

Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych

The incidence of eating disorders among upper secondary school female students

Artur Kotwas¹, Katarzyna Karakiewicz-Krawczyk², Paulina Zabielska¹,
Anna Jurczak², Marta Bażydło³, Beata Karakiewicz¹

¹ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej,
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

² Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego

³ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej,
Zakład Prawa Medycznego

Summary

Aim. The aim of the present study is to evaluate the incidence and prevalence of eating disorders in the population of Polish upper secondary school female students, while considering the type of school and living conditions.

Methods. The investigations of eating disorders were conducted between March and June 2017 and covered female students of the upper secondary schools of Szczecin. Selection for the survey was multistep. 1,750 questionnaires were included in the analysis. The study used a tool for screening for the occurrence of eating disorders – the Eating Attitudes Test (EAT-26).

Results. Lower scores were observed among higher grade students (EAT-26, EAT dieting) as well as those who did not receive pocket money (EAT dieting, EAT bulimia) ($p < 0.05$).

Conclusions. (1) Age has proved to be an important prognostic factor for eating disorders. The risk decreased as the age of the examined girls increased. (2) The risk of eating disorders was almost 21 times higher among first and second grade girls.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, adolescenci, EAT-26

Key words: eating disorders, adolescents, EAT-26

Wprowadzenie

Badania nad rozpowszechnieniem występowania zaburzeń odżywiania nie były często podejmowane w ostatnich latach ani w Polsce, ani za granicą (czy w skali

świata). Trudno również oszacować rozpowszechnienie tych zaburzeń. W statystykach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania są zazwyczaj włączane w zbiorczą kategorię zaburzeń psychicznych [1]. Także Statistical Office of the European Union nie podaje oficjalnych danych na ten temat [2]. Problemy z oszacowaniem skali omawianego zjawiska wynikają z tego, że po pierwsze, zaburzenia te stosunkowo rzadko występują w populacji, a po drugie, pacjenci unikają profesjonalnej opieki, nie uświadamiając sobie choroby [3]. Badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń odżywiania w Stanach Zjednoczonych wskazują, że anoreksja dotyka 0,3% nastolatków (chłopców i dziewcząt), bulimia 1,3% dziewcząt (i 0,5% chłopców), a napadowe zaburzenia odżywiania (BED – *Binge Eating Disorder*) 2,3% dziewcząt (i 0,8% chłopców) [4]. Trudność sprawia oszacowanie nie tylko liczby osób z zaburzeniami odżywiania, ale także liczby nowych zachorowań, czyli zapadalności (brakuje też badań tego typu [3]). Nowe zachorowania na anoreksję w ciągu ostatnich dekad całościowo kształtują się na tym samym poziomie, chociaż wzrost zauważono w populacji kobiet w wieku 15–19 lat [3]. Spadła natomiast liczba nowych zachorowań na bulimię w porównaniu z latami dziewięćdziesiątymi XX wieku [3]. Tymczasem zaburzenia odżywiania wiążą się ze znacznymi stratami. Mają one najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, a w ciągu lat obserwuje się podwyższenie ryzyka zgonów wśród osób cierpiących z ich powodu [3]. Szacuje się, że wskaźnik DALY (*disability adjusted life-years* – lata życia skorygowane niesprawnością) dla zaburzeń odżywiania wynosi na świecie 29,49 na 100 tysięcy osób. Dla Stanów Zjednoczonych wartość ta jest wyższa i wynosi 62,27 na 100 tysięcy osób, a dla Europy Zachodniej – aż 71,26 na 100 tysięcy osób. W Polsce tego rodzaju szacunki są stosunkowo niskie i kształtują się na poziomie 26,33 na 100 tysięcy mieszkańców. Dla porównania w Polsce wskaźnik DALY dla wszystkich zaburzeń psychicznych wynosi 2259,99 na 100 tysięcy mieszkańców [5].

Badania epidemiologiczne nad zaburzeniami odżywiania mogą być niedoceniane ze względu na stosunkową rzadkość występowania tych schorzeń i ich niski udział we wskaźniku DALY. Niemniej wczesne wykrycie zaburzeń odżywiania może uchronić przed rozwojem choroby i zredukować ryzyko jej długotrwałych skutków [6]. Szacuje się, że u 25–33% pacjentów z anoreksją lub bulimią rozwijają się inne choroby przewlekłe [7]. Uzasadnia to konieczność podejmowania badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń odżywiania.

Wystąpienie zaburzeń odżywiania i ich symptomów przypada na środkowy i późny okres dojrzewania [8, 9]. Szacuje się, że 13% dziewcząt przed 20. rokiem życia doświadcza jednego z tych zaburzeń [9]. Z tego powodu badania przesiewowe w ich kierunku powinny być przeprowadzane szczególnie w grupie nastolatków.

Przeprowadzono do tej pory niewiele badań, w których sprawdzano związek między zaburzeniami odżywiania a warunkami funkcjonowania rodziny. Pojedyncze badania na ten temat wskazują, że zaburzenia odżywiania nie są powiązane ze statusem materialnym rodziny [10, 11], ale raczej z wykształceniem jej członków [12]. Nie istnieją natomiast badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń odżywiania w zależności od typu kształcenia (szkoły zawodowe, technika, licea ogólnokształcące). Tymczasem tego typu informacje mogłyby pomóc w identyfikacji grup ryzyka, do których przede

wszystkim powinny być kierowane edukacja zdrowotna i działania prewencyjne. Dlatego też celem pracy była ocena rozpowszechnienia występowania zaburzeń odżywiania w grupie polskich uczennic szkół ponadgimnazjalnych z uwzględnieniem typu szkoły oraz warunków mieszkaniowych.

Material i metody

Badania zaburzeń odżywiania przeprowadzono w okresie od marca do czerwca 2017 roku wśród uczennic szczecińskich szkół ponadgimnazjalnych. Dobór do badania miał charakter wieloetapowy. W pierwszym kroku zastosowano metodę celową. Wystosowano do szkół działających na terenie Gminy Miasta Szczecin zaproszenie do udziału w badaniach. Następnie, po uzyskaniu świadomej i dobrowolnej zgody uczennic, przeprowadzono anonimowe badanie oparte na technice ankietowej. Dobór miał charakter nieprobabilistyczny i był poprzedzony oszacowaniem wielkości grupy reprezentatywnej. Na podstawie danych liczbowych Urzędu Gminy Miasta Szczecin dotyczących liczby uczennic szkół ponadgimnazjalnych ustalono wielkość grupy badanej. Dla populacji 7145 osób, przy frakcji wielkości 0,5, poziomie ufności 95% oraz błędzie maksymalnym 2%, ustalono wielkość grupy badanej na poziomie 1797 dziewcząt. Ostatecznie do analizy statystycznej włączono 1750 (97,4%) poprawnie wypełnionych kwestionariuszy.

Grupa badana

Mediana wieku dziewcząt biorących udział w badaniu wyniosła 17 lat. Najmłodsza uczestniczka badań była w wieku 15 lat, najstarsza zaś – 22 lat. Rozstęp międzykwartyłowy wieku był równy 1 ($Q_1 = 17$; $Q_3 = 18$). W badanej grupie najwięcej dziewcząt (36,63%) uczęszczało do klasy 1 (tab. 1), a najmniej do klasy 4 (5,26%). Czteroletni proces kształcenia dotyczył jedynie szkół technicznych, których uczennice stanowiły 37,37% badanych. Połowa badanych uczęszczała do szkół ogólnokształcących (50,29%). Jeśli chodzi o strukturę zamieszkania, większość dziewcząt pochodziła z miasta, jedynie 21,31% mieszkało na wsi. Ponad połowa z nich określiła swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre (62,63%) i deklarowała otrzymywanie kieszonkowego (67,66%). W wypadku tej ostatniej informacji obserwowano największy odsetek braku danych (4,00%).

Tabela 1. Rozkład częstości analizowanych zmiennych

Zmienne		n	%
Klasa	1	641	36,63%
	2	538	30,74%
	3	457	26,11%
	4	92	5,26%
	brak danych	22	1,26%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rodzaj szkoły	ogólnokształcąca	880	50,29%
	technikum	654	37,37%
	zawodowa	216	12,34%
	brak danych	0	0,00%
Zamieszkanie	miasto	1369	78,23%
	wieś	373	21,31%
	brak danych	8	0,46%
Warunki mieszkaniowe	bardzo dobre	1096	62,63%
	dobre	523	29,89%
	średnie	115	6,57%
	złe	8	0,46%
	brak danych	8	0,46%
Kieszonkowe	otrzymuje	1184	67,66%
	nie otrzymuje	496	28,34%
	brak danych	70	4,00%
Ogółem		1750	100,00%

Metody badawcze

W badaniu wykorzystano narzędzie służące do przesiewowych badań nad wystąpieniem zaburzeń odżywiania – kwestionariusz *Eating Attitudes Test* (EAT-26). EAT-26 jest standaryzowanym testem do wykrywania symptomów zaburzeń łaknienia [13]. Służy do badań skринingowych populacji zagrożonej anoreksją, bulimią i otyłością [14]. Został utworzony przez D. Garnera i P. Garfinkela w 1982 roku jako 26-itemowa wersja skali do badania postaw i zachowań związanych z odżywianiem się, stosowana zarówno w badaniu osób z rozpoznaniem klinicznym, jak i – jako najpopularniejsze narzędzie – w badaniach przesiewowych. Autorem polskiej standaryzacji narzędzia jest K. Włodarczyk-Bisaga [15]. Można w nim uzyskać od 0 do 78 punktów. Osoba, która uzyskała 20 punktów i więcej, jest zagrożona wystąpieniem zaburzenia odżywiania i powinna być zbadana przez profesjonalistę [16, 17]. Poza wynikiem globalnym istnieje także możliwość analizowania trzech domen EAT-26, takich jak: (1) zachowania dietetyczne/dieta (*dieting*), (2) bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem (*bulimia & food preoccupation*), (3) kontrola oralna (*oral control*).

Autorskiej kwalifikacji do grupy ryzyka dokonano w razie zgromadzenia co najmniej 10 punktów w domenie EAT – dieta oraz co najmniej 5 punktów dla domen EAT – bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem (dalej: bulimia) i EAT – kontrola oralna (tab. 4).

W badaniu wykorzystano również kwestionariusz autorski, w którym zadano pytania o charakterystyki socjoekonomiczne (wiek, miejsce zamieszkania, klasę, rodzaj szkoły, otrzymywanie kieszonkowego, warunki mieszkaniowe).

Analiza statystyczna

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu PASW Statistics 18. Użyto elementów statystyki opisowej oraz matematycznej. W celu doboru właściwych metod obliczeniowych sprawdzono rozkład zmiennych ilorazowych (test Shapiro–Wilka). Nie potwierdzono normalności rozkładu ($p < 0,05$), dlatego zastosowano testy nieparametryczne: Manna–Whitneya (Z), Chi kwadrat (χ^2) i Kruskala–Wallisa (H). Test alfa Cronbacha posłużył do sprawdzenia rzetelności analizowanych danych. Dodatkowo wykorzystano wielokrotną regresję logistyczną, aby określić wpływ zmiennych objaśniających na iloraz szans (OR) wyższego ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania (EAT-26) z 95% przedziałem ufności. Poziom istotności ustalono na $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Badanie występowania zaburzeń odżywiania wykazało, że mediana punktów uzyskiwanych w badanej grupie wyniosła 7, co oznacza, że zjawisko to nie dotyczy większości badanych. Podobnie kształtowały się wyniki z zakresu trzech domen zaburzeń odżywiania (tab. 2). Potwierdzono rzetelność wyników uzyskiwanych przez osoby badane w wyniku ogólnym oraz w poszczególnych domenach EAT-26.

Tabela 2. Opis statystyczny współczynników EAT-26

Statystyka	EAT-26	EAT – dieta	EAT – bulimia	EAT – kontrola oralna
Me	7,00	5,00	0,00	1,00
Q_1-Q_3	4,00–11,00	2,00–8,00	0,00–1,00	0,00–2,00
Min-maks.	0–34	0–20	0–10	0–10
Alfa Cronbacha	0,760			

Me – mediana; Q_1-Q_3 – kwartył pierwszy i trzeci, min-maks. – minimalna i maksymalna

Postanowiono sprawdzić (tab. 3), czy liczba punktów odzwierciedlających zaburzenia odżywiania (EAT-26) była istotnie różna przy uwzględnieniu zmiennych niezależnych. Różnice te potwierdzono w wypadku rodzaju szkoły. Osoby uczęszczające do szkoły zawodowej uzyskiwały niższą medianę punktów niż uczennice szkół technicznych oraz ogólnokształcących (Me = 6 vs. Me = 7) ($p < 0,05$). Zależność ta dotyczyła także poszczególnych domen EAT-26 (ryc. 1). Ponadto obserwowano niższą punktację wśród dziewcząt ze starszych klas (EAT-26, EAT – dieta), a także tych, które nie otrzymywały kieszonkowego (EAT – dieta, EAT – bulimia) ($p < 0,05$).

Tabela 3. Występowanie różnic w poziomach zaburzeń odżywiania z uwzględnieniem wybranych zmiennych

Zmienna		EAT-26	EAT – dieta	EAT – bulimia	EAT – kontrola oralna
Rodzaj szkoły	H	11,828	8,265	15,324	2,815
	p	0,003	0,016	0,000	0,245

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Klasa	H	13,248	13,181	3,604	6,159
	p	0,004	0,004	0,308	0,104
Miejsce zamieszkania	Z	-0,643	-0,199	-0,671	-0,015
	p	0,520	0,842	0,502	0,988
Kieszonkowe	Z	-1,258	-1,992	-2,014	-0,498
	p	0,208	0,046	0,044	0,618
Warunki mieszkaniowe	H	2,787	4,428	0,249	1,056
	p	0,426	0,219	0,969	0,788

Do grupy podwyższonego ryzyka zaburzeń odżywiania (EAT-26 na poziomie 20 pkt i więcej) zakwalifikowano 5,5% badanych (95 dziewcząt). Istotnie częściej zaburzenia występowały u uczennic szkół ogólnokształcących (6,7%; 59 osób), będących na etapie 2 klasy (6,9%; 37 osób) ($p < 0,05$). W wypadku domeny EAT – dieta odsetek dziewcząt zagrożonych zaburzeniami odżywiania był większy niż w EAT-26 ogółem – 17,6% (306 badanych). Uwzględniając rodzaj szkoły i etap edukacji, uczennice szkół ogólnokształcących (20,9%; 184 osoby) i uczęszczające do 2 klasy były częściej w grupie podwyższonego ryzyka ($p < 0,05$). W grupie podwyższonego ryzyka EAT – kontrola oralna znalazło się więcej uczennic szkół zawodowych (13,0%; 28 osób) oraz tych, które określiły swoje warunki mieszkaniowe jako złe (37,5%; 3 osoby). W zakresie domeny EAT – bulimia odsetek zagrożonych był najniższy (4,9%; 85 osób). Istotnych różnic w grupach zmiennych niezależnych nie zaobserwowano ($p > 0,05$).

Tabela 4. Występowanie zwiększonego ryzyka zaburzeń odżywiania względem wybranych zmiennych

		EAT-26					EAT – dieta				
		brak ryzyka		podwyższone ryzyko		Chi ² ; Fisher ^a ; p	brak ryzyka		podwyższone ryzyko		Chi ² ; Fisher ^a ; p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Rodzaj szkoły	ogólnokształcąca	821	93,3	59	6,7	5,749 0,050	696	79,1	184	20,9	15,321 0,001
	technikum	628	96,0	26	4,0		554	84,7	100	15,3	
	zawodowa	206	95,4	10	4,6		192	88,9	24	11,1	
Klasa	1	605	94,4	36	5,6	8,126 0,043	524	81,7	117	18,3	10,925 0,012
	2	501	93,1	37	6,9		425	79,0	113	21,0	
	3	436	95,4	21	4,6		392	85,8	65	14,2	
	4	92	100,0	0	0,0		82	89,1	10	10,9	
Zamieszkanie	miasto	1300	95,0	69	5,0	0,157 ^a	1125	82,2	244	17,8	0,645 ^a
	wieś	347	93,0	26	7,0	0,095	311	83,4	62	16,6	0,324
Warunki mieszkaniowe	bardzo dobre	1031	94,1	65	5,9	4,602 0,203	897	81,8	199	18,2	1,512 0,679
	dobre	497	95,0	26	5,0		433	82,8	90	17,2	
	średnie	113	98,3	2	1,7		99	86,1	16	13,9	
	złe	7	87,5	1	12,5		7	87,5	1	12,5	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kieszonkowe	otrzymuje	1113	94,0	71	6,0	0,242 ^a	967	81,7	217	18,3	0,294 ^a	
	nie otrzymuje	474	95,6	22	4,4		0,122	416	83,9	80		16,1
Ogółem		1642	94,5	95	5,5		1431	82,4	306	17,6		
		EAT – bulimia				Chi ² ; Fisher ^e ; p	EAT – kontrola oralna				Chi ² ; Fisher ^e ; p	
		brak ryzyka		podwyższone ryzyko			brak ryzyka		podwyższone ryzyko			
		n	%	n	%		n	%	n	%		
Rodzaj szkoły	ogólnokształcąca	833	94,7	47	5,3	0,703	814	92,5	66	7,5	8,055	
	technikum	625	95,6	29	4,4		0,704	607	92,8	47		7,2
	zawodowa	206	95,4	10	4,6	188		87,0	28	13,0		0,018
Klasa	1	605	94,4	36	5,6	1,719	582	90,8	59	9,2	4,284	
	2	515	95,7	23	4,3		498	92,6	40	7,4		
	3	436	95,4	21	4,6	0,633	420	91,9	37	8,1		0,232
	4	86	93,5	6	6,5		89	96,7	3	3,3		
Zamieszkanie	miasto	1305	95,3	64	4,7	0,345 ^a	1267	92,5	102	7,5	0,131 ^a	
	wieś	351	94,1	22	5,9	0,201	336	90,1	37	9,9	0,076	
Warunki mieszkaniowe	bardzo dobre	1046	95,4	50	4,6	1,48	1016	92,7	80	7,3	10,909	
	dobre	494	94,5	29	5,5		476	91,0	47	9,0		
	średnie	108	93,9	7	6,1	0,687	105	91,3	10	8,7		0,012
	złe	8	100,0	0	0,0		5	62,5	3	37,5		
Kieszonkowe	otrzymuje	1128	95,3	56	4,7	0,539 ^a	1087	91,8	97	8,2	0,693 ^a	
	nie otrzymuje	469	94,6	27	5,4	0,307	459	92,5	37	7,5	0,346	
Ogółem		1652	95,1	85	4,9		1598	92,0	139	8,0		

Na koniec postanowiono wyłonić grupę czynników zwiększających ryzyko występowania zaburzeń odżywiania (tab. 5). Zastosowano wieloczynnikowy model regresji logistycznej. Występowała niska zbieżność między danymi rzeczywistymi a modelem przedstawionym w naszym badaniu ($R^2 = 0,274$).

Tabela 5. Wieloczynnikowa regresja logistyczna występowania zaburzeń odżywiania

Zmienne	OR (95% CI)	p
Wiek	0,730 (0,525–1,015)	0,062
Wieś vs. miasto	1,023 (0,395–2,651)	0,963
Technikum i szkoła zawodowa vs. liceum ogólnokształcące	0 (0–)	0,989
Szkoła zawodowa vs. liceum ogólnokształcące i technikum	0,362 (0–)	1,000
Klasy 1 i 2 vs. 3 i 4	20,977 (3,684–119,453)	0,001
Co najwyżej średnie warunki zamieszkania vs. co najmniej dobre	1,011 (0,145–7,043)	0,991
Brak kieszonkowego vs. kieszonkowe	0,544 (0,235–1,257)	0,154
EAT – dieta	246,138 (58,494–1035,721)	0,000

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

EAT – bulimia	20,867 (7,190–60,563)	0,000
EAT – kontrola oralna	35,216 (11,534–107,521)	0,000

1. Wiek okazał się ważnym czynnikiem prognostycznym dla zaburzeń odżywiania. Ryzyko u badanych dziewcząt malało wraz z wiekiem – 0,730 (95% CI, 0,525–1,015).
2. Szanse na wystąpienie zaburzeń odżywiania były niemal 21-krotnie wyższe wśród dziewcząt uczęszczających do klas 1 i 2 – 20,977 (95% CI, 3,684–119,453).
3. Brak kieszonkowego zmniejszało analizowane ryzyko – 0,544 (95% CI, 0,235–1,257).
4. Podwyższone ryzyko w domenie EAT – dieta determinowało podwyższenie ogólnego ryzyka EAT-26. Iloraz szans wyniósł 246,138 (95% CI, 58,494–1035,721).
5. Szanse na to, że zjawisko całościowych zaburzeń odżywiania było większe w grupie dziewcząt z podwyższonym ryzykiem w domenie EAT – bulimia, wynosiły 20,867 (95% CI, 7,190–60,563), a w domenie EAT – kontrola oralna – 35,216 (95% CI, 11,534–107,521).

Dyskusja

Przyczyny występowania zaburzeń odżywiania są złożone i dotychczasowe wyniki badań w tym zakresie wskazują na ich wieloczynnikowe uwarunkowanie (zarówno genetyczne, jak i środowiskowe [18]). Jednym ze znaczących czynników mających wpływ na częstość występowania zaburzeń odżywiania jest płeć. Badania epidemiologiczne dowodzą, że kobiety istotnie statystycznie częściej są narażone na rozwój zaburzeń odżywiania niż mężczyźni, a szczytowe ryzyko dotyczy nastolatków [19]. Tę zależność potwierdzają również inne badania prowadzone na terenie Stanów Zjednoczonych [6]. Wyjaśnieniem tego zjawiska może być większy wpływ mediów na młode kobiety, które wykazują wyższy poziom internalizacji wzorców kulturowych w zakresie sylwetki ciała niż mężczyźni [20]. Zwłaszcza kobiece czasopisma i programy [21] kreują określone kanony piękna – szczupłe ciało. Powyższe wnioski potwierdzają badania przekrojowe Hermes i Keel, w których wykazano, że internalizacja idealizowania szczupłej sylwetki jest dodatnio skorelowana z dojrzewaniem u dziewcząt.

Inny trend kształtujący współczesne postawy młodych ludzi to wysoka świadomość dotycząca determinantów dobrego zdrowia i długiego życia. Obecnie wiele osób przywiązuje bardzo dużą wagę do zdrowego stylu życia – uprawia sport, racjonalnie się odżywia, kupuje różnorodne urządzenia przeznaczone do monitoringu stanu zdrowia [23]. Takie postawy mogą tłumaczyć liczbę dziewcząt w niniejszym badaniu, które znajdują się w grupie ryzyka zaburzeń odżywiania – niecałe 5,5%.

Doniesienia dotyczące wieku osób, u których występują zaburzenia odżywiania, są niejednoznaczne. W badaniach własnych wykazano, że częściej występowały one wśród młodszych uczennic, uczęszczających do niższych klas. Potwierdzają te ustalenia badania Abebe i wsp. [8], wedle których szczytowy czas zachorowań na bulimie w grupie dziewcząt to 14.–16. rok życia. Światowa Organizacja Zdrowia również wskazuje,

że dolna granica wieku występowania anoreksji to 14 lat [7]. Natomiast Stice i wsp. [9] podali odmienne przedziały wiekowe – wedle ich badań szczyt zachorowań dla anoreksji to 19–20 lat, a bulimii 16–20 lat [9].

Z badań własnych wynika, że występowanie zaburzeń odżywiania było zdecydowanie częstsze w młodszych klasach niż starszych. Można przypuszczać, że jest to związane z trudnościami z adaptacją w nowym, nieznanym środowisku oraz presją wywieraną na uczennicach ze strony nauczycieli i rodziców. To zagadnienie poruszają w swoich badaniach Ahrén-Moonga i wsp. [12], jako że wyższe wykształcenie rodziców oraz dziadków, a także uzyskiwane przez nich wyższe stopnie szkolne zwiększały ryzyko hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania u potomstwa płci żeńskiej – prawdopodobnie z powodu wysokich wymagań wewnętrznych i zewnętrznych. W badaniach Maxwell i wsp. [24] poziom wykształcenia również korelował z zaburzeniami odżywiania. Podobne są doniesienia brazylijskie [25], które wskazują, że im niższy poziom wykształcenia rodziców, tym rzadsze występowanie zaburzeń odżywiania.

Z analizy badań własnych wynika, że warunki mieszkaniowe nie mają wpływu na występowanie zaburzeń odżywiania. Potwierdzają to również doniesienia fińskie [11], amerykańskie [4, 26], a także przegląd piśmiennictwa autorstwa Gard i Freemana [10].

Otrzymywanie bądź nieotrzymywanie kieszonkowego może wpływać na zachowania żywieniowe. W badaniach własnych dziewczęta, które nie otrzymywały kieszonkowego, rzadziej wykazywały skłonności do zaburzeń odżywiania. Z badań przeprowadzonych w 2015 roku w Chinach w grupie 1648 uczniów wynika, że uczniowie otrzymujący wysokie kieszonkowe częściej konsumowali (o 25–89%) słodkie napoje, przekąski czy dania typu fast food i byli o 45–90% bardziej narażeni na nadwagę/otyłość [27].

Wnioski

Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczennic szczecińskich szkół ponadgimnazjalnych jest zjawiskiem rzadkim. Pojawiają się one najczęściej w obszarze zachowań żywieniowych związanych z dietą, zwłaszcza na początkowym etapie kształcenia w szkołach średnich. Wraz z wiekiem zjawisko to ulega redukcji. Szczególną uwagę powinno się jednak zwrócić na zachowania zdrowotne podejmowane przez uczennice, zwłaszcza w kontekście przeznaczenia wydawanych przez nie środków finansowych na artykuły spożywcze.

Rekomendacje

Austin i wsp. [6] wykazali, że badania przesiewowe przeprowadzane w szkołach średnich na terenie całego kraju ujawniają znaczną liczbę uczniów zagrożonych zaburzeniami odżywiania, którzy nie są leczeni. Uzasadnia to wprowadzenie badań przesiewowych jako strategii wczesnego wykrywania zaburzeń odżywiania wśród młodzieży. Innym działaniem minimalizującym liczbę osób zagrożonych zaburzeniami odżywiania jest edukacja w zakresie zdrowego trybu życia, postrzegania własnego

ciała oraz zaburzeń odżywiania, a za przykład dobrych praktyk w tej dziedzinie może posłużyć norweski program *Healthy Body Image* [28].

Piśmiennictwo

1. http://www.who.int/gho/mental_health/en/ (dostęp: 21.04.2018).
2. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care> (dostęp: 21.04.2018).
3. Smink FRE, Hoeken von D, Hoek WH. *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*. Curr. Psychiatry Rep. 2012; 14(4): 406–414.
4. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. Arch. Gen. Psychiatry 2011; 68(7): 714–723.
5. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (dostęp: 21.04.2018).
6. Austin SB, Ziyadeh NJ, Forman S, Prokop LA, Keliher A, Jacobs D. *Screening high school students for eating disorders: Results of a national initiative*. Prev. Chronic Dis. 2008; 5(4): A114.
7. WHO. *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options*. 2004. [online] https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf (dostęp: 21.04.2018)
8. Abebe DS, Lien L, Soest von T. *The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: A population-based longitudinal cohort study*. Int. J. Eat. Disord. 2012; 45(6): 737–745.
9. Stice E, Marti CN, Rohde P. *Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women*. J. Abnorm. Psychol. 2013; 122(2): 445–457.
10. Gard MC, Freeman CP. *The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status*. Int. J. Eat. Disord. 1996; 20(1): 1–12.
11. Litmanen J, Fröjd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. *Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population?* Nord. J. Psychiatry 2017; 71(1): 61–66.
12. Ahrén-Moonga J, Silverwood R, Klinteberg BA, Koupil I. *Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: The Uppsala birth cohort multigenerational study*. Am. J. Epidemiol. 2009; 170(5): 566–575.
13. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. *Insight impairment in body image disorders: Delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder*. Psychiatry Res. 2013; 210(3): 1129–1135.
14. Morey LC. *Personality assessment inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
15. 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(5): 1021–1032.
16. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE i wsp. *A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(8): 713–721.

17. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. *The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*. Psychol. Med. 1982; 12(4): 871–878.
18. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. *Research review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research*. J. Child Psychol. Psychiatry 2015; 56(11): 1141–1164.
19. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*. Biol. Psychiatry 2007; 61(3): 348–358.
20. Keel PK. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
21. Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, Irala-Estévez J, Cervera S. *Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort*. Pediatrics 2003; 111(2): 315–320.
22. Hermes SF, Keel PK. *The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 33(4): 465–467.
23. Mróz B. *Konsument a wyzwania technologiczne XXI wieku*. Studia Ekonomiczne 2017; 330: 139–149.
24. Maxwell M, Thornton LM, Root TL, Pinheiro AP, Strober M, Brandt H i wsp. *Life beyond the eating disorder: Education, relationships, and reproduction*. Int. J. Eat. Disord. 2011; 44(3): 225–232.
25. Alvarenga MDS, Lourenço BH, Philippi ST, Scagliusi FB. *Disordered eating among Brazilian female college students*. Cad. Saúde Pública 2013; 29(5): 879–888.
26. Sisco L, Taylor J, Martin PY. *Carrying the weight of self-derogation? Disordered eating practices as social deviance in young adults*. Deviant Behav. 2006; 27(1): 1–30.
27. Li M, Xue H, Jia P, Zhao Y, Wang Z, Xu F i wsp. *Pocket money, eating behaviors, and weight status among Chinese children: The Childhood Obesity Study in China mega-cities*. Prev. Med. 2017; 100: 208–215.
28. Sundgot-Borgen C, Bratland-Sanda S, Engen KME, Pettersen G, Friborg O, Torstveit MK i wsp. *The Norwegian healthy body image programme: Study protocol for a randomized controlled school-based intervention to promote positive body image and prevent disordered eating among Norwegian high school students*. BMC Psychol. 2018; 6(1): 8.

Adres: Paulina Zabielska

Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Katedry Medycyny Społecznej

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

71-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48

e-mail: paulina.zabielska@pum.edu.pl

Otrzymano: 25.05.2018

Zrecenzowano: 14.09.2018

Otrzymano po poprawie: 8.10.2018

Przyjęto do druku: 23.10.2018