

Maciej Pilecki<sup>1</sup>, Kinga Sałapa<sup>2</sup>, Barbara Józefik<sup>3</sup>, Małgorzata Kozłowska-Jasnos<sup>4</sup>  
KWESTIONARIUSZ KONTEKSTU SOCJO-KULTUROWEGO W ZABURZENIACH  
ODŻYWIANIA AUTORSTWA MACIEJA PILECKIEGO I BARBARY JÓZEFIK –  
PODSUMOWANIE OBECNEGO ETAPU PRAC NAD NARZĘDZIEM  
THE QUESTIONNAIRE ON SOCIOCULTURAL CONTEXT IN EATING DISORDERS  
DEVELOPED BY MACIEJ PILECKI AND BARBARA JÓZEFIK – A SUMMARY OF THE  
CURRENT STAGE OF WORK ON THE RESEARCH INSTRUMENT

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kierownik (p.o.): dr n. med. Maciej Pilecki

<sup>2</sup>Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kierownik: prof. dr hab. Irena Roterman-Konieczna

<sup>3</sup>Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kierownik: dr hab. n. hum. Barbara Józefik, profesor UJ

<sup>4</sup>Prywatny Gabinet Psychologiczny, Westerham, UK

### Streszczenie

**Cel badań.** Stworzenie najbardziej spójnej wersji skal Kwestionariusza kontekstu socjo-kulturowego autorstwa M. Pileckiego i B. Józefik oraz ocena związku, jakie mają one z zaburzonym odżywianiem i zaburzeniami odżywiania.

**Metoda.** W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę czynnikową wybranych itemów narzędzia w materiale uzyskanym od populacji 614 uczennic szkół krakowskich. Następnie w tej samej grupie przeprowadzono analizę związku uzyskanych czynników z wynikami polskiej wersji Kwestionariusza postaw wobec odżywiania (EAT26). W dalszej kolejności przeprowadzono porównanie uzyskanych czynników między 47 nastoletnimi pacjentkami z diagnozą anoreksji restrykcyjnej, 16 z diagnozą anoreksji żarłoczno/przeczyszczającej, 34 z diagnozą bulimii, 19 z diagnozą zaburzeń odżywiania nie określonych w inny sposób a grupą kontrolną 76 uczennic o niskim ryzyku występowania zaburzeń odżywiania ( $EAT26 \leq 19$  punktów).

**Wyniki.** Uzyskano spójną 7-skalową strukturę czynnikową narzędzia, odnoszącą się do takich obszarów jak: znaczenie chudości oraz dotyczącego jej przekazu medialnego, presja na chudość, sukces rodzinny, negatywna ocena kontekstu rodzinnego, znaczenie kontroli, kulturowe znaczenie problemu, mikropresja grupy rówieśniczej. W skład skal weszło 32 z 62 itemów kwestionariusza. Utworzone skale zachowują 50,4% zmienności wspólnej, a otrzymane współczynniki alfa Cronbacha dla kolejnych skal wynoszą odpowiednio: 0,747; 0,850; 0,737; 0,617; 0,593; 0,668; 0,544. Uzyskane skale w istotny sposób różnicowały dziewczęta w kontekście występowania zaburzonego odżywiania oraz zaburzeń odżywiania, w tym zwłaszcza z objawami bulimicznymi.

**Wnioski.** Wyniki obecnego etapu prac nad narzędziem należy uznać za obiecujące. Kwestionariusz wymaga jednak dalszych przekształceń.

### **Summary**

**Aim.** To create the most coherent version of the scales of The Questionnaire on Sociocultural Context developed by Maciej Pilecki and Barbara Józefik and to assess the relationship that they have with disordered eating and eating disorders.

**Method.** Firstly, a factor analysis on selected items of the research instrument based on a population of 614 girls attending Krakow schools was conducted. Then, in the same group, an analysis of the relationship between the obtained factors and the results of the Polish version of the The Eating Attitude Test (EAT26) was performed. Subsequently, a comparison of the obtained factors was conducted between 47 teenage female patients diagnosed with restrictive anorexia nervosa, 16 diagnosed with binge/purge anorexia, 34 with a diagnosis of bulimia and 76 schoolgirls with a low risk of presenting eating disorders ( $EAT26 \leq 19$  points).

**Results.** Coherent 7-scaled factorial structure of the tool including 32 out of 62 of the items of the questionnaire was obtained, relating to areas such as: the importance of thinness and media pressure on it, pressure for thinness, family success, a negative assessment of family context, the importance of control, the cultural importance of the problem, peer group pressure. The created scales retain 50.4% common factor variance and the achieved Cronbach's alpha coefficients for the scales were as follows respectively: 0.747; 0.850; 0.737; 0.617; 0.593; 0.668; 0.544. Obtained scales significantly differentiated the girls in the context of the prevalence of disturbed eating and eating disorders, particularly the girls with bulimic symptoms.

**Conclusions.** The results of the current stage of work on the instrument are promising. However, the questionnaire does require further transformations.

**Słowa kluczowe:** kultura, jadłowstręt, bulimia, westernizacja

**Key words:** culture, anorexia, bulimia, Westernization

### **Wstęp**

Kontekst socjo-kulturowy uznawany jest za istotny czynnik ryzyka oraz podtrzymujący w zaburzeniach odżywiania. Jako istotne dowody jego znaczenia wymieniane są:

- narastanie zjawiska zaburzeń odżywiania wśród młodych dziewcząt w krajach kultury zachodniej w drugiej połowie XX wieku,
- mniejsze rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w krajach o innym kontekście kulturowym,
- większe ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania w populacji imigrantów z innych kultur do krajów zachodnich,
- dane wskazujące na powiązanie w obrębie kultury zachodniej ryzyka rozwoju lub niekorzystnego przebiegu zaburzeń odżywiania z klasą społeczną lub przynależnością rasową,
- częstsze występowanie zaburzeń odżywiania wśród kobiet [1–15].

Zmienne socjo-kulturowe stanowią istotną składową modeli ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania, w których – na drodze złożonych interakcji z innymi zmiennymi – to one właśnie mają być odpowiedzialne za rozwój, nasilenie i utrzymywanie zaburzeń odżywiania. Znaczenie kontekstu

socjo-kulturowego w zaburzeniach odżywiania, oraz obserwacje, będące źródłem tego przekonania, bywają kwestionowane. Znaczenie wspomnianego kontekstu podkreślane jest współcześnie przede wszystkim w zaburzonemu odżywianiu czy zaburzeniach klinicznych z objawami bulimicznymi. Jego udział w anoreksji psychicznej jest mniej jednoznaczny [16, 17]. Brak empirycznych dowodów koncepcji klinicznych jest jednak w wypadku anoreksji psychicznej wiązany również z trudnościami metodologicznymi w badaniach tego zaburzenia, związanymi ze znaczącym w tej populacji zjawiskiem zaprzeczania objawom, różnym aspektem siebie i swojego przeżywania choroby [18, 19].

Jako najlepiej empirycznie udokumentowane wymieniane są w tym kontekście: presja chudości i powiązana z nią internalizacja chudości jako wzorca kulturowego. Mają one wpływać na nadmierną koncentrację na ciele czy brak satysfakcji z ciała. Ten ostatni czynnik jest najsilniej udokumentowanym czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania. Jednak występują one również u osób nie prezentujących tych zachowań [16, 17]. Jako istotne wymieniane są również kulturowe oczekiwania wobec kobiet, wzory męskości i kobiecości, pożądane kulturowo cechy osobowości [20–22]. Wpływ kontekstu socjo-kulturowego odbywać się ma poprzez trzy nakładające się na siebie kanały wpływu: media [23–25], przekaz rodzinny [26–30] oraz grupę rówieśniczą [29–31]. Nie bez znaczenia, choć rzadko badany, może być też czynnik ryzyka pod postacią poglądów i znaczeń nadawanych samym zaburzeniom odżywiania. Może on być istotny przede wszystkim w podtrzymywaniu objawów [32, 33]. W literaturze przedmiotu pojawia się szereg meta-koncepcji usiłujących wytłumaczyć powody, dla których kobieca chudość stanowi tak istotny składnik kultury zachodniej. Teorie w tym względzie odnoszą się do zjawisk ekonomicznych, politycznych, feministycznych, psycho-ewolucyjnych oraz filozoficznych i religijnych korzeni świata zachodniego [34, 35].

Zaburzenia odżywiania w różnych kulturach mogą mieć inne czynniki ryzyka czy uwarunkowania. Pojawia się pytanie o polską specyfikę kontekstu socjokulturowego w zaburzeniach odżywiania. Można przypuszczać, że pewnym ogólnym trendom towarzyszyć może polska wyjątkowość omawianych zagadnień. Jako istotne zmienne mogą być tu wymienione: niskie rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania we wcześniejszych generacjach, rasowa jednolitość polskiej populacji, znaczenie Kościoła katolickiego, dynamiczne i przebiegające w krótkim okresie czasu zmiany polskiego społeczeństwa i polskiej kultury po 1989 roku [34–39].

Osobnym zagadnieniem jest związek czynników socjokulturowych z zaburzonemu odżywianiem definiowanym jako występowanie problemów ze stosunkiem do odżywiania, nie wyczerpujących jednak kategorii diagnostycznych zaburzeń odżywiania. Brak jest w tym względzie przekonujących danych co do jednoznacznego związku zaburzonego odżywiania z ryzykiem rozwoju anoreksji i bulimii psychicznej [26].

Celem badania było stworzenie przez M. Pileckiego i B. Józefik skal Kwestionariusza kontekstu socjo-kulturowego (KKSK), ocena jego parametrów psychometrycznych oraz przydatności w badaniach nad zaburzonym odżywianiem oraz zaburzeniami odżywiania.

### **Materiał i metoda**

W analizach zastosowano III wersję Kwestionariusza Kulturowego (tab. 1), odnoszącą się do zagadnień istotnych w powstawaniu i przebiegu zaburzeń odżywiania, a które związane są z szeroko rozumianą kulturą. Pierwsza wersja kwestionariusza powstała w 1996 roku i składała się z listy 88 ułożonych w losowej kolejności twierdzeń dotyczących bezpośrednio osoby wypełniającej lub jej poglądów i przekonań. Poszczególne itemy pierwotnej wersji odnosiły się do 6 obszarów, uznawanych za istotne w kulturowym rozumieniu źródeł zaburzeń odżywiania, takich jak:

- kulturowe znaczenie chudości,
- podatność na bodźce kulturowe,
- wzorce męskości i kobiecości,
- rywalizacja i kontrola,
- symboliczny charakter zaburzeń odżywiania,
- kulturowe normy kontroli popędowości.

Dla potrzeb ewentualnych badań trans-kulturowych narzędzie uzupełnione zostało o pytania, mające w swym założeniu badać przynależne do naszej kultury przesady, dotyczące norm i kanonów kulturowych związanych z męskością/kobiecością. Zarówno pytania, jak i likertowska skala odpowiedzi sformułowana została w taki sam sposób, jak w kwestionariuszu obrazu siebie D. Offera [40]. W obliczeniach zastosowano następujące kodowanie odpowiedzi: A = 6, B = 5, C = 4, D = 3, E = 2, F = 1.

Analizy przeprowadzone z użyciem pierwotnej wersji oraz analizy literatury przedmiotu doprowadziły do dwukrotnej modyfikacji narzędzia. Etapy pracy nad kwestionariuszem dokumentują kolejne opracowania i publikacje [37, 41–44].

**Tabela 1. Kwestionariusz kontekstu socjo-kulturowego – wersja III**

**Kwestionariusz kulturowy<sup>1</sup>**

Przeczytaj uważnie każde z następujących stwierdzeń. Następnie na karcie odpowiedzi zakresł kwadrat przy tej literze, która wskazuje, jak trafnie stwierdzenie to opisuje Ciebie lub jak bardzo się z nim zgadzasz. Prosimy, odpowiedz na wszystkie zawarte w arkuszu stwierdzenia.

Litery odpowiadają kategoriom:

A. Bardzo dobrze mnie określa, B. Dobrze mnie określa, C. Dostyc dobrze mnie określa,  
D. Nie całkiem się do mnie odnosi, E. Właściwie nie odnosi się do mnie,  
F. Zupełnie się do mnie nie odnosi

1. Człowiek powinien kontrolować swoje różne słabości.
2. Członkom mojej rodziny zależy, by być „na czasie”.
3. Znam wiele osób, które mają problemy z jedzeniem.
4. Seks jest zdecydowanie przyjemniejszym przeżyciem dla mężczyzn niż dla kobiet.
5. Zasady panujące w mojej rodzinie mogłyby stanowić wzór dla innych.
6. W moim środowisku wygląd decyduje o sukcesie towarzyskim.
7. Anoreksja i bulimia psychiczna stanowią ważny problem w dzisiejszych czasach.
8. Obecnie moda wyznacza reguły postępowania w wielu dziedzinach.
9. Zdarza mi się toczyć wewnętrzne walki z sobą.
10. Kobiety w mojej rodzinie nie mają zbyt łatwego życia.
11. Żyjemy w czasach, w których ludzie kierują się bardziej własnym interesem niż np. lojalnością czy przyjaźnią.
12. Gdy widzę jakąś chudą modelkę, czuję się gruba i nieatrakcyjna.
13. Zgrabna sylwetka może czasem pomóc w życiu bardziej niż wysoka inteligencja.
14. Jeśli ktoś nie potrafi kontrolować tego, ile i co je, to niczego nie potrafi kontrolować.
15. Wszystko ostatnio tak szybko się zmienia, że trudno za tym nadążyć.
16. Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być chudsza.
17. Moja matka ma cięższe życie od mojego ojca.
18. Zazdroścę modelkom szczupłego wyglądu.
19. Chłopcy mogą być w większym stopniu sobą niż dziewczęta.
20. Mój ojciec dba o swoją sylwetkę.
21. Często atrakcyjny wygląd można osiągnąć tylko poprzez ciężką pracę nad swoim ciałem.
22. Czasami w swoich decyzjach kieruje się reklamami.
23. W życiu powinno się dążyć do doskonałości.
24. Anoreksja i bulimia to problem mojego pokolenia.
25. Mój ojciec przywiązuje dużą wagę do swojego wyglądu zewnętrznego.
26. W dzisiejszych czasach w relacjach z chłopakami trudno być sobą.
27. Jestem osobą religijną.

<sup>1</sup> Z uwagi na chęć zachowania spójności kolejnych edycji narzędzia zdecydowano by w wersji dla ankietowanych używana była pierwotna nazwa kwestionariusza.

28. Czasem nie wiem, co wypada, a co nie w relacjach z innymi.
29. Staram się jeść „zdrową żywność”.
30. Moim największym pragnieniem jest osiąść umiejętność kontrolowania swojego życia.
31. Moja matka dba o swoją sylwetkę.
32. Uważam, że mojej rodzinie powodzi się materialnie lepiej niż innym rodzinom.
33. Obecnie modne rzeczy szyte są tak, że mieszczą się w nich tylko chude dziewczyny.
34. Ludzie poświęcający się dla innych to głupcy.
35. Gdybym zmieniła swoją wagę w dół lub w górę o kilka kilogramów, to moje koleżanki zaraz by to zauważyły.
36. Kobieta powinna dążyć do tego, by mieć taki zawód, który czyni ją niezależną.
37. Czasem ulegam pokusom mojego ciała.
38. W moim środowisku o sukcesie towarzyskim decyduje koleżeństwo.
39. To, co w mojej rodzinie uznawane jest za smaczne jedzenie, jest moim zdaniem bardzo niezdrowe.
40. Uważam, że przestrzeganie postów z przyczyn religijnych ma głęboki sens.
41. Prawdziwa doskonałość to umiejętność pełnej kontroli wszystkich swoich uczuć.
42. Gdy słyszę o osobach, które mają problemy z jedzeniem, takie jak anoreksja czy bulimia psychiczna, to doskonale je rozumiem.
43. Religia ma w życiu mojej rodziny duże znaczenie.
44. W świecie filmu i mody są takie osoby, do których chciałabym się upodobnić.
45. Czasami wydaje mi się, że pomiędzy sposobem myślenia moich rodziców a moich dziadków istnieje przepaść.
46. Zdarza mi się w swoich decyzjach kierować upodobaniami znanych modelek czy aktorek.
47. Intuicja kieruje nami lepiej niż logika i planowanie.
48. Dostosowywanie się do dzisiejszych czasów sprawia członkom mojej rodziny duży wysiłek.
49. Zdrowa rywalizacja może być przyjemna.
50. Zdarza się, że inni zazdroszczą mi dobrych ocen.
51. Znam co najmniej kilka osób, które się odchudzają.
52. Wiara nie ma dla mnie wielkiego znaczenia.
53. Opinia innych jest bardzo ważna dla członków mojej rodziny.
54. W polskich rodzinach synom jest łatwiej niż córkom.
55. Czuję, że moje koleżanki zwracają uwagę na to, ile i co jem.
56. Gdybym nie odniosła sukcesu życiowego, moi rodzice byłiby zawiedzeni.
57. Moja matka przywiązuje dużą wagę do swojego wyglądu zewnętrznego.
58. Reklamom dotyczącym jedzenia najtrudniej się oprzeć.
59. Tego, jak żyć, bardziej uczę się od mojego ojca niż od matki.
60. Będziemy ukarani za nasze grzechy.
61. Moja rodzina należy do „klasy średniej”.
62. Jeśli ciąża miała by spowodować, że moje ciało byłoby mniej atrakcyjne, to zastanawiałabym się nad tym, czy w ogóle mieć dzieci.

Analizy prowadzone były w dwóch kolejnych etapach.

W pierwszym etapie (E1) KKSJK wypełniło 663 uczennice krakowskich szkół w wieku od 15 do 19 lat (średnia: 16,83 lat; SD: 1,04 lat), z czego we właściwej analizie wyników badań uwzględniono odpowiedzi 614 badanych (92,6%). Część ankiet odrzucono ze względu na niepełne dane.

W drugim etapie (E2) analizy prowadzono na populacji klinicznej 116 pacjentek w wieku od 13 do 19 lat (tab. 2) z diagnozą jednego z zaburzeń odżywiania wg DSM-IV [45] (47 pacjentek z diagnozą anoreksji restrykcyjnej – ANR, 16 z diagnozą anoreksji żarłoczno/przecyzyszczającej – ANBP, 34 z diagnozą bulimii – BUL oraz 19 z diagnozą subkliniczną zawartą w kategorii zaburzeń odżywiania nie określonych w inny sposób – (EDNOS). Grupę odniesienia stanowiły w tej analizie 76 uczennice szkół krakowskich o niskim ryzyku wystąpienia zaburzeń odżywiania (EAT26  $\leq$  19 punktów – NOR).

**Tabela 2. E2: wiek badanych dziewcząt w grupach**

NOR	ANR	ANBP	BUL	EDNOS	p
17.0 $\pm$ 1.59	16.3 $\pm$ 1.58	16.75 $\pm$ 1.29	17.53 $\pm$ .96	17.13 $\pm$ 1.41	<b>0.015</b>
17 (16–18)	16 (15–18)	17 (15.25–18)	17.5 (17–18)	18 (16–18)	
13–19	13–19	15–18	15–20	15–19	

Wyodrębnienie czynników w E1 oparte zostało o metodę analizy czynnikowej. Wykorzystano metodę głównych składowych. Autorzy założyli, że powstałe skale będą względem siebie ortogonalne, stąd wykorzystanie w analizach rotacji Varimax. Do wyodrębnienia czynników zastosowano kryterium Kaisera. W analizie uwzględniono jedynie te czynniki, których wartości własne były większe niż 1. W kolejnych kilku analizach usunięto te itemy, które okazały się nie mieć żadnego związku z badanymi zagadnieniami, miały niski ładunek czynnikowy, podobny związek z kilkoma czynnikami lub brak jednoznacznego w interpretacji związku merytorycznego z innymi itemami czynnika. W analizie nie uwzględniono pytań dotyczących religijności, z uwagi na to, że nie wykazano ich istotnego związku z zaburzeniami odżywiania [37]. Rzetelność utworzonych czynników oceniano na podstawie współczynników alfa Cronbacha.

Następnie, nadal w grupie E1, przeprowadzono analizę związku uzyskanych czynników z wynikami polskiej wersji Kwestionariusza postaw wobec odżywiania (EAT26) (tab. 3). W badaniu użyto punktowych wyników kwestionariusza, jak również dokonano ich kategoryzacji na dwie grupy, wykorzystując punkt odcięcia na poziomie 19 punktów.

W pierwszym przypadku badanie związku przeprowadzone zostało w oparciu o współczynnik korelacji Spearmana, ze względu na brak zgodności rozkładu cechy EAT26 z rozkładem normalnym. W drugim wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji, test Welcha (post-hoc: test Tukeya) lub test Kruskala–Wallisa (post-hoc: poprawka Bonferroniego) w zależności od spełnienia lub nie poszczególnych założeń. Zgodność rozkładów badanych cech z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro–Wilka, a jednorodność wariancji testem Levene’a.

**Tabela 3. Własności psychometryczne testu postaw wobec odżywiania (EAT26)**

Nazwa polska	Kwestionariusz postaw wobec odżywiania
Nazwa oryginalna	The Eating Attitude Test
Skrót	EAT26
Autorzy	D. Garner i P. Garfinkel [46]
Autorzy polskiej wersji	K. Włodarczyk-Bisaga [47, 48].
Skale	Nie używane w tym badaniu
Wynik maksymalny	78
Przedziały	Niskie ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania: wynik $\leq 19$ punktów (pEAT26 = 0) Wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania: wynik $> 19$ punktów (pEAT26 = 1)
Własności psychometryczne	Alfa Cronbacha dla EAT26 = 0,84 Alfa Chronbacha dla skal pomiędzy 0,65—0,82. Przy przyjętym punkcie odcięcia: czułość = 100%, swoistość = 53,6% prawdopodobieństwo rozpoznania choroby = 18,6%.
Wyższy wynik oznacza	nasilenie problemów z odżywianiem

W dalszej kolejności, utworzone czynniki zastosowano do drugiej badanej grupy (E2) i przeprowadzono porównania uzyskanych wyników w oparciu o test U Manna–Whitneya, z uwagi na brak zbieżności niektórych cech z rozkładem normalnym.

Wyniki uznawano za statystycznie istotne, gdy  $p < 0,05$ . Analizy przeprowadzono przy użyciu IBM SPSS Statistics v22 (IBM, New York, USA).

## Wyniki

Tabela 4 przedstawia wartości Alfa Cronbacha, obliczone w E1 dla powstałych czynników wraz z wyszczególnieniem itemów wchodzących w skład danego czynnika oraz ładunkami czynnikowymi. Utworzone czynniki przenoszą 50,4% wariancji wspólnej.



**Tabela 4. E1: czynniki wraz z itemami, ładunkami czynnikowymi oraz współczynnikami alfa Cronbacha**

Czynnik	Alfa Cronbacha	Nr	Itemy	Ładunek czynnikowy
1	0,747	6	W moim środowisku wygląd decyduje o sukcesie towarzyskim.	0,600
		8	Obecnie moda wyznacza reguły postępowania w wielu dziedzinach.	0,433
		13	Zgrabna sylwetka może czasem pomóc w życiu bardziej niż wysoka inteligencja.	0,501
		22	Czasami w swoich decyzjach kieruje się reklamami.	0,693
		44	W świecie filmu i mody są takie osoby, do których chciałabym się upodobić.	0,604
		46	Zdarza mi się w swoich decyzjach kierować upodobaniami znanych modelek czy aktorek.	0,669
		58	Reklamom dotyczącym jedzenia najtrudniej się oprzeć.	0,456
2	0,850	12	Gdy widzę jakąś chudą modelkę czuję się gruba i nieatrakcyjna.	0,869
		16	Aby być bardziej atrakcyjną, powinnam być chudsza.	0,852
		18	Zazdrozczę modelkom szczupłego wyglądu.	0,885
		21	Często atrakcyjny wygląd można osiągnąć tylko poprzez ciężką pracę nad swoim ciałem.	0,458
3	0,737	2	Członkom mojej rodziny zależy by być „na czasie”.	0,359
		20	Mój ojciec dba o swoją sylwetkę.	0,685
		25	Mój ojciec przywiązuje dużą wagę do swojego wyglądu zewnętrznego.	0,718
		31	Moja matka dba o swoją sylwetkę.	0,694
		32	Uważam, że mojej rodzinie powodzi się materialnie lepiej niż innym rodzinom.	0,514
		57	Moja matka przywiązuje dużą wagę do swojego wyglądu zewnętrznego.	0,722
4	0,617	5	Zasady panujące w mojej rodzinie mogłyby stanowić wzór dla innych.	0,553
		10	Kobiety w mojej rodzinie nie mają zbyt łatwego życia.	0,670
		17	Moja matka ma cięższe życie od mojego ojca.	0,639
		53	Opinia innych jest bardzo ważna dla członków mojej rodziny.	0,421
		54	W polskich rodzinach synom jest łatwiej niż córkom.	0,556
		56	Gdybym nie odniosła sukcesu życiowego, moi rodzice byłiby zawiedzeni.	0,455
5	0,593	1	Człowiek powinien kontrolować swoje różne słabości.	0,542
		23	W życiu powinno się dążyć do doskonałości.	0,597
		30	Moim największym pragnieniem jest osiągnąć umiejętność kontrolowania swojego życia.	0,635
		36	Kobieta powinna dążyć do tego by mieć taki zawód, który czyni ją niezależną.	0,350
		41	Prawdziwa doskonałość to umiejętność pełnej kontroli wszystkich swoich uczuć.	0,626
6	0,668	7	Anoreksja i bulimia psychiczna stanowią ważny problem w dzisiejszych czasach.	0,769
		24	Anoreksja i bulimia to problem mojego pokolenia.	0,757
7	0,544	3	Znam wiele osób, które mają problemy z jedzeniem.	0,716
		51	Znam co najmniej kilka osób, które się odchudzają.	0,657

Średni wynik EAT26 w grupie 614 dziewcząt wyniósł  $10,1 \pm 9,8$  ( $Me(Q_1-Q_3)$ : 7 (3–13; min-max: 0–58). 85% badanych stanowiły dziewczęta z niskim ryzykiem zaburzeń odżywiania ( $EAT26 \leq 19$ ); pozostałe 15% — z wysokim ryzykiem występowania tych zaburzeń ( $EAT26 > 19$ ).

Następnie w badanej grupie przeprowadzono analizę korelacji otrzymanych czynników z punktowymi wynikami testu EAT26 (tab. 5), jak również wynikami EAT26 po kategoryzacji (pEAT26) (tab. 6). Wykazano występowanie statystycznie istotnej, dodatniej korelacji między czynnikami a wynikami EAT26. Szczególnie wysokie współczynniki korelacji uzyskano dla pierwszych dwóch czynników. Osoby z wysokim ryzykiem wystąpienia zaburzeń odżywiania ( $EAT26 > 19$ ) osiągają wyższe wyniki dla wszystkich utworzonych czynników.

**Tabela 5. E1: Korelacje czynników KSK z EAT26**

czynnik	R	p
1	0,377	< 0,001
2	0,598	< 0,001
3	0,142	< 0,001
4	0,167	< 0,001
5	0,284	< 0,001
6	0,116	0,004
7	0,217	< 0,001

**Tabela 6. E1: Porównanie wyników czynników KSK w EAT26**

czynnik	EAT26 $\leq$ 19	EAT26 $>$ 19	p
1	21,88 $\pm$ 6,30 22 (17–26) 8–39	26,88 $\pm$ 7,10 27 (22–31) 10–42	< 0,001
2	13,22 $\pm$ 5,50 13 (9–18) 4–24	20,88 $\pm$ 3,99 23 (19–24) 4–24	< 0,001
3	18,72 $\pm$ 5,63 19 (15–23) 6–33	20,96 $\pm$ 6,17 21 (17–24) 8–35	0,002
4	18,86 $\pm$ 5,32 19 (15–23) 6–33	30,67 $\pm$ 6,45 21,5 (16–25,25) 8–35	0,015
5	21,30 $\pm$ 4,16 21 (19–24) 8–30	23,98 $\pm$ 3,90 24 (21–27) 10–30	< 0,001
6	8,69 $\pm$ 2,77 9 (7–11) 2–12	9,43 $\pm$ 2,61 10 (8–11,5) 2–12	0,011
7	7,50 $\pm$ 2,41 8 (6–9) 2–12	8,65 $\pm$ 2,62 9 (7–11) 2–12	< 0,001

Dane zostały przedstawione jako średnia  $\pm$  odchylenie standardowe, mediana (kwartył dolny i górny), a także wartości minimalne i maksymalne.

Następnie utworzone czynniki zastosowano do analiz (E2) populacji klinicznej 116 pacjentek z zaburzeniami odżywiania oraz 76 uczennic szkół krakowskich o niskim ryzyku wystąpienia tych

zaburzeń (EAT26 $\leq$ 19). Dla poszczególnych grup obliczono współczynniki alfa Cronbacha (tab. 7) oraz sprawdzono, czy utworzone czynniki istotnie różnicują badane grupy.

**Tabela 7. E2: współczynniki alfa Cronbacha KKS**

czynnik	NOR	ANR	ANBP	BUL	EDNOS
1	0,625	0,619	0,656	0,796	0,716
2	0,746	0,840	0,791	0,870	0,936
3	0,693	0,744	0,609	0,393	0,576
4	0,730	0,699	0,573	0,266	0,749
5	0,593	0,606	0,542	0,593	0,687
6	0,772	0,482	0,853	0,521	0,457
7	0,240	0,614	0,831	0,256	0,467

Wykazano występowanie statystycznie istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami (tab. 8) w przeciętnych wynikach wszystkich utworzonych czynników. W większości przypadków istotne różnice występowały między grupą kontrolną NOR a grupą dziewcząt z bulimią BUL. We wszystkich analizach — z wyjątkiem czynnika 3 — w grupach klinicznych zaobserwowano wyższe wyniki niż w grupie kontrolnej. W czynniku 3, w którym średnie wyniki różniły się istotnie między grupą kontrolną a grupą EDNOS, grupa NOR charakteryzowana jest przez wyższy wynik w porównaniu do grupy EDNOS. Na uwagę zasługuje czynnik 2, którego mediany różniły się istotnie między grupą kontrolną a większością grup zaburzeń odżywiania, poza ANR, której mediany różniły się istotnie od median w pozostałych grupach zaburzeń odżywiania.

**Tabela 8. E2: porównanie przeciętnych wyników KKS w grupach**

Czynnik	NOR	ANR	ANBP	BUL	EDNOS	p	post-hoc
1	21,12 $\pm$ 5,41 11–35	22,69 $\pm$ 5,36 11–35	25,93 $\pm$ 5,51 17–33	25,50 $\pm$ 7,21 9–42	24,31 $\pm$ 7,02 14–37	0,003	NOR-ANBP p = 0,040 NOR-BUL p = 0,009
2	13,69 $\pm$ 4,67 14 (10,5–16) 4–24	12,90 $\pm$ 5,11 14 (8,75–17) 4–24	18,53 $\pm$ 4,78 20 (17–22) 7–24	19,29 $\pm$ 5,01 21 (16–23) 4–24	18,36 $\pm$ 6,20 20,5 (14–24) 5–24	<0,001	NOR-BUL p < 0,001 NOR-ANBP p = 0,015 NOR-EDNOS p = 0,031 ANR-ANBP p = 0,006 ANR-BUL p < 0,001 ANR-EDNOS p = 0,013
3	19,38 $\pm$ 4,99 7–32	17,48 $\pm$ 5,83 6–29	16,0 $\pm$ 4,05 11–24	17,52 $\pm$ 4,17 11–27	13,46 $\pm$ 4,03 8–19	0,001	NOR-EDNOS p = 0,001
4	17,07 $\pm$ 5,59 7–30	19,19 $\pm$ 5,48 6–32	20,80 $\pm$ 3,88 14–27	22,60 $\pm$ 4,28 13–30	19,11 $\pm$ 6,11 11–28	0,002	NOR-BUL p = 0,001
5	21,27 $\pm$ 3,87 13–30	22,15 $\pm$ 4,05 15–30	24,13 $\pm$ 3,27 18–30	24,57 $\pm$ 3,51 17–30	23,50 $\pm$ 4,96 16–30	0,001	NOR-BUL p = 0,001
6	8,45 $\pm$ 2,66 9 (6,5–10,5) 2–12	9,91 $\pm$ 2,09 10 (8–12) 5–12	9,80 $\pm$ 2,46 10 (9–11) 2–12	10,58 $\pm$ 1,76 11 (10–12) 6–12	10,29 $\pm$ 1,90 10,5 (8,75–12) 7–12	< 0,001	NOR-ANR p = 0,039 NOR-BUL p = 0,001
7	7,12 $\pm$ 2,12 7 (5–8,5) 2–12	7,53 $\pm$ 2,63 8 (5–10) 2–12	7,79 $\pm$ 2,78 7,5 (5,75–10,25) 2–12	8,96 $\pm$ 2,15 9 (7–10,75) 5–12	7,79 $\pm$ 2,55 7,5 (6,75–9,25) 2–12	0,019	NOR-BUL p = 0,007

Dane zostały przedstawione jako średnia  $\pm$  odchylenie standardowe, wartości minimalne i maksymalne, jeżeli stosowano jednoczynnikową analizę wariancji lub test Welcha. Mediana oraz kwartył dolny i górny zostały dodane, jeżeli stosowany był test Kruskala-Wallis.

## Dyskusja

Celem niniejszego doniesienia jest prezentacja obecnego etapu prac nad Kwestionariuszem kontekstu socjo-kulturowego, który w zamierzeniu autorów ma znaleźć zastosowanie w badaniach zaburzonego odżywiania oraz zaburzeń odżywiania. Niniejsza analiza oparta została na III wersji Kwestionariusza. Analizom confirmacyjnym poddana została 7 czynnikowa wersja narzędzia uwzględniająca 32 itemy (z 62). W wyniku przeprowadzonych analiz można przyjąć następujące nazwy skal utworzonych na podstawie czynników (tab. 9).

**Tabela 9. Nazwy skal KKSK**

Czynnik	Nazwa
1	Znaczenie chudości
2	Presja na bycie chudym
3	Znaczenie sukcesu rodzinnego
4	Negatywna ocena kontekstu rodzinnego
5	Znaczenie kontroli
6	Ważność problemów z odżywianiem
7	Mikropresja grupy rówieśniczej

Zarówno w pierwszej analizie (E1), jak i w drugiej (E2) uzyskano zadawalające współczynniki alfa Cronbacha, świadczące o spójności poszczególnych skal. Ostatnia ze skal może budzić pewne kontrowersje ze względu na niski współczynnik alfa Cronbacha w grupie 76 dziewcząt z niskim ryzykiem zaburzeń odżywiania oraz w grupie dziewcząt z bulimią. Pomimo wysokiej spójności wewnętrznej dwóch ostatnich skal 2-itemowych, opierając się na wartościach ładunków czynnikowych i wskaźniku alfa Cronbacha, w kolejnych analizach warto rozważyć ich połączenie i sprawdzenie, jak wpłynie ono na wartości psychometryczne kwestionariusza. W przypadku skal 2, 3 i 5, pomimo występowania itemów o niższym ładunku czynnikowym, skale te pozostają dość spójne, o czym świadczą wysokie współczynniki alfa Cronbacha.

Na uwagę zasługuje stosunkowo niska wariancja wspólna (50,4%) wskazująca na to, iż wiele aspektów, które mogą być w badanym obszarze istotne, nie zostało w narzędziu uwzględnionych. Warto też dodać, iż część z zakładanych jako istotne itemów, okazała się nie konstruować spójnych czynników. Otrzymane skale wymagają dalszych badań, np. w oparciu o confirmacyjną analizę czynnikową.

W analizie E1 Wszystkie otrzymane skale okazały się powiązane z wynikami EAT26 traktowanymi zarówno jako zmienna ciągła, jak i skategoryzowana. Jak zakładano, większemu nasileniu problemów z jedzeniem, towarzyszyło większe nasilenie problemów opisywanych przez skale KKSK. Należy tu jednak zaznaczyć, że otrzymane współczynniki korelacji nie są zbyt wysokie

(wyjątek stanowi współczynnik dla skali 2), co przemawia za słabym powiązaniem liniowym między wynikami poszczególnych skal kwestionariusza a wynikami EAT26.

W analizie grupy klinicznej 116 pacjentek z rozpoznaniem któregoś z zaburzeń odżywiania oraz grupy kontrolnej 76 dziewcząt z niskim ryzykiem wystąpienia zaburzeń odżywiania wykazano występowanie statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami dotyczącymi przeciętnych wyników wszystkich utworzonych skal. W szczególności istotne różnice występowały między grupą kontrolną a grupą dziewcząt z bulimią. W grupach klinicznych obserwowano wyższe wyniki niż w grupie kontrolnej. Wyjątek stanowiła skala 3, której średnie wyniki różniły się istotnie między grupą kontrolną a grupą EDNOS. W skali tej pacjentki z grupy EDNOS zgłaszały mniejszą troskę rodziców o swój wygląd niż w wypadku grupy dziewcząt zdrowych. Obiektywizm tej obserwacji wymaga jednak dalszych badań. Może on oznaczać zarówno większą krytyczność dziewcząt z tej grupy w stosunku do rodziców, jak i być przejawem rzeczywistego braku troski rodziców o swój wygląd. Grupa EDNOS jest jednak w znaczący sposób niejednorodna, co utrudnia wnioskowanie.

Kwestionariusz kontekstu socjo-kulturowego jest zadowalającym pod względem psychometrycznym i merytorycznym narzędziem do badania zagadnień związanych z zaburzonym odżywianiem, zwłaszcza w podziale na grupy o niskim i wysokim nasileniu problemów żywieniowych. Jego zastosowanie w populacji klinicznej natrafia na istotne ograniczenia. W tym kontekście na uwagę zasługuje skala 2, której mediany różniły się istotnie między grupą ANR a medianami w pozostałych grupach zaburzeń odżywiania. Wyniki te mogą być związane z silnym gratyfikującym działaniem objawów klinicznych u pacjentek z anoreksją restrykcyjną.

Zaprzeczanie objawom stanowi też istotny aspekt chorowania młodych dziewcząt z zaburzeniami odżywiania, dotyczyć ono może nie tylko samego stanu somatycznego, ale też innych istotnych aspektów siebie i stosunku do świata. Pojawia się pytanie o wiarygodność jakichkolwiek testów samooceny w zaburzeniach odżywiania, w tym zwłaszcza u dziewcząt z anoreksją restrykcyjną [18, 19]. Można postawić kolejną hipotezę wskazującą na większe znaczenie opisywanych przez kwestionariusz wymiarów w bulimii niż w anoreksji. Wynik ten, bez względu na jego rozumienie, wskazuje na pułapkę interpretacyjną, do jakiej wieść może prowadzenie podobnych badań w grupie z nasilonymi objawami klinicznymi, w tym również bez uwzględniania typów zaburzeń.

Bardziej jednoznaczne określenie znaczenia badanych skal wymagałaby badań zaprojektowanych tak, aby można było stwierdzić, czy pojawienie się zaburzeń odżywiania powiązane było z wcześniejszym pojawianiem się badanych zmiennych u osób bez wyjściowo występującej patologii związanej ze stosunkiem do ciała i odżywianiem się. Być może istotne u tych

osób byłyby inne itemy niż te, które okazały się znaczące w badanej grupie klinicznej. Badanie takie pozwoliło by na dalszą weryfikację trafności narzędzia w obszarze kryterialnym.

Narzędzie analizowane było na materiale klinicznym pochodzącym z lat 2002–2004. Można przypuszczać, iż obecne zależności w grupie pacjentów z zaburzeniami odżywiania mogą być inne, z uwagi na nadal zachodzące w polskim społeczeństwie procesy transformacyjne.

## **Wnioski**

Obecny etap prac nad Kwestionariuszem postaw socjo-kulturowych uznać należy za jedynie w części zadawalający. Otrzymane wyniki są jednak na tyle obiecujące, a problem ważny, by narzędzie poddawać dalszym analizom i modyfikacjom.

---

Autorzy Kwestionariusza kontekstu socjo-kulturowego wyrażają zgodę na jego nieograniczone używanie, modyfikowanie, wykorzystywanie do konstruowania innych skal lub narzędzi z zastrzeżeniem podania źródła cytowania.

## **Piśmiennictwo**

1. Prince R. The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag. *Soc. Sci. Med.* 1985; 21: 197–203.
2. Swartz L. Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Soc. Sci. Med.* 1985; 20: 725–730.
3. Dolan B. Cross cultural aspects of anorexia and bulimia: a review. *Int. J. Eat. Disord.* 1991; 10: 67–68.
4. Bemporad JR. Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theor. Med. Bioeth.* 1997; 18: 401–420.
5. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am. Psychol.* 2007; 62: 181–198.
6. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol. Bull.* 2003; 129: 747–69.
7. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr. Psychiat. Rep.* 2012; 14: 406–414.
8. Gordon RA. Eating disorders East and West: A culture bound syndrome unbound. W: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA. red. *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Brunner-Routledge; 2001, s. 1–22.
9. Rathner G. Post-communism and the marketing of the thin ideal. W: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA. red. *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Brunner-Routledge; 2001, s. 93–110.
10. DiNicola VF. Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. Part II: Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome. *Transcult. Psychiatry* 1990; 27: 245–286.
11. Bulik CM. Eating disorders in immigrants: Two case reports. *Int. J. Eat. Disord.* 1987; 6: 133–141.
12. Aruguete MS, Nickleberry LD, Yates A. Acculturation, body image and eating attitudes among black and white students. *North Am. J. Psychol.* 2004; 6: 393–404. TUTAJ
13. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbances and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 521–525.
14. Weiss MG. Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1995; 18: 537–553.
15. Szmukler GI, Patton, G: Sociocultural models of eating disorders. W: Szmukler G, Dare C, Treasure J. red. *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. Chichester: Wiley; 1995, s.177–194
16. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology, a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 2002; 128: 825–848.
17. Stice E, Maxfield J, Wells T. Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of „fat talk”. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34: 108–117. DOI: 10.1002/eat.10171
18. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa – a conceptual review: part I. Diagnostic significance and assessment. *Europ. Eat. Disord. Rev.* 2006; 14: 341–351.
19. Konstantakopoulos G, Tchanturia K, Surguladze SA, David AS. Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychol. Med.* 2011; 41: 1951–1961. doi: 10.1017/S0033291710002539
20. Fallon P, Katzman MA, Wooley SC. red. *Feminist perspective on eating disorders*. New York-London: The Guilford Press; 1994.
21. Malson H. *The thin woman. Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London-New York: Routledge; 1998.
22. Orbach S. *Bodies*. New York: Picador; 2009.

23. Tiggemann M, Ruutel E. A cross-cultural comparison of body dissatisfaction in Estonian and Australian young adults and its relationship with media exposure. *J. Cross-Cult. Psychol.* 2001; 32:736–742.
24. Grabe S, Ward L, Hyde J. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol. Bull.* 2008; 134: 460–476.
25. Benowitz-Fredericks CA, Garcia K, Massey M, Vasagar B, Borzekowski DL. Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. *Ped. Clin. North Am.* 2012; 59: 693–704.
26. Rodgers R, Chabrol H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Europ. Eat. Disord. Rev.* 2009; 17: 137–151.
27. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, Strober M, Treasure J, Lilenfeld L, Klump K, Kave WH. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of children with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 31: 290–299.
28. Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, Jantschek G. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Compr. Psychiatry.* 2007; 48: 118–123.
29. Ferguson CJ, Winegard B, Winegard BM. Who is the fairest one of all? How evolution guides peer and media influences on female body dissatisfaction. *Rev. Gen. Psychol.* 2011; 15: 11–28.
30. Linville D, Stice E, Gau J, O’Neil M. Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: a 3-year longitudinal study. *Int. J. Eat. Disord.* 2011; 44: 745–751.
31. Paxton SJ, Schultz HK, Wertheim EH, Muir SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviours, and binge eating in adolescent girls. *J. Abnorm. Psychol.* 1999; 108: 255–266.
32. Fox N, Ward K, O’Rourke A. Pro-anorexia, weight-loss drugs and the internet: an ‘anti-recovery’ explanatory model of anorexia. *Soc. Health Ill.* 2005; 27: 944–971.
33. Lipczynska S: Discovering the cult of Ana and Mia: A review of pro-anorexia websites. *J. Ment. Health* 2007; 16: 545–548.
34. Józefik B. *Kultura, ciało, niejedzenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
35. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się — badania własne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46: 189–200.
36. Pilecki MW, Nowak A, Pilecka-Zdenkowska M. Change in the frequency of consultations concerning eating disorders in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Kraków (Poland) in the years 1988–2004. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2009; 2: 35–40.
37. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K: Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46: 189–200.
38. Józefik B, Pilecki MW, Sałapa K. Disordered eating among mothers of Polish patients with eating disorders. *Med. Sci. Monit.* 2012; 18: 758–764.
39. Pilecki MW, Kowal M, Woronkiewicz A, Kryst Ł, Sobiecki J. The socioeconomic status and family context of eating attitudes and dietary behaviours of children in Polish primary schools. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2014; 1: 5–13.
40. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Dolan S. *The Offer Self-image Questionnaire for Adolescents – a manual*. Fourth Edition. Chicago: Michael Reese Hospital and Medical Center; 1989.
41. Pilecki. M. *Rozpowszechnianie zaburzeń odżywiania się w populacji uczennic klas pierwszych krakowskich szkół ponadpodstawowych*. Niepublikowana praca doktorska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński Collegium Medium; 1999.
42. Kozłowska-Jasnos M. *Istotne czynniki współwystępujące z zaburzeniami w odżywianiu się*. Niepublikowana praca magisterska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 2004.
43. Józefik B, Pilecki M. Indywidualne, rodzinne i kulturowe czynniki ryzyka w zaburzeniach odżywiania. Raport z programu badawczego KBN (Grant number: 6POSE 09021). Kraków; 2004.
44. Kozłowska-Jasnos M, Pilecki M, Józefik B. Socio-cultural factors accompanying disturbed attitudes towards eating. *Bridg. East. West. Psychiatry.* 2006; 1: 23–27.
45. APA.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
46. Garner D, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med.* 1982, 12: 871–878.
47. Włodarczyk-Bisaga K. *Ocena własności psychometrycznych EAT26 dla populacji dziewcząt nastoletnich*. W: Włodarczyk-Bisaga K. *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się*. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Warszawa; 1992.
48. Włodarczyk-Bisaga K, Dolan B. A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychol. Med.* 1996; 26: 1021–1032.

Badania przeprowadzono w oparciu o fundusze KBN (Nr grantu: 6 POSE 09021) oraz fundusze własne UJCM (Grant 501/NKL/269/L). Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (KBET/26/B/2001). Adres do korespondencji: ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków  
tel.: +48124248740, fax: +48124248744, e-mail: maciej.pilecki@uj.edu.pl