Justyna Paszkiewicz, Paulina Artyszuk, Janusz Schabowski

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Wiedza licealistów z Białej Podlaskiej na temat anoreksji

Streszczenie: Wstęp: Częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt i młodych kobiet w USA wynosi 0,2-5,7%, natomiast w Wielkiej Brytanii wśród kobiet w wieku rozrodczym anoreksję stwierdza się u 0,7% kobiet, a bulimię u 0,5-1%. Dane w Polsce są ograniczone. Częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt do 18 roku życia wynosi 0,8-1,8%.
Celem pracy jest określenie poziomu wiedzy licealistów na temat anoreksji.
Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone wśród licealistów na terenie Białej Podlaskiej. Wykorzystano anonimowy kwestionariusz ankiety zawierający 18 pytań zamkniętych dotyczących stylu życia, posiadanej wiedzy dotyczącej anoreksji, sposobów odchudzania oraz sposobów uzyskiwania informacji na temat odchudzania.
Wnioski: Wśród młodych ludzi preferowana jest szczupła sylwetka. Przywiązują oni bardzo dużą uwagę do wyglądu zewnętrznego, a szczególnie do utrzymania szczupłej sylwetki. Niepokojące jest to, że większość z nich uważa głodówkę za najlepszy sposób utraty wagi. W szkołach szczególnie licealnych ale również w gimnazjach potrzebna jest edukacja zdrowotna. Spotkania z dietetyczką, pielęgniarką czy instruktorem fitness pozwoliłyby młodym ludziom wybrać najbardziej zdrową i bezpieczną metodę utrzymania zdrowej sylwetki.

Słowa kluczowe: anoreksja, młodzież, zaburzenia odżywiania

Wstęp

Na początku XX wieku w kulturze zachodniej otyłość oznaczała zdrowie i dostatek. Przez wiele wieków kobieta atrakcyjna była osobą pulchną i krągłą, co jednocześnie oznaczało zdrowie i siłę. Jednak koniec XX wieku i początek wieku XXI spowodował, że kanon kobiety atrakcyjnej diametralnie uległ zmianie. Sukces i powodzenie dzisiaj gwarantuje szczupła i wysportowana sylwetka. Na taką sytuację ogromny wpływ mają media, popularyzujące szczupłą, wręcz wychudzoną sylwetkę ciała (Jośko i wsp. 2007).

Zaburzenia odżywiania to grupa zaburzeń psychicznych objawiających się odchyleniem od norm społecznie akceptowalnych dotyczących odżywiania. W przebiegu tego dochodzi do niezaakceptowania wizerunku własnego ciała. Zaburzenia odżywiania dotyczą w większości kobiet, chociaż coraz częściej zdarza się, że dotykają one również mężczyzn (Czernikiewicz, 2004). Moda na szczupłą sylwetkę

powoduje, że wiele młodych dziewcząt podejmuje próby odchudzania bez względu na swoją masę ciała. Chwałczyńska i wsp. przeprowadzili badania, z których wynika, że 36% dziewcząt w wieku gimnazjalnym stosuje różne metody redukcji masy ciała, głównie głodówkę lub unikanie posiłków (Wierzejska i wsp. 2012, Chwałaczyńska i wsp. 2010). Na odchudzanie decydują się kobiety niezależnie od swojej masy ciała, na co wskazują badania Sadowskiej i Szuber. Wykazują one, że odchudzanie deklaruje 63% młodych kobiet z niedoborową masą ciała, 72-78% o prawidłowej masie ciała i 72% kobiet z nadwagą (Sadowska i wsp.2011).

Anoreksja jest jednym ze schorzeń związanych z zaburzeniami odżywiania. Częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt i młodych kobiet w USA wynosi 0,2-5,7%, natomiast Wielkiej Brytanii wśród kobiet w wieku rozrodczym anoreksję stwierdza się u 0,7% kobiet, a bulimię u 0,5-1% (Chwałczyńska, 2010). Według Namysłowskiej częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt do 18 roku życia wynosi 0,8-1,8% (Nowakowska i wsp. 2006).

Początki anoreksji są trudne do zauważenia, ponieważ można je ukryć pod pozorem zdrowego stylu życia. Opiekunowie lub też osoby z najbliższego otoczenia powinni zwrócić uwagę na zachowania takiej osoby, takie jak: stosowanie bardzo ścisłych, odchudzających diet lub częstych głodówek, dziwne rytuały związane z jedzeniem, np. liczenie kęsów, dzielenie jedzenia na bardzo małe porcje, bardzo chętne i częste przygotowywanie jedzenia dla innych, po to, aby odmówić zjedzenia posiłku, twierdząc, że zjadło się już w czasie jego przygotowywania, ukrywanie niezjedzonych posiłków, pozostawianie naczyń w takim stanie jakby się wszystko zjadło. Niepokój wśród opiekunów powinna wywołać również ciągła obawa przed przytyciem, pomimo niskiej wagi, unikanie sytuacji związanych z jedzeniem w towarzystwie np. niedzielny obiad, wyjście do pizzerii, stosowanie długich, wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Osoby chore na anoreksję bardzo często zakładają obszerne ubrania, aby ukryć swoją chudość, używają środków przeczyszczających, moczopędnych, czy też pigułek odchudzających, często ważą się, sprawdzają swoją sylwetkę w lustrze, skarżą na dolegliwości brzuszne (wymioty, biegunka). Charakterystycznym zachowaniem osób z zaburzeniami odżywiania jest wychodzenie do toalety lub łazienki bezpośrednio po posiłku (Ziółkowska, 2005).

Objawy anoreksji dotyczą nie tylko sfery fizycznej, ale również psychicznej Na objawy fizyczne anoreksji składają się między innymi: szybki spadek wagi ciała, nieregularne miesiączkowanie, a w późniejszym okresie brak miesiączki, bladość skóry, często szarawy jej odcień, skóra pokryta meszkiem, niska temperatura ciała, czemu często towarzyszy uczucie zimna, zawroty głowy, omdlenia, suche, łamliwe włosy, odwodnienie, kołatanie serca, arytmia spowodowana głównie niskim poziomem potasu (hipokaliemia). Hipokaliemia jest również najczęstszą przyczyną śmierci u osób cierpiących na anoreksję. Najpoważniejszym powikłaniem somatycznym jest śmierć, która zdarza się u co dziesiątej, a nawet co piątej

osoby cierpiącej na anoreksję psychiczną (Czernikiewicz, 2004; Albisetti, 2006). Śmiertelność w anoreksji wzrasta również wraz z czasem trwania choroby i jest odpowiedzią organizmu na gwałtowny spadek masy ciała i wyniszczenie organizmu (Jabłońska, 2006).

W anoreksji występują również objawy psychiczne związane najczęściej z ciągłym niedożywieniem. Do objawów tych zaliczamy: zaburzenia koncentracji i myślenia, negatywne głosy przechodzące w wyrzuty sumienia zwykle osądzające osobę chorą za jej chorobę, nagłe zmiany nastroju, perfekcjonizm, obniżenie poczucia swojej wartości, zwykle uzależnione od świadomości zjedzenia posiłku i własnego wyglądu oraz tendencja do izolowania się od ludzi (Czernikiewicz, 2004).

Rozpoznanie anoreksji opiera się na kryteriach zaproponowanych przez American Psychiatric Association, które określa kryteria rozpoznania anoreksji:

A – dążenie do utrzymywania masy ciała na dolnej granicy lub poniżej masy należnej,

B – silny lęk przed przyrostem masy ciała lub otyłością, nawet w sytuacji niedowagi,

C – zaburzenie postrzegania własnej masy ciała i sylwetki, nadmierny wpływ tego postrzegania na samoocenę lub zaprzeczanie niebezpieczeństwu wynikającemu z małej masy ciała,

D – u kobiet w okresie popokwitaniowym niewystąpienie przynajmniej 3 kolejnych cykli menstruacyjnych (brak miesiączki rozpoznaje się także wówczas, gdy krwawienia miesięczne występują jedynie pod wpływem podania hormonów, np. estrogenów). Chociaż w ostatnim czasie podważa się zasadność uwzględniania braku miesiączki jako kryterium diagnostycznego (Baranowska www.mp.pl 2014).

Leczenie anoreksji jest długotrwałe i skojarzone. Pierwszym etapem leczenia anoreksji powinno być leczenie internistyczne, następnie psychiatryczne oraz żywieniowe. Leczenie internistyczne stosowane zwykle w ostrej fazie choroby ma za zadanie wyrównanie zaburzeń elektrolitowych, rytmu serca, eliminację zakażeń, hipoglikemii. Kolejnym etapem leczenia jest psychoterapia, której czas trwania nie powinien być krótszy niż 6 miesięcy. Psychoterapia powinna być prowadzona nie tylko u osoby dotkniętej problemem, ale również powinna obejmować najbliższą rodzinę osoby chorej. Równocześnie z psychoterapią stosowane jest leczenie żywieniowe, które może być prowadzone w warunkach szpitalnych lub też domowych. Sposób leczenia żywieniowego zależy od stanu fizycznego i psychicznego chorego. W przypadku leczenia szpitalnego zalecany jest wzrost masy ciała 0,5 – 1,5 kg/tydz. W przypadku, kiedy leczenie jest prowadzone poza szpitalem masa ciała powinna wzrastać o 250 g - 500 g/tydz. W trakcie leczenia żywieniowego zalecane jest stosowanie preparatów suplementacyjnych witamin i mikroelementów oraz uzupełnianie niedoborów fosforanów. W ciągu kilku dni

od rozpoczęcia prawidłowego odżywiania może rozwinąć się zespół ponownego odżywienia (refeeding syndrome), charakteryzujący się ciężką hipofosfatemią, która jest następstwem nasilonego anabolizmu komórkowego i dokomórkowego napływu fosforanów. W leczeniu anoreksji stosowane jest również leczenie farmakologiczne i dotyczy to głównie leczenia depresji oraz zaburzeń obsesyjno – kompulsywnych. Wyleczenie uzyskuje się w 45% przypadków a poprawę w 36% przypadków. Na korzystne wyniki leczenia ma wpływ młody wiek oraz szybkie podjęcie leczenia (Baranowska www.mp.pl 2014).

Cel pracy

Celem pracy jest określenie poziomu wiedzy licealistów na temat anoreksji. Na potrzeby badań sformułowano następujące problemy badawcze:

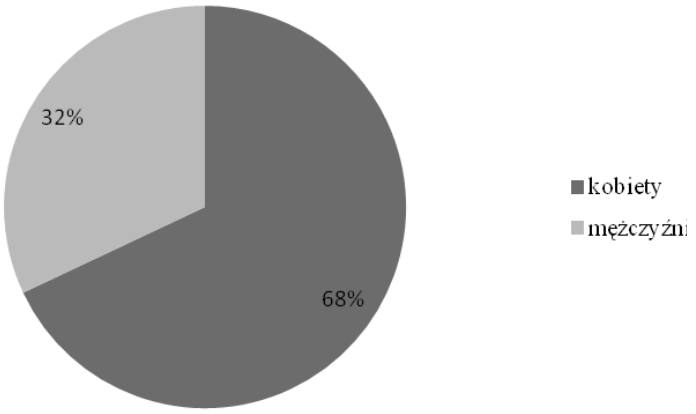
1. Czy licealiści posiadają wiedzę dotyczącą anoreksji?
2. Czy licealiści znają skutki uboczne anoreksji?
3. Czy środki masowego przekazu mają duży wpływ na propagowanie anoreksji?

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród licealistów na terenie Białej Podlaskiej za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety zawierającego 18 pytań zamkniętych dotyczących stylu życia, posiadanej wiedzy dotyczącej anoreksji, sposobów odchudzania oraz sposobów uzyskiwania informacji na temat odchudzania. Ankieta została wcześniej zweryfikowana na grupie pilotażowej 20 osób.

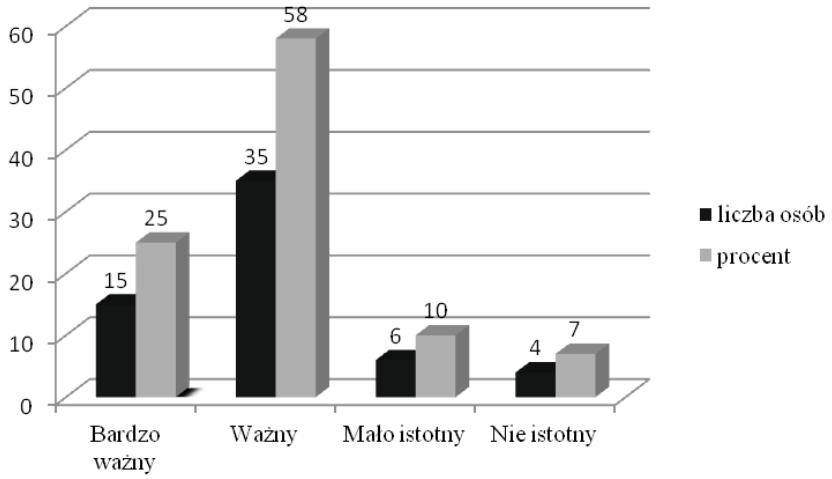
Wyniki

W badaniach wzięło udział 60 osób uczęszczających do bialskich liceów w wieku 17 – 18 lat. Zdecydowaną większość stanowili respondenci płci żeńskiej (68%), natomiast respondenci płci męskiej stanowili 32% badanych. Dane przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Płeć badanych.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 58% oceniła, że wygląd fizyczny jest ważny w życiu. Mniej, bo 25% odpowiedziało, że wygląd fizyczny w ich życiu jest bardzo ważny. Natomiast dla 10% licealistów wygląd fizyczny jest mało istotny (10%), lub nie istotny (7%). Szczegółowe dane zamieszczono na rycinie 2.



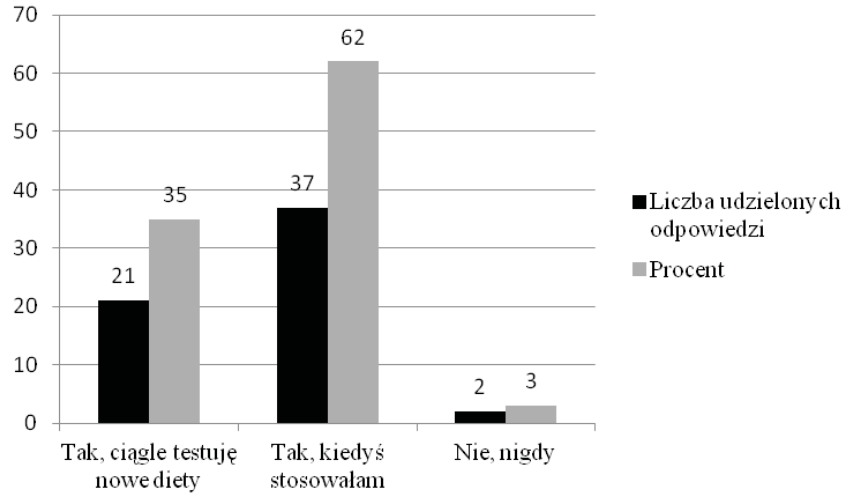
Rycina 2. „Czy wygląd fizyczny jest ważny w Twoim życiu".

Znaczny odsetek licealistów (45%) nie jest zadowolonych ze swojej sylwetki i uważają, że mogliby jeszcze schudnąć, natomiast 8% badanych uważa, że mogliby przytyć. Wśród respondentów 22% jest zadowolonych z własnego wyglądu, a 25% uważa, że dużo pracy przed nimi, aby mieć upragnioną sylwetkę. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zadowolenie ankietowanych z własnej sylwetki.

	Liczba udzielonych odpowiedzi.	% udzielonych odpowiedzi
Tak	13	22%
Nie, uważam, że mogłabym/mógłbym trochę schudnąć.	27	45%
Nie, uważam, że mogłabym/mógłbym przytyć.	5	8%
Dużo pracy przede mną, aby mieć sylwetkę jaką pragnę	15	25%

Ponad 60% badanych stosowało dietę redukującą masę ciała, a 35% licealistów ciągle stosuje nowe diety odchudzające. Tylko 3% ankietowanych nigdy nie stosowało diet redukujących wagę. Dane przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Stosowanie diet odchudzających przez licealistów.

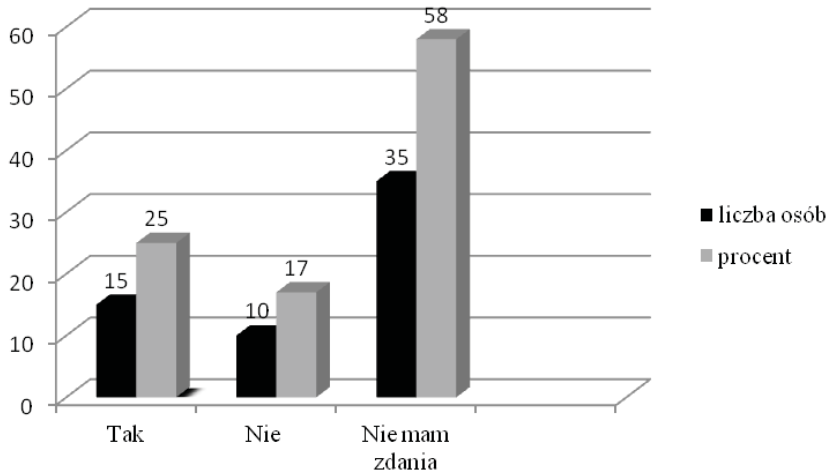
Do stosowania diety odchudzającej większość badanych skłoniła nadwaga (43%), 32% licealistów do stosowania diety skłoniła dbałość o zdrowie, a 22% - sugestie znajomych i/lub rodziny. Niepokojący jest fakt, że aż 32% licealistów za najlepszy sposób utraty wagi uważa głodówkę, a 15% badanych – zwracanie spożytego pokarmu. Racjonalną dietę oraz zwiększony wysiłek fizyczny, jako najlepszy sposób utraty masy ciała bierze pod uwagę 20% badanych. Dane obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Sposoby utraty wagi stosowane przez badanych.

	Liczba udzielonych odpowiedzi	% udzielonych odpowiedzi
Racjonalna dieta	12	20%
Zwiększony wysiłek fizyczny	12	20%
Głodówka	19	32%
Zwracanie spożytego pokarmu	9	15%
Stosowanie środków przeczyszczających	8	13%

Niepokój może budzić fakt, że 57 % badanych nie jest świadoma ryzyka, jakie niesie za sobą niedożywienie. Natomiast 58% ankietowanych nie spotkało się nigdy z opiniami propagującymi anoreksję.

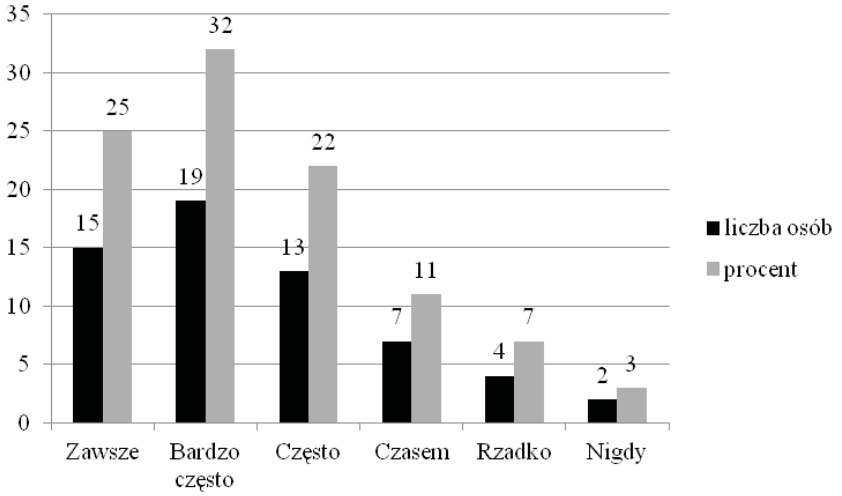
Aż 58% nie ma zdania na temat anoreksji jako rozszerzającego się problemu, który może dotknąć osoby z najbliższego ich otoczenia. Tylko 25% uważa, że anoreksja jest problemem, który może dotknąć najbliższych, natomiast 17% uważa, że nie ma takiego zagrożenia. Dane zamieszczono na rycinie 4 .



Rycina 4. „Czy anoreksja to problem mogący dotyczyć najbliższych".

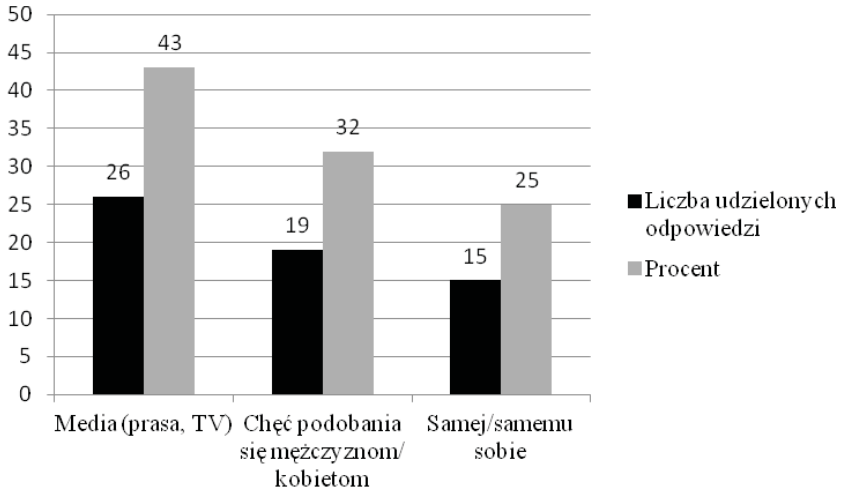
Ponad połowa badanych licealistów (62%) uważa, że problem anoreksji ich nie dotyczy. Tylko 13% badanych jest świadoma zagrożenia, a 25% nie ma zdania w tej kwestii.

Zdecydowana większość respondentów (80%) czuje się nieatrakcyjna lub otyła wśród przyjaciół i kolegów, natomiast 65% licealistów jest bardzo szczęśliwa, kiedy schudną kilka kilogramów. Tylko u 3% badanych nie zwraca uwagi na problem przybrania na wadze. Dane obrazuje rycina 5.



Rycina 5. „Wśród kolegów czuję się otyła/otyły".

Na odchudzanie u większości licealistów (43%) mają wpływ media, a u 32% wpływ na odchudzanie ma chęć podobania się mężczyznom/kobietom. Szczegółowe dane obrazuje rycina 6.



Rycina 6. Powody odchudzania się licealistów.

Ciekawy jest fakt, że 57% ankietowanych (34 osoby) odwiedza blogi anorektyczek, jednak 60% uważa, że takie typy blogów mogą zaszkodzić. Młodzi ludzie w 60% preferują oglądanie pokazów mody w mediach i aż 52% badanych podjęło decyzję o odchudzaniu się po obejrzeniu tego typów programów.

Dyskusja

Grupą najbardziej narażoną na zachorowanie na anoreksję są młodzi ludzie. Wiadomo też, że poziom wiedzy warunkuje zdrowy styl życia i poprawne zachowania zdrowotne. Dlatego też, interesujące było zbadanie poziomu wiedzy licealistów na temat racjonalnego odżywiania oraz na temat wiedzy o anoreksji.

Badania własne dowiodły, że wiedza licealistów na temat anoreksji oraz prawidłowej redukcji masy ciała jest uboga. Podobne wnioski w swoich badaniach uzyskali Hunt i wsp., którzy po przebadaniu 106 studentów określili ich wiedzę jako ogólną i fragmentaryczną (Hunt, 2007). Z kolei badania przeprowadzone przez Ziorę i wsp. dowiodły, że młodzież posiada bogatą wiedzę na temat anoreksji, jej objawów i skutków ubocznych (Ziora, 2009). Nie można tego samego powiedzieć o młodzieży uczestniczącej w badaniach własnych, którzy nie znają skutków niedożywienia oraz nie uważają anoreksji jako problemu mogącego dotyczyć ich samych lub też bliskich z ich najbliższego otoczenia.

Ważnym elementem zaburzeń odżywiania jest brak akceptacji własnego wyglądu. Badania własne wykazały, że aż 45% licealistów nie jest zadowolona z własnego wyglądu. Niską samoocenę respondentów odnotowali Ziora i wsp., w badaniach, w których 43% badanych oceniło swój wygląd negatywnie (Ziora, 2009). Podobne rezultaty uzyskali Godala i wsp., którzy badali wiedzę studentów Uniwersytetu Medycznego. W badaniu tym 60% respondentów potwierdziło, że osoby chorujące na zaburzenia odżywiania mają zmienioną percepcję proporcji własnego ciała (Godala, 2012). Również badania Nazaruk przeprowadzone wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej wykazały niską samoocenę swojego wyglądu zewnętrznego (52%), a 68% badanych przez Nazaruk uważa, że smukła sylwetka jest kluczem do sukcesu (Nazaruk, 2008).

Czynnikiem prowadzącym do zaburzeń odżywiania są nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Respondenci przeprowadzonego przez autorów badania wykazali, że 60% z nich stosowało, a 35% stosuje dietę redukcyjną, a za najlepszy i najszybszy sposób utraty masy ciała wymieniają głodówkę (32%) i wymioty (15%). Można wywnioskować, że młodzież nie zna zasad prawidłowej redukcji masy ciała. Badania przeprowadzone przez Ziorę i wsp. również wskazują na nieprawidłowy sposób redukcji masy ciała. W badaniach tych prawie 45% badanych uważa, że posiłki należy spożywać wówczas, gdy odczuwa się głód (Ziora, 2009).

Ankietowani w 43% uważają, że wpływ na podjęcie decyzji o odchudzaniu mają media. Podobne wnioski z badań wyciągnęli Godala i wsp., w których 38% respondentów wskazało środki masowego przekazu jako główne źródło informacji nt. zaburzeń odżywiania. Większy odsetek respondentów (70%) wskazał również na media jako główne źródło informacji na temat zaburzeń odżywiania w badaniach przeprowadzonych przez Ziorę i wsp (Ziora, 2009, Godala, 2012). Media propagują szczupłą sylwetkę ciała, jako drogę do sukcesów w życiu oso-

bistym i zawodowym. Większość badanych (43%) stwierdziła, że wpływ na podjęcie decyzji o odchudzaniu miały media. Podobne wyniki uzyskała Nazaruk, w badaniach której ankietowani (79%) odpowiedzieli, że program TV „Chcę być piękna" jest doskonały oraz pokazuje, że szczupła sylwetka jest drogą do sukcesu (Nazaruk. 2008).

Autorzy cytowanych prac zgodnie stwierdzili, że poziom wiedzy młodzieży na temat zaburzeń odżywiania nie jest wystarczający aby im zapobiegać. Niedostateczny poziom wiedzy wskazuje na potrzebę lepszej edukacji przede wszystkim w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Licealiści posiadają ubogą wiedzę dotyczącą anoreksji. Dla większości z nich wygląd fizyczny jest bardzo ważny. Młodzież nie zna również zasad zdrowego odżywiania oraz prawidłowej redukcji masy ciała. Większość ankietowanych preferuje głodówkę jako najlepszy sposób odchudzania. Licealiści nie znają również skutków ubocznych niedożywienia.

Wśród młodych ludzi preferowana jest szczupła sylwetka. Przywiązują oni bardzo dużą uwagę do wyglądu zewnętrznego, a szczególnie do utrzymania szczupłej sylwetki. Niepokojące jest to, że większość z nich uważa głodówkę za najlepszy sposób utraty wagi. W szkołach, szczególnie licealnych, ale również w gimnazjach potrzebna jest edukacja zdrowotna. Spotkania z dietetyczką, pielęgniarką czy instruktorem fitness pozwoliłyby młodym ludziom wybrać najbardziej zdrową i bezpieczną metodę utrzymania smukłej sylwetki.

Wnioski

1. Licealiści posiadają ubogą wiedzę na temat anoreksji, która jest ogólna i fragmentaryczna.
2. Ankietowani nie znają skutków ubocznych anoreksji oraz niedożywienia, nie znają również zasad prawidłowej redukcji masy ciała.
3. Środki masowego przekazu mają bardzo duży wpływ na propagowanie anoreksji oraz bardzo szczupłej sylwetki ciała.

Bibliografia

1. Albisetti V. (2006) Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć. Wydawnictwo Jedność, Kielce, 19
2. Chwałczyńska A., Bębenek A. (2010) Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 6(3): 118-123.
3. Czernikiewicz A. (2004) Co lekarz rodzinny powinien wiedzieć o anoreksji psychicznej? Medycyna Rodzinna 1, s. 3-6,
4. Godala M., Krasińska E., Trafalska E. i wsp. (2012) Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zaburzeń odżywiania. Problemy Higieny i Epidemiologii (93) 1:80-85

5. http: //www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/show.html?id=89830 z dnia 05.06.2014
6. Hunt J.S., Rothman A.J. (2007) College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. Appetite, 48 (3): 289–300.
7. Jabłońska – Rabe J. (2006) Powikłania somatyczne jadłowstrętu psychicznego. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków, 22
8. Jośko J., Kamecka – Krupa J. (2007) Czynniki ryzyka anoreksji. Problemy Higieny i Epidemiologii, 88(3):254-258
9. Nazaruk S. (2008) Wybrane uwarunkowania anoreksji i postawy nastolatek. W: Kozioł – Montewka M., Spisacka S. Współczesne zagrożenia zdrowia. Wydawnictwo PWSZ im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska, 83 – 92
10. Nowakowska A., Borkowska K. (2006) Zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek. Psychiatria, 3(3): 133-137.
11. Sadowska J., Szuber M. (2011) Ocena stosowanych metod odchudzających oraz używania preparatów wspomagających odchudzanie przez młode kobiety. Rocznik PZH, 62(3): 343-350.
12. Wierzejska R., Jarosz M. (2012) Niedożywienie i zaburzenia odżywiania u kobiet w wieku prokreacyjnym. Postępy Nauk Medycznych 12, s. 965-970
13. Ziora K., Pilarz Ł. B., Sztylc J., Oświęcimska J. (2009) Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat anorexia nervosa. Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, t.5, nr 1:12-18
14. Ziółkowska B. (2005) Anoreksja od A do Z. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 22

Liczba znaków ze spacjami 19 886 + 6578,40 (grafika)