, ellátták őket az élelmiszerek szénhidráttartalmára vonatkozó tájékoztató anyagokkal és így tovább.

Interjúalanyaink beszámolói alapján azonban egyértelmű, hogy a kapott információ sokszor túl elméleti, töredékes, vagy más módon életidegen volt, ami önmagában nem nyújtott elegendő támaszt a diéta sikeres menedzsmentjéhez. A betegek beszámolói alapján követhetők voltak az eltérő társadalmi helyzethez kötődő különbségek a cukorbetegséggel és a követendő diétával kapcsolatos információk megértésében, értelmezésében, és az elvek gyakorlatba átültetésére való képességében. Több interjúalany említi a „számolgatást", mint a diéta betartásának olyan előfeltételét, amit nehéz, ha nem lehetetlen elvégezniük.

A nemzetközi szakirodalomban nagy hangsúllyal szerepel a „diabéteszes-oktatás" egyéni szükségletekre szabottsága, és hogy mekkora jelentősége van a konkrét tartalomnak. Az alábbiakban olyan közpolitikai megoldásokat vagy intervenciókat mutatunk be, amelyek a „health literacy" (egészségműveltség, egészségértés) és a „health numeracy" (vagyis az egészséggel kapcsolatos számtani készségek) egyéni sajátosságait is figyelembe veszi, vagy a diétával, életmóddal kapcsolatos tanácsadást a betegek tényleges szükségletéhez igazítani képes módszereket alkalmaz, és ezáltal igazoltan hatékonyan támogatja a betegség önmenedzsmentjét.

> **Szükségletfelmérés a diabéteszoktatás előtt:** A betegtájékoztatásra vonatkozó előírásoknak ma is része, hogy a betegeknek a számukra érthető szinten és nyelven kell tájékoztatást adni, és a szakembernek meg kell győződnie arról, hogy a beteg megértette, amit hallott. Az interjúink tanúsága szerint ez – sokszor érthető okokból – nem történik meg mindig. De még ha megtörténik is, számos további kérdés felmerül ezzel kapcsolatban, például hogy honnan tudja az ellátó, milyen a beteg egészségműveltségi szintje, milyen információra van szüksége. A kevésbé tájékozott betegeknek ráadásul általában nemcsak a betegségmenedzsmenthez szükséges tudásuk, de az önbizalmuk is kevesebb, ezért nagyobb támogatásra van szükségük (White et al., 2010). A beteg egyéni igényeihez való igazodás egyik formája lehet az egészségműveltség és az egészségszámtani műveltség célzott, kérdőíves felmérése a diabéteszellátás megkezdésekor, ami irányt mutat a későbbiekben alkalmazott kommunikációs módszereket illetően (Debusshe, 2021).

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

Személyre szabott, kulturálisan megfelelő képzés, amit a beteg bevonásával alakítanak ki: A szűken vett egészségműveltség mellett számos jellemzője (erőforrása, korlátozottsága, körülménye) van egy embernek, ami befolyásolhatja, milyen módon átadott és milyen tartalmú információ lesz segítségére leginkább a saját diabéteszmenedzsmentjében. Az ezeket a különbségeket figyelembe vevő módszerek, amelyek jellemzően a betegeknek a kezelés kialakításába való mélyebb bevonására, illetve kulturális jellegzetességeinek szem előtt tartására (Peña-Purcell et al., 2015) építenek, nemcsak a betegek szükségleteire reagálnak jobban, hanem autonómiát és a saját életük feletti kontrollt is biztosítanak számukra (Debussche, 2021). Ugyanígy az önmenedzsment támogatását is irányíthatja a beteg, kijelölheti, milyen területeken érzékeli, hogy problémája van és segítséget szeretne kérni.

A kurrens pedagógiai és didaktikai tudás alapján felépített oktatási anyag használata: Ez alkalmazható kifejezetten az egészségszámtani készségek fejlesztésére (White et al., 2010), de a teljes oktatási szakaszt meg lehet tervezni, felépíteni és kivitelezni úgy, hogy eredményesebb, hatásosabb legyen, például ismétléseket, ellenőrző kérdéseket vagy alkalmakat beiktatva, a képzést több alkalomra bontva, az elméleti anyag súlyát csökkentve és a gyakorlatit növelve (Formosa et al., 2012; Dang, Patel-Shori, Barros, 2020).

Diabéteszoktatók alkalmazása: A képzéseket Magyarországon jelenleg olyan szakemberek tartják, akik elmélyült tudással rendelkeznek az egészséggel kapcsolatban, de nincs feltétlenül pedagógiai, didaktikai hátterük, és a gyakorlati kérdésekkel kapcsolatos ismereteik mélysége is gyakori kritika tárgya. A nemzetközi gyakorlatban elterjedt kifejezetten a diabéteszes életmód oktatására szakosodott trénerek alkalmazása ezen a területen (Alharbi et al., 2019), ami Magyarországon is megfontolható. Az oktatók gyakorlati kérdésekben jártassága és pedagógiai képességeinek magas szintje alapvető fontosságú lenne.

Az orvosi rendelők helyett lakóhelyközeli, „akármelyik szombaton" megtartható képzések: Félnapos hétvégi workshopok medikális és oktatási szakmai támogatással a betegségmenedzsment támogatásáért (Carter et al., 2002). Ezek a kihelyezett műhelyek lehetnek az egészségügyi ellátástól teljesen függetlenek, de össze is kötődhetnek azzal, például a betegek kaphatnak háziorvosi beutalót ezekre az alkalmakra, ha a háziorvos úgy látja, ez hasznukra válna (Skinner et al., 2003). További előnyük lenne, hogy rugalmasabban beilleszthetők a heti időbeosztásba, amely az interjúk tanúsága szerint fontos szempont lehet a munkaerőpiacon aktív betegek számára.

5.2. Anyagi támogatás az élelmiszerek elérhetőségéért

Interjúink tanúsága szerint a szegényebb családokban élő cukorbetegek számára s megfelelő élelmiszerek magas (és folyamatosan emelkedő) költsége a megfelelő betegségmenedzsment legnagyobb akadálya. Ennek a problémának a megoldására számos országban dolgoztak ki megoldásokat, amelyek lényege a cukorbetegek számára megfelelő élelmiszerek beszerzésének támogatása. Mivel az életmódváltást szorgalmazó megoldásoknak önmagukban bizonytalan az eredménye, világszerte növekszik az érdeklődés az étrend javítását célzó pénzügyi

CC BY

megközelítések (pl. az élelmiszerek árára vagy költségére összpontosító beavatkozások) iránt (Huangfu et al., 2024). Az anyagi támogatásnak több formája ismeretes.

„Árurecept" („produce prescription"): Jellemzően utalvány vagy debit kártya, amit élelmiszerboltban vagy piacon lehet beváltani/felhasználni. Meg lehet határozni, hogy a megadott élelmiszerek árának milyen hányadát lehet így kifizetni. Az árureceptet az egészségügyi ellátást végző intézményben állítják ki és adják át a betegnek.

Az egészségi állapothoz igazított élelmiszerek (medically tailored groceries): a kezelési terv részeként kiutalt élelmiszerek, amelyek otthoni feldolgozást/elkészítést igényelnek. Ezek általában élelmiszercsomagok, amelyek a szociális ellátás közvetítésével jutnak el a betegekhez.

Az egészségi állapothoz igazított ételek (medically tailored meals): szakemberek által a társbetegségektől is szenvedő cukorbetegek számára elkészített készételek, általában házhoz szállítással.

Visszatérítés: a vásárlási bizonylat (blokk) alapján bizonyos élelmiszerekre elköltött pénzt visszatérítenek.

Egyes modellekben a fentiekkel együtt alkalmazott egyéb szolgáltatások: célmeghatározás, edukációs foglalkozások, táplálkozási tanácsadás, főzési bemutatók, piac- és élelmiszerbolt-látogatás (Chang, Bailey-Davis, 2023)

A szakirodalomban részletes listák érhetők el a támogatásra javasolt élelmiszerekről, mint például az alábbi táblázatban lévők (Olstad et al., 2021).

3. táblázat Támogatására ajánlott egészséges élelmiszerek

Élelmiszercsoport	Támogatható tételek
Zöldség és gyümölcs	Friss zöldség és gyümölcs
	Fagyasztott zöldség és gyümölcs
	Zöldségkonzervek
Hús, baromfi és hal	Friss hús, baromfi és hal
	Halkonzervek
Húshelyettesítők	Szárított vagy konzervlencse, bab, csicseriborsó
	Tojás
	Mandula
Tejtermékek	Tehéntej
	Édesítetlen szójaitalok
	Édesítetlen joghurt
	Kemény sajtok
Rostban gazdag élelmiszerek	Teljes kiőrlésű száraztészták
	Barna rizs
	Zabpehely
	Teljes kiőrlésű kenyér
	Korpatartalmú gabonapelyhek

Forrás: Olstad et al. (2021), 11. old.

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

Az anyagi támogatást nyújtó egészségügyi programok, mint pl. az „Élelmiszer = Gyógyszer" program célja az egészséges élelmiszerekhez való rövid távú hozzáférés támogatása; ugyanakkor a fenntartható, rendszerszintű és méltányos hozzáférést az egészséges élelmiszerekhez az egészségügyi ellátáson kívül kell megoldani (Houghtaling, 2024).

Meg kell jegyeznünk ugyanakkor, hogy ezek a támogatási formák nagyon sok kérdést felvetnek. Gazdasági szempontból a versenypolitikai megfontolásoktól a szubvenciók hatékonyságán keresztül a hatásosságig terjed ez a skála, és az sem lenne meglepő, hogy sokan a visszaélés lehetőségeit fogják felvetni. Mások méltányossági kérdésként fogják kezelni a bármilyen formában megjelenő élelmiszer-támogatást, feltéve azt a kérdést, hogy megengedhető-e az, hogy a cukorbetegek részesüljenek támogatásban, mások pedig, akiknek esetleg semmivel sem nagyobb az élelmiszer-biztonságuk, csak azért nem, mert egészségesek? Ugyanakkor jelenleg is számos, elsősorban a jövedelemadót érintő kedvezmény vonatkozik egyes, különleges betegségekben szenvedő adófizetőkre – viszont az ilyen adót nem fizetők körében (nyugdíjasok) ezek a kedvezmények nem jelennek meg. A „támogatott" betegségek köre mindenképpen bővíthető lenne.

5.3. A diétával kompatibilis élelmiszerek elérhetőségének javítása

Ahogy a bevezetőben leírtuk, azt vártuk, hogy a diabétesz-diétához ideális élelmiszerek elérhetősége az interjúalanyaink egy részénél gondot fog okozni, ez a szempont azonban nem jelent meg expliciten az interjúkban. Mivel a rosszul ellátott területeken a különféle – anyagi, iskolázottsági és az ezzel összefüggő egészségműveltségi stb. – hátrányok halmozódnak, elképzelhetőnek tartjuk, hogy a hozzáférhetőségi korlátok említésének hiánya nem feltétlenül a problémának, hanem a probléma érzékelésének a hiányát jelenti – aki nem tudja, milyen típusú élelmiszerre lenne szüksége (mert esetleg nem is ismeri azt), nem fogja érzékelni, hogy nem tudja azt a helyi boltban megvásárolni. Ugyanakkor, bár törekedtünk rá, kisebb mértékben értük el azokat a betegeket, akik olyan, jellemzően nagyon kis településeken élnek, ahol nagyon rossz az élelmiszerekhez való hozzáférhetőség, így az interjúkban megmutatkozó hiány valójában az adatgyűjtés hiányosságaiból is adódhatott.

A hozzáférhetőség nehézségei azonban még az általános értelemben jó élelmiszer-hozzáférhetőségű csoportokban is számos formában megjelennek. Ilyen például a diétával összeegyeztethető, jellemzően főtt ételek beszerzése az otthon falain kívülről. Amikor a cukorbeteg elmegy otthonról, akár a munkája, akár más miatt, az interjúk tanúsága szerint leginkább az otthon csomagolt étel jelent megoldást arra, hogy ehessen, vagy nem eszik semmit. A cukorbetegek ilyen alapvető szükségleteit illetően a világ ugyanúgy nem inkluzív, ahogy nem akadálymentes a mozgássérültek, látássérültek, siketek számára. Az alábbiakban ezzel kapcsolatos, lehetséges szakpolitikai megoldásokat mutatunk be.

> **A készételek beltartalmának megjelölése:** A boltban kapható, csomagolt ételekhez hasonlóan az éttermi vagy nem csomagolt ételek összetétele is jelölhető lenne, mivel leginkább az információ hiánya tartja vissza a betegeket attól, hogy az ilyen ételekből vásároljanak (Hankey, 2015).

CC BY

A cukorbeteg (vagy más) speciális diétával összeegyeztethető ételek rutinszerű árusítása: A diétába beilleszthető, vagy általában egészségesebb alapanyagokat tartalmazó, kevésbé kalóriadús ételek elérhetőségének javítása nem csak a cukorbetegek szempontjából lenne hasznos. Magyarországon is születtek szakpolitikai megoldások ezzel kapcsolatban (pl. „csipszadó"), de a nagyobb áruházláncok termékkínálatának változása (teljes kiőrlésű, cukormentes, szénhidrátcsökkentett stb. termékek megjelenése) alapján okkal reméljük azt is, hogy az egészségtudatosság növekedése által teremtett keresleti nyomás is változást indít el. De éppen mivel keresleti nyomásról van szó, nem biztos, hogy ez minden térségben minden társadalmi csoport számára egyforma termékpaletta-bővülést fog eredményezni. Bár a szakirodalom szerint üzleti oldalról jelentős ez ügyben az ellenállás (Hankey, 2015), megfontolandó lehet a szabályozás változtatása is ezen a területen, ezen túl a vállalatok (éttermek, büfék) a társadalmi felelősségvállalás jegyében is változtathatnak a kínálatukon (Hartwell–Symonds, 2005).

A közétkeztetés (munkahelyi, iskolai stb. étkeztetés) kínálatának „egészségbarátta" és rugalmasabbá tétele: A közétkeztetés egyes szektorai (pl. a köznevelési intézményeké) jelenleg is szabályozottak Magyarországon, és lehet a különböző étrendi előírásoknak, illetve preferenciáknak megfelelő, speciális ételt rendelni. A felnőttek számára elérhető étkezési lehetőségek természetüknél fogva közelebb állnak az előző pontban bemutatott piaci területhez. Ezeken a területeken is lehet az állami szerepvállalásnak létjogosultsága, tájékoztató anyagok, képzések biztosítása révén (lásd pl. PHE 2017), de akár a kínálatra vonatkozó előírások révén is.

Nudge (magyarul noszogatás, unszolás): Kifejezetten a jobb, az egészséget jobban szolgáló döntések támogatásának lehetőségeire vonatkozik a Nudge (Thaler, Sunstein, 2008) elmélete. A Nudge olyan – a kereskedelemben és általában az üzleti életben régóta ismert és használt – eszközöket ajánl, amelyek meghagyják az egyén választási szabadságát, de bizonyos döntések meghozatalára ösztönzik. A könyv közétkeztetéssel kapcsolatos híres példája szerint egy egyetemi, önkiszolgáló rendszerű menzán az ételsor elejére helyezték a süteményeket, és a végére, közvetlenül a pénztár elé a gyümölcsöket, de továbbra is mindenki azt vásárolt, amit akart. A beavatkozás hatására jelentősen csökkent az édességek és nőtt a gyümölcsök forgalma. Egy másik kísérletben (Marcano-Olivier et al., 2019) ugyanezt tapasztalták – ott annyi volt a módszerekben a különbség, hogy a pozicionálás mellett a zöldségek-gyümölcsök csomagolását, címkézését is megváltoztatták, vonzóbbá tették. Ez a példa rávilágít, hogy ezekkel a „döntésmérnöki" (ahogy a Nudge a saját eszközeit nevezi) módszerekkel az emberek „rávehetők" az egészségüket, jóllétüket szolgáló magatartásra – ahogy ennek az ellenkezőjére is.

5.4. A közösség ereje a diabétesz kezelésében

Az interjúkban nagy hangsúly helyeződött a laikus és ezen belül a közösségi támogatás (klubok, internetes közösségek) szerepére. A szakirodalomban is számos bizonyítékot találunk arra, hogy általában a társas támogatás (Van Dam et al., 2005), kifejezetten pedig ezek a közösségi fórumok az érzelmi támogatástól az információközlésig nagyon sok szinten támogatják a cukorbetegek életét és az önmenedzsmentre való képességét (Shaw et al., 2006). A szakiroda-

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

lomban az értékelés vagy megerősítés („appraisal", „affirmation") dimenzióját tartják a közösségi támogatás legfontosabb hozadékának. Ez tulajdonképpen a cukorbeteg élethelyzetben megélt érzések validálását jelenti, ami kiemelkedően fontos szerepet játszhat abban, hogy a cukorbeteggé vált ember el tudja fogadni saját magát, meg tudja őrizni a helyzete javítására vonatkozó motivációját (Dennis, 2003). Az alábbiakban olyan, közpolitikai szempontból releváns intervenciókat, programokat sorolunk, amelyekben benne rejlik a társas támogatás potenciálja.

Csoportos „vizit": az egyéni vizitek helyett, ahol a betegek egyesével találkoznak az őket ellátó orvossal, a csoportos vizit gyakorlata a beteg és az orvos számára is előnyösebb lehet, hiszen sokszor ugyanazt az információt kellene átadnia, a beteg pedig kevésbé érezheti magát kiszolgáltatottnak társai körében (Trento et al., 2001).

Oktatással egybekötött közösségi támogató csoport („klub"): Az interjúkban leírt klubokhoz hasonló módszerek (ahol a szakmai támogatás, tájékoztatás, edukáció és a személyes, közösségi élmény egyszerre van jelen) kiemelkedően jó eredményeket mutatnak mind a betegek testi-fiziológiai, mind pedig mentális állapotát illetően (Gilden et al., 1992; Keyserling et al., 2002), így ezek támogatása az egyik leginkább javasolható eszköz – különösen, hogy Magyarországon már ma is ismertek.

Nem egészségügyi szakemberek és tapasztalati szakértők bevonása: A képzési programokhoz hasonlóan ezeknek a fórumoknak a megszervezése, vezetése sem feltétlenül kell, hogy egészségügyi szakemberekre háruljon. A klubot akár egészségügyi, akár más (pl. önkormányzati) támogatással közösségszervezésben, oktatásban jártas szakember, vagy akár diabéteszes beteg vagy betegcsoport is létrehozhatja. A szakpolitika feladata a kezdeményezés, támogatás, a keretek biztosítása lehet (Tang et al., 2011).

1. MELLÉKLET

Az interjúalanyok demográfiai és társadalmi jellemzői

No.	Nem	Kor	Gazdasági aktivitás	Iskolai végzettség	Lakóhely	Anyagi helyzet (1 [legrosszabb] – 5 [legjobb], az interjú alapján az elemzők értékelése)
1.	nő	73	nyugdíjas mérnök	diploma	Budapest	5
2.	nő	54	munkanélküli takarító	8 osztály	É-Mo., község	1
3.	nő	74	nyugdíjas technikus	technikum	Ny-Mo., megyeszékhely	3
4.	nő	45	ápoló	szakközép-iskola	K-Mo., város	2
5.	nő	64	nyugdíjas gazdálkodó	8 osztály	D-Mo., megyeszékhely	5

CC BY

esély www.esely.org

(Az 1. melléklet folytatása)

6.	férfi	67	nyugdíjas mentős	érettségi	Ny-Mo., megyeszékhely	4
7.	nő	66	nyugdíjas tanár	diploma	Ny-Mo., megyeszékhely	4
8.	nő	n. d.	adminisztrátor	érettségi	K-Mo., megyeszékhely	3
9.	nő	63	nyugdíjas adminisztrátor	érettségi	D-Mo., megyeszékhely	1
10.	férfi	60	rokkantnyugdíjas alkalmi munkás	szakmunkás-képző	É-Mo., község	1
11.	nő	75	nyugdíjas tanár	diploma	Budapest	2
12.	nő	71	nyugdíjas óvónő	diploma	D-Mo., város	3
13.	férfi	66	nyugdíjas lakatos	szakmunkás-képző	D-Mo., megyeszékhely	n. d.
14.	nő	65	nyugdíj melletti alkalmi munkás	8 osztály	K-Mo., község	2
15.	nő	76	nyugdíjas gazdálkodó	8 osztály	K-Mo., város	4
16.	férfi	69	nyugdíjas kőműves	szakmunkás-képző	É-Mo., város	4
17.	férfi	66	nyugdíjas szakmunkás	szakmunkás-képző	É-Mo., város	5
18.	nő	60	nyugdíjas be-tanított munkás	8 osztály	K-Mo., város	4
19.	nő	64	nyugdíj mellett dolgozik, vendéglátós	szakközép-iskola	Ny-Mo., város	4
20.	férfi	75	nyugdíjas mérnök	diploma	Ny-Mo., város	5
21.	nő	45	n. d.	8 osztály	É-Mo., község	1
22.	nő	54	kalauz	8 osztály	É-Mo., város	3
23	férfi	57	mérnök	diploma	Budapest	4
24.	nő	75	nyugdíjas adminisztrátor	érettségi	K-Mo., megyeszékhely	4

n. d. = nem ismert

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

IRODALOM

Aweko, J., De Man, J., Absetz, P., Östenson, C. G., Swartling Peterson, S., Mölsted Alvesson, H., & Daivadanam, M. (2018): Patient and provider dilemmas of type 2 diabetes self-management: a qualitative study in socioeconomically disadvantaged communities in Stockholm. *International journal of environmental research and public health,* 15 (9), 1810.

Belügyminisztérium (2023): Egészségügyi szakmai irányelv a diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegek antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban. *Diabetologia Hungarica,* 31 (5).

Boyd, J., McMillan, B., Easton, K., Delaney, B., Mitchell, C. (2020): Utility of the COM-B model in identifying facilitators and barriers to maintaining a healthy postnatal lifestyle following a diagnosis of gestational diabetes: a qualitative study. *BMJ Open,* 10 (8), e037318. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037318.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3 (2), 77–101.

Bukhsh, A., Goh, B. H., Zimbudzi, E., Lo, C., Zoungas, S., Chan, K. G., & Khan, T. M. (2020). Type 2 diabetes patients' perspectives, experiences, and barriers toward diabetes-related self-care: a qualitative study from Pakistan. *Frontiers in endocrinology,* 11, 534873.

Carter I. R., Nash C., Ridgway A. (2002): On any Saturday – a practical model for diabetes education. *J. Natl. Med. Assoc.,* 2002 Feb; 94 (2), 67–72. PMID: 11853048; PMCID: PMC2594137.

Chang, A. R., Bailey-Davis, L. (2023). Food Is Medicine, but Are Produce Prescriptions? *Diabetes Care,* 46 (6), 1140–1142.

Cradock, K. A., Quinlan, L. R., Finucane, F. M., Gainforth, H. L., Ginis, K. A. M., Sanders, E. B.-N., & ÓLaighin, G. (2022): Design of a Planner-Based Intervention to Facilitate Diet Behaviour Change in Type 2 Diabetes. *Sensors,* 22 (7), 2795. https://doi.org/10.3390/s22072795

Dang Y. H., Patel-Shori N. M., Barros M., Yu D. (2020) Good Literacy to Enhance Response in Diabetes Mellitus (GLITTER-DM). *Innov. Pharm*. 11 (3), 10.24926/iip.v11i3.2406. doi: 10.24926/iip.v11i3.2406. PMID: 34007632; PMCID: PMC8075145.

Debussche, X. (2021): Addressing health literacy responsiveness in diabetes. *Diabetes Epidemiology and Management*, Volume 4, 2021, 00033, ISSN 2666-9706. https://doi.org/10.1016/j.deman.2021.100033.

Dennis, C_L. (2003): Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies,* 40 (3), 321–332. ISSN 0020-7489. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5.

Fazekas-Pongor, V., Domján, B. A., Major, D., Péterfi, A., Horváth, V. J., Mészáros, S., … & Tabák, A. G. (2024): Prevalence and determinants of diagnosed and undiagnosed diabetes in Hungary based on the nationally representative cross-sectional H-UNCOVER study. *Diabetes Research and Clinical Practice,* 216, 111834.

Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Coufal, M. M., Baumann, L. C., Mbanya, J. C., Rotheram-Borus, M. J., … & Tanasugarn, C. (2012): Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. *Health affairs,* 31 (1), 130–139.

CC BY

Formosa, C., McInnes, A., & Mandy, A. (2012): Rethinking diabetes education. *Journal of Diabetes Nursing,* 16 (6), 234–238.

Gilden, J. L., Hendryx, M. S., Clar, S., Casia, C., Singh, S. P. (1992): Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients. *J. Am. Gerietr. Soc.,* 1992; 40, 147–150.

Guo, S., Liu, D., Bi, X., Feng, Y., Zhang, K., Jiang, J., Wang, Y. (2024): Barriers and facilitators to self-management among women with gestational diabetes: A systematic review using the COM-B model. *Midwifery,* Vol. 138. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104141.

Hankey, C. (2015): Food and catering modifications for public health: chronic disease and obesity prevention. *Medicine,* 43 (2), 135–138, ISSN 1357-3039. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.11.004

Hartwell H, Symonds C. (2005): Catering for health: a review. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health,* 125 (3), 113–116. doi: 10.1177/146642400512500314

Houghtaling, B., Short, E., Shanks, C. B., Stotz, S. A., Yaroch, A., Seligman, H., …, Long, C. R. (2024): Implementation of Food is Medicine programs in healthcare settings: a narrative review. *Journal of General Internal Medicine,* 1–9.

Huangfu, P., Pearson, F., Abu-Hijleh, F. M., Wahlich, C., Willis, K., Awad, S. F., …, Critchley, J. A. (2024): Impact of price reductions, subsidies, or financial incentives on healthy food purchases and consumption: a systematic review and meta- analysis. *The Lancet Planetary Health,* 8 (3), e197–e212.

Keyserling, T. C., Samuel-Hodge, C. D., Ammerman, A. S, Ainsworth, B. E., Henriquez-Roldan, C. F., Elasy, T. A., Skelly, A. H., Johnston, L. F., Bangdiwala, S. I. (2002): A randomized trial of an intervention to improve self-care behaviors of African-American women with type 2 diabetes: impact on physical activity. *Diabetes Care,* 2002; 25, 1576–83.

Kirby, J. B., Bernard, D., Liang, L. (2021): The prevalence of food insecurity is highest among Americans for whom diet is most critical to health. *Diabetes Care,* 44 (6), e131.

Kollányi, Z., Bálint, L., Susovits, K., Csépe, P., Kovács, K. (2023): Inequalities in Diabetes Mortality Between Microregions in Hungary. *Int. J. Public Health,* 68:1606161. doi: 10.3389/ijph.2023.1606161. PMID: 38024213; PMCID: PMC10643225.

Lawton, J., Peel, E., Parry, O., Araoz, G., & Douglas, M. (2005). Lay perceptions of type 2 diabetes in Scotland: bringing health services back in. *Social science & medicine,* 60 (7), 1423–1435.

Marcano-Olivier, M., Pearson, R., Ruparell, A. et al. (2019): A low-cost Behavioural Nudge and choice architecture intervention targeting school lunches increases children's consumption of fruit: a cluster randomised trial. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act,* 16, 20. https://doi.org/10.1186/s12966-019-0773-x

McCrossan, T., Lannon, R., Tarling, R., Dooher, M., Forshaw, F., Poole, H. (2022): Utilising the 'COM-B' bio-psychosocial approach to aid diabetes management. *Practical Diabetes,* 39 (3). https://doi.org/10.1002/pdi.2396

Meloncelli, N., O'Connor, H., de Jersey, S., Rushton, A., Pateman, K., Gallaher, S., Kearney, L., Wilkinson, S. (2024): Designing a behaviour change intervention using COM-B and the

Vol. 37. (2026) No. 1. | DOI 10.48007/esely.2026.1.4

CC BY

esély www.esely.org

Behaviour Change Wheel: Co-designing the Healthy Gut Diet for preventing gestational diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 37 (6), 1391–1406. doi: 10.1111/jhn.13355.

Michie, S., van Stralen, M.M., West, R. (2011): The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6:42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42. PMID: 21513547; PMCID: PMC3096582.

Murphy, K., Berk, J., Muhwava-Mbabala, L. et al. (2023): Using the COM-B model and Behaviour Change Wheel to develop a theory and evidence-based intervention for women with gestational diabetes (IINDIAGO). *BMC Public Health*, 23, 894 (2023). https://doi.org/10.1186/s12889-023-15586-y

Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006): Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of advanced nursing*, 54 (2), 151–158.

Peña-Purcell, N. C. Jiang, L., Ory, M. G., Hollingsworth, R. (2015); Translating an Evidence-Based Diabetes Education Approach Into Rural African-American Communities: The "Wisdom, Power, Control" Program. *Diabetes Spectr*, 28 (2): 106–115. https://doi.org/10.2337/diaspect.28.2.106

Odoms-Young, A., Brown, A. G., Agurs-Collins, T., Glanz, K. (2023): Food insecurity, neighborhood food environment, and health disparities: state of the science, research gaps and opportunities. *The American Journal of Clinical Nutrition*.

Olstad, D. L., Beall, R. F., Spackman, E., Dunn, S., Lipscombe, L., Williams, K., …, Campbell, D. J. (2021): A subsidized healthy food prescription program for adults with type 2 diabetes who are experiencing food insecurity: Protocol for a randomized controlled trial, modelling and implementation studies. *Curr. Dev. Nutr*. 5(Suppl 2), 1272. doi: 10.1093/cdn/nzab057_002. PMCID: PMC8265448.

PHE – Public Health England (2017): Healthier and more sustainable catering A toolkit for serving food to adults. Nutrition Advice Team, Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82090040f0b62305b92207/healthier_and_more_sustainable_catering_adult_toolkit.pdf

Rajput, S. A., Ashraff, S., & Siddiqui, M. (2022): Diet and management of type II diabetes in the United Kingdom: a narrative review. *Diabetology*, 3 (1), 72–78.

Rothman, R. L., Montori, V. M., Cherrington, A., & Pignone, M. P. (2008). Perspective: the role of numeracy in health care. *Journal of health communication*, 13 (6), 583–595.

Shaw, B. A., Gallant, M. P., Riley-Jacome, M. et al. (2006): Assessing Sources Of Support For Diabetes Self-Care In Urban And Rural Underserved Communities. *J Community Health*, 31, 393–412. https://doi.org/10.1007/s10900-006-9018-4

Skinner, C. T, Cradock, S., Arundel, F., Graham, W. (2003): Four Theories and a Philosophy: Self-Management Education for Individuals Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectr*, 16 (2), 75–80. https://doi.org/10.2337/diaspect.16.2.75

Tang, T. S., Ayala, G. X., Cherrington, A:, Rana, G. (2011): A Review of Volunteer-Based Peer Support Interventions in Diabetes. *Diabetes Spectr*, 24 (2), 85–98. https://doi.org/10.2337/diaspect.24.2.85

CC BY

Tariq, S., Olstad, D. L., Beall, R. F., Spackman, E., Lipscombe, L., Dunn, S., …, Campbell, D. J. (2024): Exploring the prospective acceptability of a healthy food incentive program from the perspective of people with type 2 diabetes and experiences of household food insecurity in Alberta, Canada. *Public Health Nutrition,* 27 (1), e66.

Thaler, R., Sunstein, C. (2008): Nudge – Improving decisions about health wealth and happiness. Yale University Press.

Timlin, D., McCormack, J. M., Simpson, E. E. (2020): Using the COM-B model to identify barriers and facilitators towards adoption of a diet associated with cognitive function (MIND diet). *Public Health Nutrition,* 24 (7), 1657–1670. Doi: 10.1017/S1368980020001445.

Trento M., Passera P., Tomalino M., Bajardi M., Pomero F., Allione A., Vaccari P., Molinatti G. M., Porta M. (2001): Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes: a 2-year follow-up. *Diabetes Care,* 24, 995–1000.

Van Dam, H. A., Van der Horst, F. G., Knoops, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F. J. M., Van den Borne, B. H. W. (2005): Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling,* 59 (1), 1–12, ISSN 0738-3991. https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.11.001.

Webster, C. C., Murphy, T. E., Larmuth, K. M., Noakes, T. D., & Smith, J. A. (2019). Diet, diabetes status, and personal experiences of individuals with type 2 diabetes who self-selected and followed a low carbohydrate high fat diet. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy,* 2567–2582.

White, R. O., Wolff, K., Cavanaugh, K. L., et al. (2010): Addressing health literacy and numeracy to improve diabetes education and care. *Diabetes Spectr.,* 23, 238–243. doi: 10.2337/diaspect.23.4.238. doi.

Woodward, A., Walters, K., Davies, N., Nimmons, D., Protheroe, J., Chew-Graham, C. A., …, Armstrong, M. (2024): Barriers and facilitators of self-management of diabetes amongst people experiencing socioeconomic deprivation: a systematic review and qualitative synthesis. *Health Expectations,* 27 (3), e14070.