

Katarzyna Ziara<sup>1</sup>, Łukasz B. Pilarz<sup>2</sup>, Jacek Sztylc<sup>2</sup>, Joanna Oświęcimska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddział Endokrynologii Katedry i Kliniki Pediatrii w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

<sup>2</sup>Koło Naukowe Studenckiego Towarzystwa Naukowego Katedry i Kliniki Pediatrii w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

# Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat *anorexia nervosa*

Assessment of knowledge on *anorexia nervosa* in adolescents

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Badania dotyczące stanu wiedzy młodych ludzi na temat jadłowstrętu psychicznego (AN) były prowadzone niezwykle rzadko i to głównie u dorosłych. Brakuje doniesień na ten temat u nastolatków. Celem pracy była analiza stanu wiedzy i poziomu świadomości nastolatków na temat zasad prawidłowego odżywiania się oraz jadłowstrętu psychicznego.

**MATERIAŁ I METODY.** Wśród 407 uczniów liceum i gimnazjum (wiek 13–18 lat) przeprowadzono badanie ankietowe. Ankieta składała się z 31 pytań na temat higieny żywienia, modelu odżywiania się i na temat AN.

**WYNIKI.** Wśród respondentów było 59,7% dziewcząt (śr. wieku  $15,5 \pm 1,6$  roku; śr. masa ciała  $64,6 \pm 12,1$  kg; śr. BMI  $21,23 \pm 2,84$  kg/m<sup>2</sup>) i 40,3% chłopców (odpowiednio:  $15,9 \pm 1,6$  roku;  $54,7 \pm 7,5$  kg;  $20,11 \pm 2,34$  kg/m<sup>2</sup>). Większość ankietowanych twierdziła, że odżywia się prawidłowo, adekwatnie do zapotrzebowania kalorycznego; 44,5% osób przyznało się do liczenia kalorii; 49,9% respondentów próbowało się już co najmniej raz odchudzać. Około 70,5% ankietowanych twierdziło, że wiedzę na temat AN czerpie głównie ze środków masowego przekazu. Większość badanych wykazała się dobrą znajomością objawów i powikłań AN; 54,3% respondentów twierdziła, że do zachorowania na AN może predysponować presja otoczenia, a 47,9% wskazało na media.

Adres do korespondencji: dr med. Katarzyna Ziara  
Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze ŚUM w Katowicach  
ul. 3 Maja 13/15 41–800 Zabrze  
tel.: (0 32) 370 42 71, 601 49 40 48  
faks: (0 32) 271 87 01  
e-mail: ziorkasia@wp.pl  
Copyright © 2009 Via Medica  
Nadesłano: 04.02.2009 Przyjęto do druku: 26.02.2009

## WNIOSKI.

1. Wiedza młodzieży na temat objawów i powikłań jadłowstrętu psychicznego wydaje się duża i pochodzi głównie ze środków masowego przekazu.
2. Znajomość prawidłowych nawyków żywieniowych oraz świadomość powstania zagrożenia rozwojem AN wydaje się u nastolatków niewystarczająca, na co wskazuje znaczny odsetek nieprawidłowo odżywiających się i odchudzających się ankietowanych.
3. Istnieje potrzeba większej edukacji tej grupy młodzieży w zakresie profilaktyki zaburzeń odżywiania.

**Słowa kluczowe:** *anorexia nervosa*, wiedza i świadomość nastolatków

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, tom 5, nr 1, 12–18

## ABSTRACT

**BACKGROUND.** There is only few data on status of knowledge on AN in young people, it has been estimated mainly in adults. The aim of the study was to analyze of knowledge and level of awareness on proper nourishment and *anorexia nervosa*.

**MATERIAL AND METHODS.** We polled 407 students of secondary and high schools. The questionnaire consisted of 31 questions on model of diet and AN.

**RESULTS.** 59,7% of responders were girls (average age  $15.5 \pm 1.6$  years; average body weight  $64.6 \pm 12.1$  kg; average BMI  $21.23 \pm 2.84$  kg/m<sup>2</sup>) and 40.3% boys ( $15.9 \pm 1.6$  years;  $54.6 \pm 7.5$  kg;  $20.11 \pm 2.34$  kg/m<sup>2</sup>, respectively). The most of examined subjects answered that their diet is proper, according to their energetic needs; 44.5% of subjects regularly counts calories. Total 49.9% of responders tried dieting at least once in their life. Approximately 70.5% of examined adolescents obtain their knowledge on *anorexia nervosa* from mass media. The majority of them knows the

symptoms and complications of AN; 54.3% of responders thinks that environmental pressure may contribute to AN development, and 47.9% pointed to media.

#### CONCLUSIONS.

1. The knowledge on symptoms and complications of *anorexia nervosa* in adolescents seems to be wide and it derives mainly from mass media.

2. On the other hand, knowledge on proper nourishment principles and awareness of *anorexia nervosa* development possibility in adolescents seems insufficient, that was demonstrated by high percentage of responders nourishing improperly and dieting.

3. More education on prophylaxis of eating disorders in this group of adolescents is necessary.

**Key words:** *anorexia nervosa*, knowledge and awareness in adolescents

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2009, vol. 5, No 1, 12–18

## Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost częstości występowania zaburzeń odżywiania się, w tym jadłowstrętu psychicznego (AN, *anorexia nervosa*) w krajach kultury zachodniej [1] i na Wschodzie [2, 3]. Także w Polsce na przestrzeni ostatnich lat zwiększyło się rozpowszechnienie AN u dziewcząt i młodych kobiet [4, 5]. Uważa się, że AN jest trzecią pod względem częstości występowania (po otyłości i astmie oskrzelowej) przewlekłą chorobą u dorastających dziewcząt, ze szczytem zachorowań między 14. a 18. rokiem życia [1]. Częstość występowania jadłowstrętu psychicznego ocenia się obecnie na 0,3–1% populacji dziewcząt i kobiet w wieku 15–24 lat, a występowanie nowych przypadków AN u dziewcząt 15–19-letnich szacuje się na 5–10 na 100 000 w ciągu roku [6, 7]. U chłopców i mężczyzn trudno jest precyzyjnie określić częstość występowania AN. Stosunek częstości występowania AN u kobiet i mężczyzn waha się od 10:1 do 4:1. Mężczyźni rzadziej niż kobiety przyznają się do zaburzeń łaknienia, a problem jadłowstrętu psychicznego u płci męskiej jest często niedostrzegany przez otoczenie [8].

Jadłowstręt psychiczny jest poważną chorobą przewlekłą, prowadzącą zaledwie u około połowy chorych do pełnego wyleczenia, ze wskaźnikiem śmiertelności ocenianym na 3–8% [9, 10].

Od wielu lat prowadzi się badania mające na celu poszukiwanie czynników ryzyka zachorowania na jadłowstręt psychiczny [3]. Goldbloom i wsp. [11] zaliczają do nich czynniki kulturowe (ideał szczupłej sylwetki, społeczne oczekiwanie atrakcyjności formułowane wobec kobiet), czynniki rodzinne (re-

lacje rodzinne utrudniające osiągnięcie autonomii w okresie dorastania, występowanie zaburzeń łaknienia oraz chorób afektywnych i alkoholizmu w rodzinie), czynniki indywidualne (zaburzony obraz własnego ciała, silna potrzeba osiągnięć, otyłość, doświadczenie nadużycia seksualnego przez młodą osobę).

Brakuje doniesień na temat stanu wiedzy i poziomu świadomości młodzieży na temat zaburzeń odżywiania się, w tym jadłowstrętu psychicznego. W dostępnym piśmiennictwie znaleźć można jedynie pojedyncze prace na ten temat [12–15].

Celem niniejszej pracy jest analiza stanu wiedzy i poziomu świadomości nastolatków na temat zasad prawidłowego odżywiania się oraz na temat jadłowstrętu psychicznego.

## Materiał i metody

Przeprowadzono badanie ankietowe wśród 407 ochotników — uczniów klas licealnych i gimnazjalnych w Gliwicach. Wiek badanej młodzieży wynosił 13–18 lat. Średni wiek dziewcząt to  $15,5 \pm 1,7$  roku, a chłopców  $15,9 \pm 1,6$  roku (tab.1).

Narzędziem wykorzystywanym w badaniu był kwestionariusz dotyczący wiedzy o żywieniu i zaburzeniach odżywiania, składający się z 31 pytań, opracowany przez prowadzących badanie na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji. Pytania zawierały 2–6 możliwych odpowiedzi. Badany miał za zadanie wskazać odpowiedzi, które uważał za najbardziej poprawne. Część pytań na temat jadłowstrętu psychicznego miała charakter pytań wielokrotnego wyboru (z możliwością wskazania kilku odpowiedzi, które uznawano za słuszne).

Wstępne pytania dotyczyły danych demograficznych respondentów: wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz masy ciała i wzrostu. Inne pytania dotyczyły ich nawyków żywieniowych, czyli liczby spożywanych posiłków, liczby dostarczanych kalorii oraz stosowanych sposobów odchudzania się. Pozostałe pytania miały za zadanie ocenę stanu wiedzy badanych na temat przyczyn, objawów, powikłań i sposobów leczenia jadłowstrętu psychicznego. Pytano też respondentów, skąd zdobyli wiedzę na ten temat.

Wszystkie odpowiedzi ankietowanych zostały podane analizie. Bazę danych przygotowano w programie Excel, a wyniki badań (odsetek poprawnych odpowiedzi) opracowano statystycznie, posługując się licencjonowaną wersją programu Statistica 5.0 (wersja angielska).

Tabela 1. Charakterystyka ankietowanych dziewcząt i chłopców

	Liczba (%)	Średni wiek (lat) (zakres)	Średnia masa ciała [kg] (zakres)	Średnie BMI [kg/m <sup>2</sup> ] (zakres)
Dziewczęta	243 (59,7%)	15,5 ± 1,65 (13–18)	64,6 ± 12,1 (35–80)	21,23 ± 2,84 (14,2–23,6)
Chłopcy	164 (40,3%)	15,9 ± 1,63 (13–18)	54,6 ± 7,52 (37–93)	20,11 ± 2,34 (15,4–30)

BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała

## Wyniki

Wśród badanych były 243 dziewczęta i 164 chłopców (tab. 1). Większość, czyli 270 (66,4%) respondentów, to uczniowie klas licealnych, pozostali badani (33,6%) byli uczniami gimnazjum.

Przewaga badanej młodzieży (63,1%) to mieszkańcy dużego miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców), a 14,5% to mieszkańcy wsi. Pozostali mieszkali w małych miejscowościach.

Średnia masa ciała ankietowanych dziewcząt wynosiła 64,6 ± 12,1 kg, zaś średni wskaźnik masy ciała, BMI (*body mass index*) — 21,23 ± 2,84 kg/m<sup>2</sup>. Natomiast średnia masa ciała i BMI ankietowanych chłopców to odpowiednio: 54,6 ± 7,5 kg i 20,11 ± 2,34 kg/m<sup>2</sup> (tab.1).

Większość, czyli 282 (69,3%) badanych, uważała, że ma adekwatną do swojego wieku masę ciała, natomiast pozostali (30,7%) twierdzili, że mają nadwagę lub otyłość. Dwieście czterdzieści trzy (59,7%) osoby wykazały się znajomością pojęcia BMI i jego norm u zdrowego człowieka. Odpowiedzi na te pytania nie różniły się u dziewcząt i u chłopców.

Większość, czyli 350 (86%) osób, była przekonana, że odżywia się prawidłowo (3–4 posiłki dziennie) i adekwatnie do zapotrzebowania kalorycznego w tym wieku (2500–2700 kcal/d.), ale 209 (51,4%) badanych przyznało się, że w ciągu dnia poświęca zwykle tylko 30–40 minut na jedzenie. Spośród wszystkich ankietowanych 181 (44,5%) osób uważało, że należy jeść tylko wtedy, gdy odczuwa się głód. W przypadku odpowiedzi na te pytania też nie było różnic między dziewczętami a chłopcami.

Dwustu dwudziestu sześciu (55,5%) badanych twierdziło, że nigdy dotychczas nie przywiązywało wagi do obliczania kaloryczności spożywanych pokarmów. Natomiast pozostali (44,5%) respondenci przyznali się do liczenia kalorii podczas posiłków — często (8,4%), czasem (14,3%) lub bardzo rzadko (21,8%). Łącznie dwustu trzech (49,9%) ankietowanych, w tym 130 chłopców i 73 dziewczęta, próbowało się odchudzać co najmniej jeden raz (22,1%) do tej pory lub częściej (27,8%). Chłop-

cy znamienne częściej niż dziewczęta przyznawali się do liczenia kalorii i do prób odchudzania ( $p < 0,05$ ).

Większość, czyli 287 (70,5%) respondentów twierdziło, że wiedzę o jadłowstręcie psychicznym czerpie głównie ze środków masowego przekazu (telewizji i internetu), natomiast rzadziej ze szkoły, od rodziców czy z innych źródeł.

Zdecydowana przewaga, bo 306 (75,2%) badanych poprawnie odpowiedziało, że jadłowstręt psychiczny występuje najczęściej u dziewcząt w wieku 15–17 lat.

Zamieszczone w tabeli 2 odpowiedzi ankietowanych na pytania dotyczące *anorexia nervosa* wskazują, że większość z nich zna objawy AN, takie jak: lęk przed utyciem, głodówka, używanie środków przeczyszczających, zaburzenia samooceny. Jednakże 218 (53,6%) badanych, w tym 125 chłopców uważało, że stosowanie forsownych ćwiczeń fizycznych nie jest charakterystyczne dla AN (tab. 2).

Odpowiedzi respondentów na pytania o objawy i powikłania AN (anemia, brak miesiączki, osteoporoza, bezpłodność) potwierdzają wiedzę na ten temat u większości z nich (tab. 3 i 4). Pokazują też, że 362 osoby badane (88,9%) uważają jadłowstręt psychiczny za chorobę mogącą prowadzić do zgonu (tab. 4).

Większość, czyli 324 (79,6%) osoby, poleciłaby choremu leczenie jadłowstrętu psychicznego przez psychologa lub psychiatrę. Znaczna część, bo 256 (62,9%) ankietowanych, uważa, że leczenie AN powinno być prowadzone w szpitalu, lecz tylko 49 (12,0%) osób zna ośrodki specjalistyczne zajmujące się leczeniem chorych z AN.

Według większości ankietowanych nastolatków do zachorowania na AN może zdecydowanie predysponować presja otoczenia (54,3%), kolegów (50,1%) lub rodziców (32,7%), zaś 47,9% respondentów wskazało na media (tab. 5). Pozostali uważali, że decydują o tym raczej cechy indywidualne (40,3%) lub uwarunkowania genetyczne (12,0%).

Ponad 1/3 (35,6%) respondentów twierdziła, że podejrzewa kogoś z otoczenia, że może chorować na AN, a 89 osób odpowiedziało, że zna przynajmniej jednego chorego z AN.

**Tabela 2. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie — „Cechami anoreksji są...”**

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie
	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych
Lęk przed przytyciem	322 (79,1)	64 (15,7)	6 (1,5)	15 (3,7)
Prowokowanie wymiotów	117 (28,7)	113 (27,8)	59 (14,5)	107 (26,3)
Głodówka	303 (74,4)	87 (21,4)	4 (0,98)	13 (3,2)
Intensywne ćwiczenia fizyczne	88 (21,6)	96 (23,6)	58 (14,3)	160 (39,3)
Używanie środków przeczyszczających	115 (28,3)	165 (40,5)	26 (6,39)	95 (23,4)
Zaburzenia samooceny	266 (65,4)	101 (24,8)	10 (2,5)	25 (6,1)
Unikanie jedzenia w towarzystwie	143 (35,1)	167 (41,0)	19 (4,7)	73 (17,9)

\*odsetek wszystkich 407 ankietowanych

**Tabela 3. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie — „Do objawów anoreksji można zaliczyć...”**

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie
	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych
Błada cera	201 (49,9)	171 (42,0)	7 (1,7)	36 (8,8)
Łamiące się paznokcie	159 (39,0)	170 (41,8)	11 (2,7)	60 (14,7)
Omdlenia	261 (64,1)	128 (31,4)	2 (0,5)	12 (2,9)
Wymioty	129 (31,7)	142 (34,9)	19 (4,7)	106 (26,0)
Zaparcia	64 (15,7)	147 (36,1)	42 (10,3)	141 (34,6)
Depresja	231 (56,8)	138 (33,9)	5 (1,2)	25 (6,1)

\*odsetek wszystkich 407 ankietowanych

**Tabela 4. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie — „Czy anoreksja może być powodem następujących powikłań?”**

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie
	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych
Anemia	234 (57,5)	137 (33,7)	10 (2,5)	26 (6,4)
Brak miesiączki	205 (50,4)	98 (24,1)	30 (7,4)	68 (16,7)
Osteoporoza	111 (27,3)	149 (36,6)	39 (9,6)	97 (23,8)
Bezpłodność	148 (36,4)	113 (27,8)	34 (8,4)	102 (25,1)
Zgon	271 (66,6)	91 (22,4)	17 (4,2)	20 (4,9)

\*odsetek wszystkich 407 ankietowanych

**Tabela 5. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie — „Czy do zachorowania na anoreksję mogą predysponować...”**

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie
	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych	Liczba (%) * badanych
Cechy indywidualne	164 (40,3)	177 (43,5)	13 (3,2)	63 (15,5)
Otoczenie	221 (54,3)	152 (37,3)	10 (2,5)	18 (4,4)
Presja rodziców	133 (32,7)	130 (31,9)	42 (10,3)	91 (22,4)
Media	195 (47,9)	137 (33,7)	23 (5,7)	41 (10,1)
Presja kolegów	204 (50,1)	155 (38,1)	16 (3,9)	28 (6,9)
Geny	49 (12,0)	82 (20,1)	68 (16,7)	195 (47,9)

\*odsetek wszystkich 407 ankietowanych

## Dyskusja

Badania zostały celowo zaplanowane i przeprowadzone w grupie nastolatków. Młodzież jest bowiem najbardziej narażona na wystąpienie jadłowstrętu psychicznego. Wiadomo też, że poziom wiedzy, poglądy i wierzenia dotyczące zdrowia warunkują racjonalne zachowania zdrowotne. Dlatego interesujące wydało się zbadanie poziomu świadomości i stanu wiedzy młodzieży szkolnej z zakresu zasad prawidłowego odżywiania oraz *anorexia nervosa*.

Wyniki przeprowadzonych przez autorów pracy badań wskazują, że młodzież posiada dużą wiedzę na temat objawów, powikłań i leczenia jadłowstrętu psychicznego, którą zdobywa głównie dzięki środkom masowego przekazu. Jednak poziom uświadomienia sobie stopnia zagrożenia zachorowaniem na AN w tej grupie młodych osób jest niewystarczający. Świadczą o tym nieprawidłowe nawyki żywieniowe badanych i duży odsetek odchudzających się.

Do tej pory badania dotyczące stanu wiedzy młodych ludzi na temat *anorexia nervosa* były prowadzone niezwykle rzadko i to w starszych grupach wiekowych. Hunt i wsp. [14] w grupie 106 studentów wykazali, że większość z nich ma jedynie ogólną i fragmentaryczną wiedzę na temat przyczyn, symptomów, powikłań i leczenia AN. Autorzy ci wnioskuje, że lepsze zaznajomienie młodych osób z przyczynami prowadzącymi do jadłowstrętu psychicznego oraz wskazanie im drogi postępowania w przypadku zaobserwowania nieprawidłowych zachowań żywieniowych może stanowić ważny element profilaktyki i wczesnego wykrywania tej choroby.

Interesujące wyniki przekrojowych badań ankietowych przedstawili ostatnio Sepulveda i wsp. [15]. W grupie liczącej aż 2551 studentów w wieku 18–26 lat, rekrutowanych spośród trzynastu szkół wyższych o profilu uniwersyteckim, badali zachowania żywieniowe i postawę młodych ludzi wobec zagadnień dotyczących zaburzeń odżywiania. Wyniki tych badań wykazały, że kobiety zamiennie częściej niż mężczyźni kontrolują masę ciała i odchudzają się, stosując diety niskokaloryczne, środki przeczyszczające czy prowokując wymioty. Wśród wszystkich kobiet aż 6% badanych miało znacznie obniżony względem normy BMI ( $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) i aż 2,5% kobiet przyznało się do wtórnego braku miesiączki od co najmniej 3 miesięcy.

U ankietowanych przez nas dziewcząt i chłopców średnia masa ciała i BMI mieściły się w zakresie normy. Autorzy opierali się na pomiarach, które deklarowali sami badani. Respondenci nie byli ważeni ani mierzeni przez autorów. Zamierzeniem było jedynie zorientowanie się, czy znają swoją masę ciała i wzrost oraz

czy potrafią ocenić te parametry w stosunku do norm wiekowych. Odpowiedzi udzielone przez ankietowanych potwierdziły, że znają pojęcie BMI i zakres normy. Mimo że średnia masa ciała badanych mieściła się w normie, aż 30,7% badanych uważało, że ma nadwagę lub otyłość. Ponadto prawie połowa badanych przez autorów niniejszej pracy nastolatków przyznała się do co najmniej jednego incydentu odchudzania się, a około 45% osób do obliczania liczby kalorii przyjmowanych z pokarmem podczas posiłków. Wyniki badań autorów wskazały, że chłopcy częściej niż dziewczęta przyznają się do tego typu zachowań.

Obserwacje innych autorów [16], prowadzone w bardzo licznej populacji, bo aż u 16 486 studentów z 21 krajów europejskich, wykazały, że BMI nie różnił się istotnie u osób mieszkających w różnych krajach i wynosił średnio  $20,5 \text{ kg/m}^2$  u kobiet i  $22,0 \text{ kg/m}^2$  u mężczyzn. Wartości BMI były niższe w młodszej grupie wiekowej aniżeli u starszych osób ( $> 21,4$  lat) i niższe u posiadających wyższy status ekonomiczny.

Nie znano do tej pory ani polskich, ani zagranicznych publikacji na ten temat. Obserwacje autorów obejmujące grupę 407 nastolatków mają charakter pilotażowy. Badana przez nich młodzież została zrekrutowana wyłącznie z jednej szkoły, w jednym mieście. Nie badano statusu materialnego rodzin. Tak jak się spodziewano, większość respondentów to mieszkańcy dużego miasta.

W badaniach Bellisle i wsp. [16] jedynie 8% ankietowanych uważało, że ma nadwagę, a 1% osób — że ma otyłość. Mimo to, podobnie jak w badaniu autorów niniejszej pracy, znaczna część osób (w tym 44% kobiet i 17% mężczyzn) odchudzała się już co najmniej raz w życiu lub robiło to stale, stosując diety niskokaloryczne i/lub ćwiczenia fizyczne. Osoby pozostające na diecie niskokalorycznej przyznały się do opuszczania śniadania 2-krotnie częściej niż ci, którzy nie stosowali diety.

Zdecydowana większość ankietowanych przez autorów pracy nastolatków, bo aż 86% była przekonana, że odżywia się prawidłowo, adekwatnie do zapotrzebowania kalorycznego w tym wieku. Jednak aż ponad połowa badanych deklarowała, że poświęca zaledwie do 40 minut na jedzenie w ciągu dnia, a prawie 45% osób twierdziło, że należy jeść tylko wtedy, gdy odczuwa się głód.

Według Garner i wsp. [17] w ujawnieniu się *anorexia nervosa* odgrywają rolę zarówno tak zwane czynniki predisponujące, czyli genetyczne, psychologiczne, neuroendokrynne, środowiskowe, rodzinne i kulturowe, jak i tak zwane czynniki wyzwalające, bezpośrednio wywołujące chorobę. Wśród tych czynników autorzy [5, 17] wymieniają najczęściej: podejmowanie restrykcyjnej diety, sezonowe wahania nastroju, reakcje na nowe doświad-

czenia (dojrzewanie, odejście z domu, podjęcie nauki w szkole średniej) czy przykre doświadczenia życiowe. Ważne jest więc, aby właśnie u nastolatków, będących w okresie życia najbardziej podatnym na zachorowanie na AN rozwijać świadomość zagrożenia tą chorobą.

Wyniki badań autorów niniejszej pracy pokazały, że większość nastolatków zna typowe cechy jadłowstrętu psychicznego, takie jak: lęk przed przytyciem, wymioty prowokowane, głodzenie, nadużywanie środków przeczyszczających, zaburzenia samooceny. Większość badanych i to szczególnie chłopców uważa natomiast, że uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych nie jest charakterystyczne dla AN. Większość ankietowanych udzieliła trafnych odpowiedzi na pytania dotyczące objawów i powikłań AN, a prawie 89% z nich twierdziło, że jadłowstręt psychiczny może w konsekwencji prowadzić do zgonu. Wydaje się więc, że nastolatki mają świadomość tego, że AN jest poważną chorobą.

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez autorów pokazują, że młodzież uważa AN za chorobę o podłożu psychicznym. Świadczyć o tym może wskazanie przez większość respondentów psychologa lub psychiatry jako specjalisty, do którego należy skierować chorego z jadłowstrętem psychicznym.

Podobne obserwacje poczynił inny autor [13], który przeprowadził badania ankietowe w grupie 842 studentów w Hong-Kongu. Znaczna większość (90,3%) respondentów uważała, że AN jest problemem psychologiczno-psychiatrycznym. Zaś 29,5% osób twierdziło, że tej chorobie towarzyszą równocześnie zmiany o charakterze somatycznym, a jedynie 3,2% osób uważało, że jest to choroba wyłącznie somatyczna. Ponad 78% badanych wypowiedziało się, że AN wymaga długoterminowego leczenia, a rokowanie jest niepewne.

Większość (75,6%) ankietowanych przez Lee [13] uzyskała informacje o jadłowstręcie psychicznym ze środków masowego przekazu (czasopisma, telewizja, radio), rzadziej od przyjaciół (31%), ze szkoły lub uniwersytetu (30,4%), członków rodziny (16,2%), lekarzy (12,5%) lub chińskich herbaciarzy (1,4%). Badana przez autorów niniejszej pracy młodzież także w zdecydowanej większości twierdziła, że wiedzę na temat jadło-

wstrętu psychicznego czerpie głównie ze środków masowego przekazu (telewizja, internet).

Price i wsp. [12], badając 337 dorosłych osób, zatrudnionych w szkołach średnich i wyższych w charakterze doradców, stwierdzili, że poziom edukacji i wiedzy tych osób na temat różnych postaci zaburzeń odżywiania się nie jest wystarczający. Większość z nich wykazała się dobrą znajomością zagadnień związanych z *anorexia nervosa*, natomiast słabiej orientowała się w innych formach tych zaburzeń, na przykład bulimii czy niespecyficznych zaburzeń odżywiania. Aż 70% badanych zdobywało wiedzę na ten temat z profesjonalnej prasy, 56% osób w trakcie konferencji i zebrań, a 47% osób związanych z mediami (telewizja, czasopisma codzienne, magazyny).

Inni autorzy [18] zwrócili uwagę na to, że media niezwykle rzadko przedstawiają zaburzenia odżywiania w aspekcie medycznym, a zdecydowanie częściej w sposób zbyt uproszczony lub nawet sensacyjny. Autorzy ci wnioskujeją, że powinno się powoływać wyszkolone osoby, które poprzez środki masowego przekazu mogłyby wpływać na kształtowanie opinii publicznej w tym zakresie.

Schwartz i wsp. [19] widzą z kolei potrzebę wprowadzania specjalnie przygotowanych, profesjonalnych programów edukacyjnych (z wykorzystaniem technik obrazowych np. wideo) na temat zaburzeń odżywiania, które należałoby skierować do szerokich grup młodzieży szkół średnich i wyższych.

## Wnioski

1. Wiedza młodzieży na temat objawów i powikłań jadłowstrętu psychicznego wydaje się duża i pochodzi głównie ze środków masowego przekazu.
2. Znajomość prawidłowych nawyków żywieniowych oraz świadomość powstania zagrożenia rozwojem *anorexia nervosa* wydaje się u nastolatków niewystarczająca, na co wskazuje znaczny odsetek nieprawidłowo odżywiających się i odchudzających się ankietowanych.
3. Istnieje potrzeba większej edukacji tej grupy młodzieży w zakresie profilaktyki zaburzeń odżywiania.

## Piśmiennictwo

1. Fisher M., Golden N.H., Katzman D.K. i wsp.: Eating disorders in adolescents: a background paper. *J. Adolesc. Health*. 1995; 16: 420–437.
2. Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L.: Prevalence of eating disorders; comparison of western and non-western countries. *Med. Gen. Med.* 2004; 6 (3): 49–52.
3. Józefik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. *Collegium Medicum UJ, Kraków* 1999.
4. Kolarzyk E., Stachowska-Gąsior A.: Eating disorders among student of Collegium Medicum of the Jagiellonian University in Cracow. *Żywność Człowieka i Metabolizm* 2000; 27 (4): 356–367.
5. Żechowski C., Jakubczyk A.: Zaburzenia odżywiania się — diagnoza, rozpowszechnienie, etiologia, powikłania somatyczne, terapia. *Klin. Ped.* 2000; 8 (4): 425–430.
6. Holtkamp K., Herpertz-Dahlmann B.: Anorexia und Bulimia nervosa im Kinder- und Jugendalter. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 2002; 150: 164–171.
7. Munos M.T., Argente J.: Anorexia nervosa in female adolescents: endocrine and bone mineral density disturbances. *Eur. J. Endocrinol.* 2002; 147: 275–286.
8. Ziara K., Oświęcimska J., Kwiecień J., Franiczek W., Gorczyca P., Dyduch A.: Jadłowstręt psychiczny u chłopców i mężczyzn — niedostrzegany problem kliniczny. *Ped. Pol.* 2006; 81 (4): 287–292.
9. Steinhausen H.C.H., Rauss-Masson C., Seidel R.: Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol. Med.* 1991; 21: 447–454.
10. Levine R.L.: Endocrine aspects of eating disorders in adolescents. *Adolesc. Med.* 2002; 13: 129–143.
11. Goldbloom D.S., Garfinkel P.E.: Anorexia nervosa and bulimia nervosa — diagnostic issues and risk factors. W: Kennedy S.H. (red.) *Handbook of eating disorders*. University of Toronto, Toronto 1993.
12. Price J.A., Desmond S.M., Price J.H., Mossing A.: School counselors' knowledge of eating disorders. *Adolescence* 1990; 25 (100): 945–957.
13. Lee S.: How lay is lay? Chinese students' perceptions of anorexia nervosa in Hong Kong. *Soc. Sci. Med.* 1997; 44 (4): 491–502.
14. Hunt J.S., Rothman A.J.: College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite* 2007; 48 (3): 289–300.
15. Sepulveda A.R., Carroles J.A., Gandarillas A.M.: Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health*. 2008; 8: 102.
16. Bellisle F., Monneuse M.O., Steptoe A., Wardle J.: Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *Int. Obes. Relat. Metab. Disord.* 1995; 19: 723–730.
17. Garner G.M., Garfinkel P.E.: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1980; 10: 647–656.
18. O'Hara S.K., Smith K.C.: Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Educ. Couns.* 2007; 68: 43–51.
19. Schwartz M.B., Thomas J.J., Bohan K.M., Vartanian L.R.: Intended and unintended effects of an eating disorder educational program: impact of presenter identity. *Int. J. Eat. Disord.* 2007; 40: 187–192.