

## Zaburzenia odżywiania wśród kobiet w wieku rozrodczym

### Eating disorders among women of childbearing age

Agnieszka Bień<sup>1</sup>, Agnieszka Pieczykolan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Department of the Basics of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Student Research Group of the Department of the Basics of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin, Poland

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania, ortoreksja, globalna orientacja życiowa

**Key words:** eating disorders, orthorexia nervosa, global orientation of life

#### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Odżywianie jest jedną z fundamentalnych potrzeb człowieka, która pozwala na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. W dzisiejszych czasach ludzie coraz częściej zwracają uwagę na rodzaj i ilość spożywanego pokarmu, chcąc zachować zdrowie lub szczupłą sylwetkę. Rygorystyczne przestrzeganie zasad żywienia się wyłącznie zdrowymi posiłkami może doprowadzić do zaburzenia typu ortoreksja, które może spowodować wiele powikłań, m.in. spadek masy ciała, niedobory witaminowe i mineralne, zaburzenia hormonalne, problemy natury psychicznej. Celem pracy było zbadanie występowania zaburzeń odżywiania typu ortoreksja w grupie kobiet w wieku rozrodczym oraz sprawdzenie, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania a globalną orientacją życiową respondentek.

**Material i metoda.** Badaniem objęto 280 kobiet w wieku pomiędzy 18 a 35 rokiem życia, które dobrowolnie przystąpiły do badania. W badaniach wykorzystano technikę kwestionariuszową, składającą się z autorskiego kwestionariusza ankiety oraz

wystandaryzowanych narzędzi badawczych (kwestionariusza ORTO-15, kwestionariusza SCOFF oraz Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29).

**Wyniki.** Po przeprowadzeniu badań stwierdzono związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania typu ortoreksja, a wyznaniem religijnym ( $p < 0,05$  oraz pomiędzy zaburzeniem odżywiania typu anoreksja i bulimia, a stanem cywilnym ( $p < 0,05$ ) i indeksem masy ciała (BMI) ( $p < 0,05$ ). Wykazano również, iż niższy poziom ogólnego poczucia koherencji oraz jej składowych występuje częściej u osób z grupy ryzyka zachorowania na anoreksję lub bulimię ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski.** Istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania typu ortoreksja a wyznaniem religijnym. Istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania typu anoreksja i bulimia a stanem cywilnym i indeksem masy ciała kobiet.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** Nutrition is one of the fundamental human needs, which allows for the proper functioning of the body. Nowadays, people are increasingly turning attention to the type and quantity of food intake, in order to preserve health and slim. Rigorous adherence to the principles of nutrition only healthy meals can lead to disorder orthorexia nervosa, which can lead to many complications (such as weight loss, vitamin deficiencies and mineral, hormonal disorders, psychological problems). The aim of the study was to investigate the prevalence of eating disorders such orthorexia nervosa in women of childbearing age and to check whether there is a relationship between the occurrence of eating disorders and a global orientation of life of respondents.

**Material and method.** The study included 280 women aged between 18 and 35 years old who voluntarily joined the study. The study used the questionnaire technique, consisting of the author's questionnaire and standardized research tools (ORTO-15 Questionnaire, the SCOFF Eating Disorders Questionnaire and the Sense of Coherence Scale SOC-29).

**Results.** After conducting these studies found an association between the occurrence of eating disorders such as orthorexia nervosa to religion, and between type of eating disorder anorexia and bulimia and marital status, and body mass index (BMI). It was also shown that the lower the overall level of sense of coherence and its components is more common in individuals at risk of developing anorexia or bulimia.

**Conclusion.** There is a relationship between the occurrence of eating disorders such as orthorexia nervosa to religion. There is a relationship between the occurrence of eating disorders such as anorexia and bulimia marital status and body mass index of women.

## WPROWADZENIE

Obecnie coraz więcej osób wybiera zdrowy styl życia, uprawia sport, odżywia się racjonalnie zgodnie z zaleceniami dietetyków, stosuje suplementy diety. Odpowiednie dobranie posiłków w codziennym życiu ułatwia utrzymanie prawidłowego bilansu metabolicznego, co pozwala na zdrowe funkcjonowanie w społeczeństwie oraz zapobieganie ewentualnym chorobom [1]. W Polsce normy żywieniowe dla osób dorosłych określa Instytut Żywności i Żywienia, który promuje „piramidę zdrowego żywienia”, czyli obrazowe przedstawienie procentowego spożycia poszczególnych grup produktów [2-3]. Specjaliści od żywienia zachęcają społeczeństwo do zastosowania tych porad, co pozwoli na poprawienie oraz wsparcie ich zdrowia, ale też zapewni lepsze samopoczucie oraz pozwoli na zwiększenie energii [1,4].

W 2012 roku Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przedstawiło wyniki badań „Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach”. Pokazują one, iż ponad 50% ankietowanych uważa zdrowe odżywianie się jako działanie na rzecz zdrowia [5]. Świadczy to o pozytywnych zmianach w społeczeństwie, które pragnie być zdrowym i żyć dłużej, jednak wiele osób poświęca zbyt dużo uwagi na to, jakie jedzenie spożywa, w jakiej ilości oraz w jakich odstępach czasu [4,6]. Takie objawy mogą wskazywać na zaburzenia ortorektyczne. Ortoreksja (z grec. „ortho” – prawidłowy, właściwy; „orexis” – apetyt) to fanatyczna chęć spożywania tylko zdrowej żywności zdefiniowana po raz pierwszy przez Stevena Bratmana w 1997 roku [7]. Międzynarodowa klasyfikacja ICD-10 oraz DSM-IV nie określa bezpośrednio kategorii dla ortoreksji, ale wywodzi się z kilku grup zaburzeń odżywiania – m.in. anoreksji i bulimii psychicznej [6]. Niestety restrykcyjne konsumowanie wyłącznie zdrowych pokarmów nie służy zdrowiu, gdyż może doprowadzić do takich konsekwencji, jak: osłabienie organizmu, znaczna utrata masy ciała, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, obniżenie poziomu witamin, białka i żelaza, zaburzenia hormonalne, w tym zaburzenia miesiączkowania, obniżenie nastroju, a nawet depresja [8].

## CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie występowania zaburzeń odżywiania typu ortoreksja w grupie kobiet w wieku rozrodczym oraz sprawdzenie, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania a globalną orientacją życiową respondentek.

## MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w okresie od lipca 2015 roku do marca 2016 roku na terenie województwa lubelskiego, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Objęto nimi 280 kobiet w wieku między 18 a 35 rokiem życia. Kobiety uczestniczące w badaniu zostały poinformowane o dobrowolności, anonimowości udziału w badaniach, jak i wykorzystaniu uzyskanych wyników wyłącznie do celów naukowych.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariuszowej. Narzędzia badawcze stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety opisujący dane socjodemograficzne badanych kobiet, kwestionariusz ORTO-15 stworzony przez S. Bratmana oraz L. M. Doniniego, pozwalający ocenić skłonność do wystąpienia ortoreksji, kwestionariusz SCOFF mający zastosowanie przy rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania typu anoreksji i bulimii oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 autorstwa A. Antonovskiego, który umożliwia określić poziom poczucia koherencji badanych osób [9-11].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (*StatSoft, Polska*). Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy

pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi<sup>2</sup>. Przyjęto poziom istotności  $p < 0.05$ .

## WYNIKI

Większość ankietowych kobiet była w wieku 18-26 lat (86,79%), mieszkała w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców (54,92%), była stanu wolnego (75,71%), nie posiadała dzieci (86,98), była wyznania rzymsko-katolickiego (88,57%) oraz posiadała prawidłowy indeks masy ciała (72,50%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy

Dane socjodemograficzne		n	%
Wiek	18-26 lat	243	86,79
	27-35 lat	37	13,21
Miejsce zamieszkania	miasto > 100 tys. mieszkańców	151	54,92
	miasto < 100 tys. mieszkańców	63	22,50
	wieś	66	23,57
Stan cywilny	panna	212	75,71
	mężatka	68	24,29
Doświadczenia macierzyńskie	posiada dzieci	37	13,21
	nie posiada dzieci	243	86,78
Wyznanie	rzymsko-katolickie	248	88,57
	inne	32	11,43
Indeks masy ciała (BMI)	niedowaga	26	9,29
	prawidłowa masa ciała	203	72,50
	nadwaga	38	13,57
	otyłość	13	4,64

Wśród badanych respondentek ponad połowa (71,43%) znajdowała się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na ortoreksję. Przeprowadzona analiza wykazała istotną zależność pomiędzy wyznaniem, a ryzykiem zachorowania na ortoreksję wśród ankietowanych. Bardziej narażone na zaburzenia ortorektyczne są ankietowane kobiety wyznania rzymsko-katolickiego, niż respondentki innej religii ( $p < 0,05$ ). Nie wykazano związku w przypadku pozostałych zmiennych: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, doświadczenia macierzyńskie oraz indeks masy ciała ( $p > 0,05$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Występowanie zaburzeń odżywiania typu ortoreksja a zmienne socjodemograficzne

Występowanie ortoreksji w grupie badanych kobiet		Ryzyko wystąpienia ortoreksji		Brak ryzyka zachorowania	
		n	%	n	%
		200	71,43	80	28,57
Wiek	18-26 lat	174	71,60	69	28,40
	27-35 lat	26	70,27	11	29,73
Analiza statystyczna: Chi <sup>2</sup> =0,0280; p=0,86704					
Miejsce zamieszkania	miasto > 100 tys. mieszkańców	109	54,50	42	52,50
	miasto < 100 tys. mieszkańców	40	20,00	23	28,75
	wieś	51	25,50	15	18,75
Analiza statystyczna: Chi <sup>2</sup> =3,0913; p=0,2131					
Stan cywilny	panna	155	77,50	57	71,25

	mężatka	45	22,5	23	28,75
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,5217$ ; $p=0,467269$					
Doświadczenia macierzyńskie	posiada dzieci	25	12,50	12	15,00
	nie posiada dzieci	175	87,50	68	85,00
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,3114$ ; $p=0,57681$					
Wyznanie	rzymsko-katolickie	184	92,00	64	80,00
	inne	16	8,00	16	20,00
Analiza statystyczna: $\chi^2=8,129$ ; $p=0,00436$					
Indeks masy ciała (BMI)	niedowaga	17	65,38	9	34,62
	prawidłowa masa ciała	149	73,40	54	26,60
	nadwaga	28	73,68	10	26,32
	otyłość	6	46,15	7	53,85
Analiza statystyczna: $\chi^2=5,0156$ ; $p=0,17066$					

Po analizie wyników na podstawie kwestionariusza SCOFF, wydzielono grupę kobiet ( $n=92$ ), u których istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia różnego typu zaburzeń odżywiania. Najczęściej respondentki postrzegają siebie jako osobę grubą (89,13%), są zdania, że utraciły kontrolę nad jedzeniem (84,78%), a według 39,13% ankietowanych jedzenie dominuje w ich życiu (*Tabela 3*).

**Tabela 3.** Zaburzenia odżywiania występujące u badanych kobiet w oparciu o SCOFF

Odpowiedzi ankietowanych	$n$ (92)	%*
Prowokowanie wymiotów	17	18,48
Utrata kontroli nad jedzeniem	78	84,78
Spadek masy ciała > 6,35kg w ciągu 3 miesięcy	25	27,17
Postrzeganie siebie jako osoby grubej	82	89,13
Dominacja jedzenia w życiu	36	39,13

\* wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi

Analizując występowanie zaburzeń odżywiania typu anoreksja i bulimia w oparciu o kwestionariusz SCOFF, u ponad połowy ankietowanych kobiet (67,14%) nie stwierdzono występowania zaburzeń odżywiania. Dalsza analiza statystyczna wykazała istotny związek między występowaniem zaburzeń odżywiania, a stanem cywilnym ( $p=0,02308$ ) oraz indeksem masy ciała BMI ( $p=0,00201$ ). Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania u ankietowanych kobiet, a pozostałymi zmiennymi socjodemograficznymi, to jest wiekiem, miejscem zamieszkania, doświadczeniami macierzyńskimi oraz wyznaniem ( $p>0,05$ ) (*Tabela 4*).

**Tabela 4.** Występowanie zaburzeń odżywiania w oparciu o kwestionariusz SCOFF a zmienne socjodemograficzne

Występowanie zaburzeń odżywiania w oparciu o kwestionariusz SCOFF		Występowanie zaburzeń odżywiania		Brak zaburzeń odżywiania	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
		92	32,86	188	67,14
Wiek	18-26 lat	79	32,51	164	67,49
	27-35 lat	13	35,14	24	64,86
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,1003$ ; $p=0,75149$					
Miejsce zamieszkania	miasto > 100 tys. mieszkańców	56	60,86	95	50,53
	miasto < 100 tys. mieszkańców	15	16,30	48	25,53
	wieś	21	22,83	45	23,94
Analiza statystyczna: $\chi^2=3,594$ ; $p=0,16579$					
Stan cywilny	panna	62	67,39	150	79,79
	mężatka	30	32,61	38	20,21
Analiza statystyczna: $\chi^2=5,1619$ ; $p=0,02308$					
Doświadczenia macierzyńskie	posiada dzieci	16	17,39	21	11,17
	nie posiada dzieci	76	82,61	167	88,83
Analiza statystyczna: $\chi^2=2,085$ ; $p=0,14879$					
Wyznanie	rzymsko-katolickie	78	84,78	170	90,43
	inne	14	15,22	18	9,57
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,943$ ; $p=0,16332$					
Indeks masy ciała (BMI)	niedowaga	3	11,54	23	88,46
	prawidłowa masa ciała	64	31,53	139	68,47
	nadwaga	16	42,11	22	57,89
	otyłość	9	69,23	4	30,77
Analiza statystyczna: $\chi^2=14,7885$ ; $p=0,00201$					

Przeprowadzone badania wykazały, iż średnia wartość ogólnego poczucia koherencji ankietowanych kobiet wynosi 124,10; poczucia zrozumiałości 41,79; poczucia zaradności 44,36; natomiast poczucia sensowności 37,95 (*Tabela 5*).

**Tabela 5.** Poziom globalnej orientacji życiowej i jej komponentów u badanych kobiet

Skale	Średnia	Minimum	Maximum	Odchylenie standardowe
SOC C	41,79	11,00	76,00	9,86
SOC Ma	44,36	10,00	69,00	10,25
SOC Me	37,95	12,00	56,00	8,47
SOC ogólne	124,10	35,00	201,00	25,49

*SOC C* – poczucie zrozumiałości, *SOC Ma* – poczucie zaradności, *SOC Me* – poczucie sensowności, *SOC ogólne* – globalne poczucie koherencji

Analiza statystyczna nie wykazała związku pomiędzy poziomem ogólnego poczucia koherencji oraz jego składowych (poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności),

a osobami z grupy ryzyka oraz z grupy nie obciążonej ryzykiem wystąpienia ortoreksji ( $p>0,05$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6.** Związek pomiędzy poszczególnymi składowymi SOC-29 a grupą ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania typu ortoreksja oraz grupą zdrową

Składowe SOC		Grupa ryzyka <i>n</i> =200		Grupa zdrowa <i>n</i> =80		Analiza statystyczna
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>SOC C</b>	poziom niski	38	19,00	13	16,25	Chi <sup>2</sup> =0,365 p=0,83301
	poziom przeciętny	126	63,00	51	63,75	
	poziom wysoki	36	18,00	16	20,00	
<b>SOC Ma</b>	poziom niski	34	17,00	9	11,25	Chi <sup>2</sup> =2,210 p=0,33105
	poziom przeciętny	147	73,50	60	75,00	
	poziom wysoki	19	9,50	11	13,75	
<b>SOC Me</b>	poziom niski	29	14,50	11	13,75	Chi <sup>2</sup> =4,019 p=0,13404
	poziom przeciętny	145	72,50	65	81,25	
	poziom wysoki	26	13,00	4	5,00	
<b>SOC ogólne</b>	poziom niski	12	6,00	4	5,00	Chi <sup>2</sup> =1,134 p=0,56711
	poziom przeciętny	156	78,00	59	73,75	
	poziom wysoki	32	16,00	17	21,25	

*SOC C* – poczucie zrozumiałości, *SOC Ma* – poczucie zaradności, *SOC Me* – poczucie sensowności, *SOC ogólne* – poczucie koherencji

Badając związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi, stwierdzono, iż osoby z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania typu anoreksja lub bulimia – wyodrębnione w oparciu o kwestionariusz SCOFF – cechują się niższym poziomem poczucia zrozumiałości ( $p=0,00010$ ), zaradności ( $p=0,00005$ ), sensowności ( $p=0,00002$ ) oraz niższym poziomem ogólnego poczucia koherencji ( $p=0,00000$ ), niż osoby z grupy nie obciążonej ryzykiem wystąpienia takich zaburzeń odżywiania (Tabela 7).

**Tabela 7.** Związek pomiędzy poszczególnymi składowymi SOC-29 a grupą ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania w oparciu o SCOFF oraz grupą zdrową

Składowe SOC		Grupa ryzyka <i>n</i> =92		Grupa zdrowa <i>n</i> =188		Analiza statystyczna
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>SOC C</b>	poziom niski	29	31,52	22	11,70	Chi <sup>2</sup> =18,380 p=0,00010
	poziom przeciętny	53	57,61	124	65,96	
	poziom wysoki	10	10,87	42	22,34	
<b>SOC Ma</b>	poziom niski	25	27,17	18	9,57	Chi <sup>2</sup> =19,916 p=0,00005
	poziom przeciętny	64	69,57	143	76,06	
	poziom wysoki	3	3,26	27	14,36	
<b>SOC Me</b>	poziom niski	26	28,26	14	7,45	Chi <sup>2</sup> =22,125 p=0,00002
	poziom przeciętny	59	64,13	151	80,32	
	poziom wysoki	7	7,61	23	12,23	
<b>SOC ogólne</b>	poziom niski	15	16,30	1	0,53	Chi <sup>2</sup> =38,329 p=0,00000
	poziom przeciętny	72	78,26	143	76,06	
	poziom wysoki	5	5,43	44	23,40	

*SOC C* – poczucie zrozumiałości, *SOC Ma* – poczucie zaradności, *SOC Me* – poczucie sensowności, *SOC ogólne* – poczucie koherencji

## DYSKUSJA

Zaburzenia odżywiania stanowią istotny problem zdrowotny o złożonej etiologii, który dotyka głównie dziewczęta oraz młode kobiety, niosąc za sobą liczne konsekwencje zdrowotne, psychologiczne, jak i społeczne [12]. Przeprowadzone badania miały na celu zbadanie występowanie zaburzeń ortorektycznych wśród kobiet w wieku rozrodczym oraz stwierdzenie, czy istnieje zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania, a globalną orientacją życiową respondentek. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż ponad jedna trzecia respondentek (27,5%) ma nieprawidłową wagę ciała, co może wiązać się z wysokim ryzykiem wystąpienia u tych osób różnych objawów chorobowych, takich jak np.: zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze krwi, osłabienie, a nawet wyniszczenie organizmu lub zaburzenia rytmu serca [13, 14]. Badania Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 2014 roku wskazują, iż odsetek Polaków z nieodpowiednią masą ciała wynosi aż 54%. Pokazują one także, iż kobiety z wykształceniem wyższym w 44% mają niedowagę bądź nadwagę/otyłość [15].

Na podstawie kwestionariusza ORTO-15 można określić ryzyko wystąpienia ortoreksji u ankietowanych kobiet. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 71,43% badanych osób znajduje się w grupie ryzyka – dane te są zbieżne z wynikami uzyskanymi przez Donini i wsp., którzy wykazali, iż 74,2% ankietowanych ma skłonność do ortoreksji. Z badań własnych wynika, iż istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń typu ortoreksja, a indeksem masy ciała ankietowanych kobiet, czego nie potwierdzają wyniki badań Donini i wsp. [16]. W badaniach Ramacciotti'ego i wsp. powszechność ortoreksji wśród 1077 respondentów była na poziomie 57,6%, przy czym dwukrotnie częściej zaburzenie to występowało u kobiet, niż u mężczyzn. Autorzy ci podkreślają, iż wyniki te mogą pomóc zrozumieć znaczenie tego zaburzenia, a przede wszystkim wskazują na grupę osób bardziej podatną na jego wystąpienie [17].

Wyniki badań własnych wykazały, iż 32,86% respondentek posiada skłonności do wystąpienia zaburzeń odżywiania typu anoreksja i bulimia, natomiast według wyników badań przeprowadzonych wśród Francuzek zdiagnozowano 9,3% przypadków tego typu zaburzeń odżywiania [18]. Z kolei badania Sánchez-Armás i wsp. wykazały, że 24,2% badanych kobiet oraz 11,2% mężczyzn znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na niespecyficzne zaburzenia odżywiania [19]. Konsekwencje wystąpienia tego typu przypadłości wiążą się z pojawieniem się m. in. zaburzeń miesiączkowania, uszkodzeń nerek lub trzustki, osłabieniem siły mięśniowej, wyniszczeniem organizmu, jak i objawów psychosomatycznych (dezorientacja, bezsenność, depresja) [14].

Poczucie koherencji wyraża stopień, w jakim człowiek poddany działaniu czynników stresujących ma trwałe, ale i dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter przewidywalny i wytłumaczalny, że dostępne są zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, a wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [20]. Porównując wyniki badań własnych z wynikami badań innych autorów, nasuwa się wniosek, iż ogółem badana grupa kobiet cechuje się typowym dla polskich kobiet globalnym poczuciem koherencji (124,10), jak i jego składowymi: poczuciem zrozumiałości (41,79), poczuciem zaradności (44,36) i poczuciem sensowności (37,95) [21]. Poczucie koherencji ma wyraźny wpływ na funkcjonowanie człowieka w wielu obszarach, a im silniejsze jest poczucie koherencji, tym częściej dana osoba angażuje się w działania o charakterze prozdrowotnym oraz częściej podejmuje takie zachowania [22].

Podejście takie było powodem sprawdzenia, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania a globalną orientacją życiową respondentek. W oparciu



o analizę kwestionariusza SCOFF wyższe wartości globalnego poczucia koherencji oraz poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności mają osoby znajdujące się w grupie zdrowej w porównaniu do osób z grupy ryzyka wystąpienia zaburzenia odżywiania typu anoreksja lub bulimia. Podobne wnioski można wysunąć na podstawie interpretacji wyników kwestionariusza ORTO-15. Oznacza to, że zdrowe respondentki postrzegają wydarzenia ze swojego życia jako sytuację, której mogą stawić czoła, z którą mogą poradzić sobie. Według tych osób ich życie jest uporządkowane, w pewien sposób przewidywalne, a to daje podstawę do tego, aby człowiek chciał być zdrowy i mógł jak najdłużej sprawnie funkcjonować w otaczającym świecie [20].

Z literatury przedmiotu wynika, iż u osób z wyższym poziomem koherencji rzadziej występują zaburzenia somatyczne lub depresja, a odbierane czynniki stresowe traktują jako czynniki pozytywne i częściej mobilizują się do działania [10, 23]. U ludzi chorych lub będących w grupie ryzyka zachorowania układ średnich globalnego poczucia koherencji i jego składowych jest niższy, co może pokazywać, że procesy poznawcze u badanych mają zaburzony przebieg, a ich organizm jest w stanie stresu i trudniej radzi sobie z konsekwencjami choroby [24]. Osoby z silnym poczuciem zrozumiałości przyjmują bodźce zewnętrzne oraz wewnętrzne jako spójne, uporządkowane, a w sytuacji pojawienia się nowego czynnika potrafią go wyjaśnić i przyporządkować. Ludzie z wysokim poziomem poczucia zaradności i sensowności w sytuacjach niepomyślnych nie czują się jak ofiary, lecz skupiają się na działaniu – poszukiwaniu rozwiązania [25].

W ostatnich latach nastąpił wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania. Spośród wielu czynników przyczyniających się do tego zjawiska należy między innymi wzrost tempa życia, udział środków masowego przekazu, które z jednej strony promują szczupłą sylwetkę, z drugiej kreują styl odżywiania przez popularyzowanie reklam żywności [26-29]. Nadmierna koncentracja na żywności oraz wynikające z tego nieprawidłowości w odżywianiu mogą stać się przyczyną wielu groźnych zaburzeń i w konsekwencji prowadzić do sytuacji patologicznych [30]. Zaburzenia odżywiania stanowią istotny problem zdrowotny, który niesie za sobą wiele konsekwencji zdrowotnych, złożona etiologia tych zaburzeń wymaga interdyscyplinarnego podejścia, uwzględniającego m. in. modyfikację stylu życia, w szczególności zachowań żywieniowych, wsparcie psychologiczne lub postępowanie farmakologiczne [12].

## **WNIOSKI**

1. Istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania typu ortoreksja a wyznaniem religijnym.
2. Istnieje związek pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania typu anoreksja i bulimia a stanem cywilnym i indeksem masy ciała kobiet.
3. Osoby z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania typu anoreksja lub bulimia cechują się niższym poziomem poczucia zrozumiałości, zaradności, sensowności oraz niższym poziomem ogólnego poczucia koherencji, niż osoby z grupy nie obciążonej ryzykiem wystąpienia takich zaburzeń odżywiania.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Koszowska A., Dittfeld A., Zubelewicz-Szkodzińska B. Psychologiczny aspekt odżywiania oraz wpływ wybranych substancji na zachowania i procesy myślowe. *Hygeia Public Health* 2013; 48 (3): 279-284.
2. Jarosz M. (red.). Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia; 2012.
3. Roszkowski W. Normy żywienia. W: Gawęcki J. (red.). *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012. s. 485-492.

4. Gubiec E., Stetkiewicz-Lewandowicz A., Rasmus P., Sobów T. Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21 (1): 95-100.
5. Komunikat z badań CBOS: Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Warszawa 2012.
6. Jagielska G., Wolańczyk T., Osuch B. Zaburzenia miesiączkowania w jadłowstręcie psychicznym. *Psychiatria Polska* 2010; 2: 277-286.
7. Janas-Kozik M., Zejda J., Stochel M., Brożek G., Janas A., Jelonek I. Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatria Polska* 2012; XLVI, 3: 441-450.
8. Dittfeld A., Koszowska A., Fizia K., Ziora K. Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2013; 67: 393-399.
9. Donini L. M., Marsili D., Graziani M. P., Imbriale M., Cannella C. Ortorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2005; 10: 28-32. doi: 10.1007/BF03327537.
10. Jagielska G., Wolańczyk T., Osuch B. Zaburzenia miesiączkowania w jadłowstręcie psychicznym. *Psychiatria Polska* 2010; XLIV, 2: 277-286.
11. Zarychta K.: Rozumienie, diagnozowanie i leczenie bulimii. [www.terapiapoznawcza.info/#!bulimia/c1twa](http://www.terapiapoznawcza.info/#!bulimia/c1twa)
12. Rzońca E, Bień A, Iwanowicz-Palus G. Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny. *Eating disorders – an ongoing problem. Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6 (12): 267-273.
13. Białkowska M., Szostak W. B.: Żywnienie w otyłości. W: Grzymisławki M., Gawęcki J. (red.). *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Tom 2.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012. s. 332-339.
14. Pilch W., Janiszewska R., Makuch R., Mucha D., Pałka T. Racjonalna odżywianie i jego wpływ na zdrowie. *Hygeia Public Health* 2011; 46 (2): 244-248.
15. Komunikat z badań CBOS: Czy Polacy jedzą za dużo? Warszawa 2014.
16. Vargas M., Thege B. K., Dukay-Szabó S., Túry F., van Furth E. F. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 59. doi: 10.1186/1471-244X-14-59.
17. Ramacciotti C. E., Perrone P., Coli E., Buralassi A., Conversano C., Massimetti G., Dell’Osso L. Ortorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2011; 16 (2): 127-130. doi:10.1007/BF03325318.
18. Garcia F. D., Grigioni S., Chelali S., Meyrignac G., Thibaut F., Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2001; 11: 888-893. doi: 10.3109/15622975.2010.483251.
19. Sánchez-Armáss O., Drumond-Andrade F.C., Wiley A.R., Raffaelli M., Aradillas-Garcia C. Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample. *Salud Pública de México* 2012; 54 (4): 375-382. doi: 10.1590/S0036-36342012000400007.
20. Rynkiewicz-Andryśkiewicz M., Andryśkiewicz P., Curyło M., Czernicki J. Analiza przydatności oceny poziomu poczucia koherencji w chorobach somatycznych i psychicznych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków* 2014; 4: 365-373.
21. Bień A., Wrońska I. Poczucie koherencji a czynniki społeczno-demograficzne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3 (12): 55-61.
22. Szymona K. Zaburzenia nerwicowe a poczucie koherencji. Łódź, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi; 2008.

23. Rębak D., Głuszek S. Poczucie koherencji jako wykładnik w prognozowaniu aktywności zawodowej ratowników medycznych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012; 2 (2): 103-107.
24. Kurowska K., Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (4): 429-434.
25. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
26. Kędra E, Pietras J. Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2011; 92 (3): 530-534.
27. Kałędkiewicz E, Doboszyńska A. Ortoreksja na tle innych zaburzeń odżywiania. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013; 7 (6): 307-315.
28. Nowogrodzka A, Piasecki B. Zaburzenie odżywiania – różnice międzypłciowe. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81 (4): 381-385.
29. Rajewski A, Rajewska-Rager A. Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie. *Family Medicine and Primary Care Review* 2009; 11: 931-937.
30. Tulay Bagci Bosi A., Camur D., Guler Cagatay G. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 2007; 49: 661-666.