

## ARTYKUŁY ORYGINALNE (ORIGINAL PAPERS)

# Młdzież o anoreksji i bulimii – badania ankietowe

(Anorexia and bulimia as perceived by adolescents – a questionnaire study)

A Szpytman<sup>1,A,D</sup>, I Brukwicka<sup>1,B</sup>, Z Kopański<sup>2,3,F</sup>, R Kollár<sup>4,E</sup>, M Kollárová<sup>4,C</sup>, B Bajger<sup>3,B</sup>, E Bojanowska<sup>2,B</sup>

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

**Abstract—** Introduction. The development of anorexia and bulimia causes a range of mental and somatic (organ-related) complications. Although the diseases are more and more widely recognised by professionals, adolescents seem to keep underestimating them.

**Aim of the study.** The aim of the study was to assess high school youth's level of knowledge on anorexia and bulimia.

**Materials and methods.** The study was conducted on 100 randomly selected students at 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, and 3<sup>rd</sup> high school grades. The group consisted of 57 girls and 43 boys aged between 16 and 18. In order to study the incidental group, a direct survey method was used. The questionnaire consisted of 19 multiple choice and partly open-ended questions.

**Results and conclusions.** The conclusion is that the youths' level of knowledge is not sufficient for them to viably assess the nutrition disorders should they occur. Some of the adolescents found it hard to tell which facts apply to anorexia and which to bulimia. High school youths derive their knowledge on anorexia and bulimia from various sources, including schools. Despite the fact that the students claim that the matters of anorexia and bulimia appear in classroom in a moderate level, their knowledge on the subject is only basic.

**Key words —** high school youth, anorexia, bulimia, questionnaire study.

**Streszczenie—** Wstęp. Anoreksja i bulimia, które rozwijając się wyzwalają w organizmie chorego szereg powikłań psychicznych i somatycznych (narządowych) jest coraz wyraźniej zauważana przez specjalistów, jednak chyba nadal niedoceniana przez młodzież.

**Cel badań.** Celem badań była ocena wiedzy uczniów klas licealnych na temat anoreksji i bulimii.

**Materiał i metodyka.** Badaniom poddano 100 losowo wybranych uczniów klas I,II III liceów ogólnokształcących. Grupa liczyła 57 dziewcząt i 43 chłopców w wieku 16-18 lat. Do badania zbiorowości incydentalnej wykorzystano ankietę bezpośrednią. Ankieta składała się z 19 pytań zamkniętych i częściowo otwartych.

**Wyniki i wnioski.** Stwierdzono, że poziom wiedzy licealistów nie wystarcza do realnej oceny wystąpienia u siebie zaburzeń odżywiania. Część młodzieży ma problemy z rozróżnianiem niektórych faktów dotyczących anoreksji i bulimii. Licealiści czerpią wiedzę na temat anoreksji i bulimii z różnych źródeł, w tym ze szkoły. Pomimo, że uczniowie deklarują obecność tematów anoreksji i bulimii na zajęciach lekcyjnych średni poziomu ich wiedzy pozostaje na poziomie podstawowym.

**Słowa kluczowe —** młodzież licealna, anoreksja, bulimia, badania ankietowe.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy—** A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji —** Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: [zkopanski@o2.pl](mailto:zkopanski@o2.pl)

**Zaakceptowano do druku:** 15.01.2016.

## WSTĘP

Współczesne czasy niosą za sobą wiele niebezpieczeństw dla młodego człowieka, który nie zawsze zdaje sobie sprawę z tego, że pewne niegroźne z pozoru zachowania mogą mieć poważne konse-

kwencje zdrowotne. Takie zagrożenie stanowią m.in. anoreksja i bulimia, które rozwijając się wyzwalają w organizmie chorego szereg powikłań psychicznych i somatycznych (narządowych). Tematyka coraz wyraźniej zauważana przez specjalistów,

jest chyba w dalszym ciągu niedoceniane przez młodzież. [1-6]

Przekonanie to skłoniło autorów do podjęcia badań własnych, których celem była ocena wiedzy uczniów klas licealnych na temat anoreksji i bulimii.

## MATERIAŁ I METODYKA

### Materiał

Badaniom poddano 100 losowo wybranych uczniów klas I,II III liceów ogólnokształcących. Grupa liczyła 57 dziewcząt i 43 chłopców w wieku 16-18 lat.

Badana młodzież była uczniami Liceum Ogólnokształcącego im. Ignacego Krasickiego w Dubiecku, Zespołu Placówek Oświatowo-Wychowawczych w Jarosławiu i Zespołu Szkół Technicznych i Ogólnokształcących w Jarosławiu. Badania przeprowadzono w okresie 3-14.10. 2011r.

### Metodyka

Do badania zbiorowości incydentalnej wykorzystano ankietę bezpośrednią. Ankieta składała się z 19 pytań zamkniętych i częściowo otwartych. Pytania 1,2 dotyczyły wieku i płci, pytanie nr 3. dotyczyło zadowolenia z własnego wyglądu, pytania 4-7 i 9- 12 miały charakter testowy, a więc koniecznym było wybranie przez respondenta prawidłowych odpowiedzi z pośród podanych propozycji odpowiedzi, pytania 8 i 13-19 były pytaniami, w których to ankietowani wyrażali swoje poglądy, przeżycia i emocje związane z tematem anoreksji i bulimii.

## WYNIKI

Charakterystykę rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety przedstawiono poniżej.

Pytanie : *Czy jesteś zadowolony ze swojego wyglądu ( wagi i sylwetki ciała )?*

Wśród indagowanej młodzieży, 66% była zadowolona ze swojego wyglądu, natomiast 31% badanych wyrażało dezaprobatę.

Pytanie : *Wskaż, które z twierdzeń opisują anoreksję a które bulimię?*

Większość ankietowanej młodzieży prawidłowo różniła anoreksję i bulimię, i tak po stwierdzeniu „*Zwana jest inaczej „jadłowstrętem psychicznym”* prawidłowo zidentyfikowało chorobę 95% młodzieży, po zdaniu „*Zwana jest inaczej „wilczym głodem”* prawidłowo rozpoznało chorobę 96%, na podstawie zdania „*Jest chorobą o podłożu psychicznym, objawia się okresowymi napadami żarłoczności z utratą kontroli na ilością spożywanych pokarmów*” prawidłowej odpowiedzi udzieliło 97%, natomiast stwierdzenie „*Jest chorobą o podłożu psychicznym, objawia się silną obawą przed utyciem prowadzącą do unikania jedzenia*” prawidłowo powiązało z nazwą choroby 98% respondentów.

Pytanie : *Które ze zdań właściwie opisują przyczyny anoreksji? (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

Spośród ogółu odpowiedzi udzielonych przez respondentów ( mogli wybierać więcej niż jedną odpowiedź), w 61% za właściwy opis anoreksji uznano „*Przekonanie, że szczupła sylwetka jest pomocą w życiu i pozwala odnieść sukces*”, w 21,1% była to „*Chęć uzyskania kontroli nad jakąś częścią swojego życia*” , w 14,7% za właściwie uznano zdanie „*Lęk przed dorosłością i procesami zachodzącymi w organizmie w okresie dojrzewania*”, natomiast 3,2% przypadków podano błędną odpowiedź tj. ” *Chęć udziału w psychoterapii*”.

Pytanie : *Jakie są objawy i skutki anoreksji? (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

Spośród ogółu odpowiedzi udzielonych przez respondentów ( mogli wybierać więcej niż jedną odpowiedź), 38,2% odpowiedzi dotyczyła następującej charakterystyki objawów „ *Wyniszczenie organizmu (poważna utrata masy ciała i tkanki tłuszczowej, częste infekcje i choroby z powodu braku odporności, obrzęki i zasinienie stóp, temp. obniżona do 36°C)*”, 26,8% wskazywało na następujące cechy „*Wyniszczenie i późno podjęte leczenie często prowadzi do śmierci*”, 21,2% podkreślała „*Przymusowe i maniakalne poświęcanie całej swojej uwagi jedzeniu- bezustannie obliczanie kalorii*”, 13,0% wskazywała na „*Zmiany dermatologiczne (suchość i łuszczenie się skóry, pojawia się charakterystyczny meszek na skórze)*”, 0,8% opinii było błędne i dotyczy opinii, że anoreksja powoduje „*Zwiększenie masy ciała (chory przybiera na wadze nawet 5 kg/tydzień)*”

Pytanie : *Twoim zdaniem, w jakim wieku najczęściej zapada się na anoreksję?*

95 % ogółu badanych udzieliło poprawnej odpowiedzi tj. wskazało przedział wieku „14- 20 r.ż.”

Pytanie : *W skali od 1-10 dokonaj oceny znaczenia społeczno-zdrowotnego anoreksji i uzasadnij swoją opinię?*

30 % badanych, uznając szczególne znaczenie społeczno-zdrowotnego anoreksji, przyznało chorobie 10 punktów, 26% - 8 punktów, %, 18 % - 9 punktów, 12 % - 7 punktów, 10% - 6 punktów, 3% - 5 punktów, 1 % - 2 punkty.

51 % badanych swój wybór punktowy uzasadniło tym, że anoreksję „*trudno wyleczyć i często prowadzi do śmierci*”, po 13% badanych podało, że „*prowadzi do osłabienia i wyniszczenia organizmu*” lub też swój wybór uzasadniło „*innymi*” przyczynami, 11% uznało, że swój wybór punktowy uzasadni stwierdzeniem „*bo tak uważam*”, 8% nie udzieliło żadnej odpowiedzi, a 4% badanych uważało, że „*jest chorobą psychiczną, która niszczy chorego i jego bliskich*”.

Pytanie : *Wybierz zdania prawidłowo określające przyczyny występowania bulimii (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

Spośród ogółu odpowiedzi udzielonych przez respondentów ( mogli wybierać więcej niż jedną odpowiedź) po 35,8% odpowiedzi dotyczyło „*Traktowanie jedzenia, jako namiastki miłości i niska samoocena*” i „*Stresujące wydarzenia życiowe i nieumiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami*”, 21,4% - „*Obrona przed seksem lub epizody molestowania i gwałtów w przeszłości*”. Nieprawidłowa odpowiedź to jest „*Próba ustalenia granic możliwości jedzenia różnych pokarmów*” stanowiła 7% ogółu odpowiedzi udzielanych na to pytanie.

Pytanie : *Które z wymienionych poniżej zdań właściwie opisują objawy bulimii? (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

Spośród ogółu odpowiedzi udzielonych przez respondentów ( mogli wybierać więcej niż jedną odpowiedź) 41,1% odpowiedzi dotyczyło stwierdzenia „*Chory próbuje przeciwdziałać „tuczącym” skutkom przyjmowania pokarmów, (stosując, co najmniej jedną z metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, okresowe głodówki,*

*przyjmowanie leków tłumiących apetyt)*, 29,9% wskazało zdanie „*Pacjent miewa epizody żarłoczności, (w którym chorzy na przemian objadają się i wymiotują; życie obraca się wokół schematu: jem- wymiotuję- mam wyrzuty sumienia- jem...)*”, 24,4% - „*Chwile spędzane na jedzeniu chory postrzega, jako jedyne miłe chwile w jego życiu*”, a tylko w 4,6% odpowiedziach podano nieprawidłowe stwierdzenie, że „*Chwile spędzane na jedzeniu chory postrzega, jako jedyne miłe chwile w jego życiu*”.

Pytanie : *Jakie skutki wywołuje bulimia? (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

Spośród ogółu odpowiedzi udzielonych przez respondentów ( mogli wybierać więcej niż jedną odpowiedź), 67,8% wskazało właściwe następstwa bulimii ( 27,2% podało, że choroba prowadzi do zaburzeń psychicznych, 23,4% podkreśliło, że rozwój bulimii skutkuje zaburzeniami metabolicznymi, a 17,2% odpowiedzi wskazywało na zmiany patologiczne w jamie ustnej ).

Pytanie : *Zaznacz, które ze zdań opisujące rozpoznawanie, leczenie i rokowanie zaburzeń odżywiania są Twoim zdaniem prawdziwe, a które fałszywe?*

Badani w większości nie mieli problemów z udzielaniem prawidłowych odpowiedzi, na poszczególne zagadnienia dotyczące zaburzeń odżywiania, i tak pierwszą z wygłoszonych opinii, że „*Utrzymanie odpowiedniej masy ciała wystarczy, aby osoby z zaburzeniami odżywiania wyzdrowiały*” 61% respondentów poprawnie uznało za nieprawidłową, drugie ze stwierdzeń zawarte w tym pytaniu „*Anoreksja często kończy się śmiercią*” 74% badanych poprawnie zidentyfikowało jako stwierdzenie prawdziwe, trzecie ze stwierdzeń „*Rokowanie w bulimii jest tym lepsze, im wcześniej zostanie postawione właściwe rozpoznanie i wdrożone właściwe leczenie*” 84% prawidłowo rozpoznało jako prawdziwe, czwarte stwierdzenie „*Skuteczna terapia na walkę z anoreksją i bulimią jest chęć pokonania choroby i psychoterapia*” 90 % badanych właściwie uznało za prawdę, piąte stwierdzenie „*Anoreksję leczymy penicyliną podawaną w zastrzykach domięśniowych 1x dziennie przez 3 miesiące*” prawidłowo uznało jako nieprawdziwe tylko 33% respondentów i wreszcie szóste zdanie „*Diagnostyka bulimii i anoreksji opiera się na zbieraniu wywiadu od chorego i rodziny, w którym potwierdza się zachowania ty-*

powe dla którejs z chorób” prawidłowo uznało jako prawdziwe 61% badanych.

Pytanie : *W skali od 1-10 dokonaj oceny znaczenia społeczno-zdrowotnego bulimii i uzasadnij swoją opinię?*

24 % badanych, określając znaczenie społeczno-zdrowotnego bulimii, przyznało chorobie 8 punktów, 22% - 10 punktów, 20 % - 7 punktów , 2 % - 4 punkty, 1% - nie wskazał żadnej punktacji.

33% respondentów stwierdziło, że „nie jestem w stanie uzasadnić dlaczego tak uważam” jednak pozostałe 67% umiało argumentować ocenę punktową jaką dokonali w odniesieniu do bulimii, i tak 23 % swój wybór punktowy uzasadniła tym, że „bulimia niszczy organizm i/lub psychikę chorego”, 17% wybrało „inne uzasadnienie”, 14% stwierdziło, że „bulimia może prowadzić do śmierci” , 9% wskazało, że „bulimia prowadzi do utraty zdrowia i niesie ze sobą wiele powikłań”, 4% uznało, że „bulimia jest mniej poważna niż anoreksja”

Pytanie : *Gdzie po raz pierwszy usłyszałeś/łaś o anoreksji/bulimii?*

Dla 36% respondentów pierwszym źródłem informacji o tych chorobach była szkoła, dla 35% - telewizja, najrzadziej prasa ( dla 5%) i książki (dla 4%) .

Pytanie : *Na jakich zajęciach lekcyjnych w Twojej szkole poruszano najczęściej problematykę anoreksji/bulimii? (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

Spośród ogółu odpowiedzi udzielonych przez respondentów ( mogli wybierać więcej niż jedną odpowiedź), 45,9% wskazało na lekcje biologii, 27,6% na zajęcia - wychowanie do życia w rodzinie, 21% uznało, że szczególnie dużo informacji o anoreksji i bulimii dały im lekcje wychowawcze, 2,2% za najbardziej informacyjną w zakresie tych chorób uznało etykę, a 3,3% żadnemu przedmiotowi nie przypisało roli edukacyjnej w zakresie tematyki anoreksji i bulimii.

Pytanie : *Czy sięgałeś/łaś po dodatkowe informacje dotyczące tematyki zaburzeń odżywiania?*

Tylko 30% spośród ogółu badanych sięgało po dodatkowe źródła, celem poszerzenia swej wiedzy na temat anoreksji i bulimii, natomiast aż 70% nie widziało takiej potrzeby edukacyjnej.

Pytanie : *Czy miałeś/łaś kontakt z osobą chorą na anoreksję lub bulimię?*

Wśród respondentów 85 % deklarowało, że nie miało kontaktu z osobą chorą na anoreksję lub bulimię.

Pytanie : *Co byś zrobił/ła gdybyś podejrzewał, że osoba z Twojego otoczenia choruje na anoreksję lub bulimię ?*

68 % ankietowanych próbowałoby z tą osobą porozmawiać i zachęcić ją do skorzystania z pomocy lekarza, 29 % osób poinformowałoby o swoich podejrzeniach kogoś starszego, 2 % - rozpowieściłoby tą informację wśród znajomym, natomiast 1 % respondentów unikałoby takiej osoby.

Pytanie : *Czy uważasz, że anoreksja lub bulimia mogłaby dotyczyć Ciebie samego?*

Respondenci z reguły nie widzą u siebie ryzyka rozwoju anoreksji czy bulimii. 55 % badanych uzasadnia to faktem, że „Nie, ponieważ jestem zadowolony/a ze swojego wyglądu” , 15 % „podaje inne uzasadnienie” , 14 % uważa, że „Nie, ponieważ tylko chorzy psychicznie mogą popaść w anoreksję lub bulimię” , 3 % twierdzi, że „Nie, ponieważ jestem mężczyzną a tylko kobiety chorują na anoreksję/bulimię”.

## DYSKUSJA

Okres dorastania jest czasem określany mianem „ okresu burzy i naporu”. Młody człowiek często prezentuje wzmożoną emocjonalność, co pozostaje w związku ze zmianami w układzie hormonalnym oraz zbieraniem nowych doświadczeń „życiowych”. Cechą tego okresu jest nadmierna reaktywność. Przeżycia, którym młodzi ludzie podlegają stosunkowo łatwo, osiągają często wysokie natężenie, i tak dla przykładu jeśli pojawia się smutek jest on zazwyczaj głęboki, radość z kolei prowadzi często do silnych uniesień, nierzadko nieletni wykazują dużą labilność emocjonalną, a więc łatwość przechodzenia ze stanu radości i szczęścia w stan głębokiego smutku. Ta biegunowość skłonności i upodobań, np. poszukiwanie towarzystwa innych ludzi, innym razem głęboka izolacja, czy wykazywanie dobroci, przeplatanej skłonnością do okrucieństwa jest powodem, że wielokrotnie młodzi ludzie spotykają się z niezrozumieniem otoczenia ( rodziców, nauczycieli). Nierzadko ich postawa jest też

wyrazem buntu przeciw otaczającemu ich „światu dorosłych”. [1-3,7-9]

Zapewne wiele składowych zarówno indywidualnych jak i zbiorowych wpływa na rozwój chorób w tym wieku, w tym anoreksji i bulimii, chorób, które często utożsamiane są z potrzebą korekty własnej sylwetki.[10-12]

Tymczasem z badań własnych wynika, że 66% badanej młodzieży była zadowolona ze swojego wyglądu. Ankietowana młodzież stosunkowo dobrze odróżniała anoreksję od bulimii, i tak dla przykładu na podstawie stwierdzenia „Zwana jest inaczej „jadłowstrętem psychicznym” prawidłowo zidentyfikowało chorobę 95% respondentów, po zdaniu „Zwana jest inaczej „wilczym głodem” prawidłowo rozpoznało chorobę 96%, na podstawie zdania „Jest chorobą o podłożu psychicznym, objawia się okresowymi napadami żarłoczości z utratą kontroli na ilością spożywanych pokarmów” prawidłowej odpowiedzi udzieliło 97%, natomiast stwierdzenie „Jest chorobą o podłożu psychicznym, objawia się silną obawą przed utyciem prowadzącą do unikania jedzenia” prawidłowo powiązało z nazwą choroby 98% respondentów.

Za najczęstszą przyczynę anoreksji badani uznali „Przekonanie, że szczupła sylwetka jest pomocą w życiu i pozwala odnieść sukces” (61% ogółu opinii badanej grupy), a najczęściej wskazywanymi objawami i skutkami choroby było „Wyniszczenie organizmu (poważna utrata masy ciała i tkanki tłuszczowej, częste infekcje i choroby z powodu braku odporności, obrzęki i zasinienie stóp, temp. obniżona do 36 °C)” - 38,2% odpowiedzi, oraz „Wyniszczenie i późno podjęte leczenie często prowadzi do śmierci” - 21,2% odpowiedzi.

Zwraca uwagę, że aż 95 % ogółu badanych poprawnie wskazało wieku najczęstszego zapadania na anoreksję .

W opinii wielu autorów anoreksja zaczyna stawać się coraz większym problemem społeczno-zdrowotnym wielu współczesnych społeczeństw.[3,4,10-12] Podobnego zdania była większość ankietowanych, gdyż 30 % badanych, uznając szczególne znaczenie społeczno-zdrowotnego anoreksji, przyznało chorobie 10 punktów (maksymalną punktację), 26% - 8 punktów, 18 % - 9 punktów , 12 % - 7 punktów, 10% - 6 punktów. 51 % badanych swój wybór punktowy uzasadniło tym, że anoreksję „trudno wyleczyć i często prowadzi do śmierci”.

Z kolei w odniesieniu do bulimii 35,8%

odpowiedzi wskazywało, że najważniejszą cechą choroby jest „Traktowanie jedzenia, jako namiastki miłości i niska samoocena”, podobnie często wskazywano także „Stresujące wydarzenia życiowe i nieumiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami”. Przy opisie objawów bulimii 41,1% odpowiedzi dotyczyło stwierdzenia „Chory próbuje przeciwdziałać „tuczącym” skutkom przyjmowania pokarmów, stosując, co najmniej jedną z metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, okresowe głodówki, przyjmowanie leków tłumiących apetyt).

Godnym podkreślenie jest fakt, że 67,8% respondentów wskazało właściwe następstwa bulimii ( 27,2% podało, że choroba prowadzi do zaburzeń psychicznych, 23,4% podkreśliło, że rozwój bulimii skutkuje zaburzeniami metabolicznymi, a 17,2% odpowiedzi wskazywało na zmiany patologiczne w jamie ustnej ).

Zapytano również młodzież o ich ocenę znaczenia społeczno-zdrowotnego bulimii. Uwzględniając to kryterium 24 % badanych przyznało chorobie 8 punktów, 22% - 10 punktów, 20 % - 7 punktów. Jest jednak charakterystyczne, że 33% respondentów stwierdziło, że „nie jestem w stanie uzasadnić dlaczego tak uważam” jednak pozostałe 67% umiało argumentować ocenę punktową jaką dokonali w odniesieniu do bulimii.

Ocena zjawisk endo i egzogennych w kategoriach zagrożeń zdrowotnych jest wymogiem współczesnej profilaktyki prozdrowotnej. Działania prozdrowotne dążą do eliminacji lub choćby ograniczania tych czynników. Powszechnie podkreśla się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk chorobowych. [13-17] Nic więc dziwnego, że zainteresowania autorów pracy dotyczyły również działań edukacyjnych podejmowanych wśród młodzieży mających na celu zwiększenie wiedzy na temat anoreksji i bulimii.

Dla 36% naszych respondentów pierwszym źródłem informacji o tych chorobach była *szkoła*, dla 35% - *telewizja*, najrzadziej *prasa* ( dla 5%) i *książki* (dla 4%) . W opinii badanych problematyka tych chorób jest poruszana w szkole sposób zróżnicowany, i tak 45,9% odpowiedzi wskazywało na lekcje *biologii*, 27,6% na zajęcia - *wychowanie do życia w rodzinie*, 21% uznało, że szczególnie dużo informacji o anoreksji i bulimii dały im *lekcje wychowawcze*, 2,2% za najbardziej informacyjną w

zakresie tych chorób uznało *etykę*, a 3,3% żadnemu przedmiotowi nie przypisało roli edukacyjnej w zakresie tematyki anoreksji i bulimii.

Podkreślamy jednocześnie, że tylko 30% spośród ogółu badanych sięgało po dodatkowe źródła, celem poszerzenia swej wiedzy na temat anoreksji i bulimii, natomiast aż 70% nie widziało takiej potrzeby edukacyjnej.

Respondenci z reguły nie widzą u siebie ryzyka rozwoju anoreksji czy bulimii. 55 % badanych uzasadnia to faktem, że „*Nie, ponieważ jestem zadowolony/a ze swojego wyglądu*”.

Bardzo charakterystycznie przedstawia się postawa badanej młodzieży w stosunku chorego na anoreksję lub bulimię. 68 % ankietowanych próbowałoby z tą osobą porozmawiać i zachęcić ją do skorzystania z pomocy lekarza, 29 % osób poinformowałoby o swoich podejrzeniach kogoś starszego, 2 % - rozpowszechniłoby tę informację wśród znajomym, natomiast 1 % respondentów unikałoby takiej osoby.

## WNIOSKI

1. Poziom wiedzy licealistów nie wystarcza do realnej oceny wystąpienia u siebie zaburzeń odżywiania.
2. Część młodzieży ma problemy z rozróżnianiem niektórych faktów dotyczących anoreksji i bulimii.
3. Licealiści czerpią wiedzę na temat anoreksji i bulimii z różnych źródeł w tym głównie ze szkoły.
4. Pomimo, że uczniowie deklarują obecność tematów anoreksji i bulimii na zajęciach lekcyjnych średni poziomu ich wiedzy pozostaje na poziomie podstawowym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Łapińska R, Żebrowska M. ( 1986 ) *Wiek dorastania*. W: Żebrowska M. *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Warszawa; PWN, 1986: 664 – 722.
2. Bilikiewicz A. (red.) *Psychiatria*. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa; PZWL, 2006.
3. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington ; American Psychiatric Press Inc, 2015.
4. Lechicki J. *Problemy uczniów: alkoholizm, nikotynizm, anoreksja i bulimia*. *Mag Pielęg Położ* 2007; 9:23-28.

5. Stawarz B, Sulima M, Lewicka M, Brukwicka I, Wiktor H. *Health and determinants of health - a review of literature*, p.I. *JPHNMR* 2014; (2):4-10.
6. Stawarz B, Sulima M, Lewicka M, Brukwicka I, Wiktor H. *Health and determinants of health - a review of literature*, p. II. *JPHNMR* 2014; (2):11-16.
7. Herbert M. *Rozwój społeczny ucznia. Poznanie potrzeb i problemów dzieci w okresie dorastania* Gdańsk; GWP, 2004.
8. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. *Zachowania zdrowotne młodzieży : uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa; Difin,2011.
9. Cierpiałkowska L. *Psychopatologia*. Warszawa; Scholar, 2009.
10. Bomba J, Józefik B. (red.) *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu?* Kraków; Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2003.
11. Ziółkowska B. *Anoreksja od A-Z*. Warszawa; Scholar, 2005.
12. Józefik B, Wolska M. *Anoreksja i bulimia u młodzieży*. Warszawa; Hachette, 2009.
13. Woźniak M, Brukwicka I, Kopański Z, Kollár R, Kollárová M, Bajger B. *Zdrowie jednostki i zbiorowości*. *JCHC* 2015;4:1-3.
14. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Warszawa; Wydawnictwo PWN, 2007.
15. Karski JB. *Praktyka i teoria promocji zdrowia- wybrane zagadnienia*. Warszawa; Wydawnictwa fachowe CE-DEWU, 2006.
16. Sęk H. *Zdrowie behawioralne*. W: Strelau J. *Psychologia*. Podręcznik akademicki. *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, 2007: 38-56.
17. Karski J B. *Postępy promocji zdrowia*. Warszawa; Ce-DeW, 2008.