ŚWIADOMOŚĆ RODZICÓW NA TEMAT ZAGROŻENIA WYSTĄPIENIA ANOREKSJI

PARENTS' AWARENESS OF THE RISK OF ANOREXIA

Anna Winiarska[1,2*], Karolina Jachimowicz-Rogowska[2], Ewa Stamirowska-Krzaczek[3], Marzena Tomaszewska[1], Małgorzata Stryjecka[1]

[1]Katedra Dietetyki, Instytut Nauk o Żywieniu Człowieka i Rolnictwie, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[2]Zakład Bromatologii i Fizjologii Żywienia, Instytut Żywienia Zwierząt i Bromatologii, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

[3]Katedra Rolnictwa, Instytut Nauk o Żywieniu Człowieka i Rolnictwie, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

https://doi.org/10.29316/9788368103397_1

Streszczenie

Anoreksja (jadłowstręt psychiczny) jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń odżywiania, którego etiologia obejmuje czynniki biologiczne, psychologiczne i środowiskowe. Szczególną rolę w profilaktyce i wczesnym rozpoznawaniu choroby odgrywają rodzice, którzy powinni posiadać wiedzę na temat objawów, czynników ryzyka oraz możliwości uzyskania pomocy specjalistycznej. Celem badań była ocena stanu wiedzy rodziców dzieci w wieku szkolnym na temat objawów, przyczyn i skutków anoreksji oraz działań profilaktycznych związanych z tym zaburzeniem. Badanie przeprowadzono w listopadzie 2024 r. wśród rodziców uczniów jednej ze szkół podstawowych w Lublinie. Z 150 rozprowadzonych kwestionariuszy uzyskano 133 prawidłowo wypełnione ankiety. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz zawierający 15 pytań zamkniętych i otwartych dotyczących wiedzy na temat anoreksji. Termin „anoreksja" był znany 73% respondentów, jednak jedynie 30% prawidłowo definiowało to zaburzenie. Ponad połowa badanych (52%) dostrzegała wpływ sposobu wychowania na ryzyko rozwoju anoreksji. Większość rodziców nie potrafiła wskazać grup szczególnie narażonych na zachorowanie (61%) ani oszacować częstości występowania choroby wśród dzieci i młodzieży

* e-mail: awiniarska@panschelm.edu.pl

(61%). Jako główne działania profilaktyczne wskazywano rozmowę z dzieckiem (45%), kontrolę spożywanych posiłków (21%) oraz kształtowanie akceptacji własnego wyglądu (15%). Najczęściej wymienianymi sygnałami ostrzegawczymi były utrata masy ciała (33%), jadłowstręt (20%) i obsesyjne liczenie kalorii (20%). Większość respondentów (88%) poprawnie rozpoznała pierwsze objawy anoreksji. W przypadku podejrzenia choroby rodzice najczęściej deklarowali skorzystanie z pomocy lekarza rodzinnego (35%) lub psychologa (25%). Mimo że większość rodziców zna pojęcie anoreksji, ich wiedza dotycząca etiologii, grup ryzyka oraz możliwości uzyskania wsparcia jest niewystarczająca. Konieczne jest prowadzenie działań edukacyjnych zwiększających świadomość rodziców na temat wpływu czynników rodzinnych i środowiskowych na rozwój anoreksji oraz różnorodnych objawów choroby, co może przyczynić się do jej wcześniejszego rozpoznawania i skuteczniejszego leczenia.

Słowa kluczowe: anoreksja, jadłowstręt psychiczny, rodzice, świadomość zdrowotna, profilaktyka

Abstract

Anorexia nervosa is one of the most serious eating disorders, with an etiology that involves biological, psychological, and environmental factors. Parents play a particularly important role in the prevention and early diagnosis of the disease and should be knowledgeable about the symptoms, risk factors, and options for obtaining specialized help. The aim of the chapter was to assess the knowledge of parents of school-aged children regarding the symptoms, causes, and consequences of anorexia, as well as preventive measures related to this disorder. The study was conducted in November 2024 among parents of students at one of the elementary schools in Lublin. Of the 150 questionnaires distributed, 133 were returned correctly completed. The research tool was a custom-designed questionnaire containing 15 closed-ended and open-ended questions regarding knowledge about anorexia. The term "anorexia" was familiar to 73% of respondents, but only 30% correctly defined the disorder. More than half of the respondents (52%) recognized the influence of parenting styles on the risk of developing anorexia. Most parents were unable to identify groups particularly at risk of developing the disorder (61%) or estimate the prevalence of the disorder among children and adolescents (61%). The main preventive measures cited were talking with the child (45%), monitoring their meals (21%), and fostering acceptance of one's own appearance (15%). The most frequently mentioned warning signs were weight loss (33%), loss of appetite (20%), and obsessive calorie counting (20%). Most respondents (88%) correctly identified the first symptoms of anorexia. In cases of suspected illness, parents most often reported seeking help from a family doctor (35%) or a psychologist (25%). Although most parents are familiar with the concept of anorexia, their knowledge regarding its etiology, risk groups, and available support options is insufficient. It is necessary to conduct educational activities to raise parents' awareness of the impact of family and environmental factors on the development of anorexia and the various symptoms of the disease, which may contribute to its earlier diagnosis and more effective treatment.

Keywords: anorexia, anorexia nervosa, parents, health awareness, prevention

Wstęp

Anoreksja (*Anorexia nervosa*, jadłowstręt psychiczny) jest zaburzeniem odżywiania polegającym na braku łaknienia lub poczuciu wstrętu do jedzenia. Obserwuje się wzrost częstotliwości występowania anoreksji na świecie w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci, co może być związane ze zmianami w zakresie norm kulturowych a także wzorców kobiecego piękna. Co więcej, w niektórych środowiskach bardzo niska masa ciała jest oczekiwana, a wręcz pożądana i promowana. Można przyjąć, że anoreksja jest obecnie elementem kultury masowej. Jest to choroba o złożonej etiologii, obejmującej wiele aspektów życia. Kluczowe jest środowisko rodzinne i szkolne, które warunkują stosunek człowieka do samego siebie, ale także osobowość i stan zdrowia (Kierus i in., 2012; Witkowska, 2013; Lukas i in., 2022). Z tego właśnie powodu podstawą jest profilaktyka, która powinna skupiać się przede wszystkim na uświadamianiu młodych osób i ich rodziców na temat niebezpieczeństw wynikających z anoreksji, ale także objawów tej choroby, które mogą być przez długi czas ukrywane przez osobę chorą i trudne do zauważenia przez najbliższe otoczenie. Diagnozowanie anoreksji nie jest proste, zwykle stosuje się kwestionariusz ICD-10, zgodnie z którym chorobę rozpoznaje się w przypadku jednoczesnego występowania czterech czynników (Bąba-Kubiś, 2018; Egedal i in., 2024): (1) utrata masy ciała lub brak przybierania w okresie wzrostu (masa ciała niższa od oczekiwanej o co najmniej 15%, utrzymująca się na tym poziomie lub obniżająca się, BMI równe lub niższe niż 17,5), (2) zakłócenie postrzegania wizerunku własnego ciała, (3) zaburzenia endokrynologiczne (zaburzony metabolizm hormonów tarczycy i insuliny, podniesiony poziom kortyzolu, u kobiet brak menstruacji, u mężczyzn utrata zainteresowania seksualnego i potencji), (4) zmiany w sposobie odżywiania (eliminowanie z diety wielu potraw, przyjmowanie środków przeczyszczających, nadmierne ćwiczenia fizyczne, używanie substancji zmniejszających apetyt i/lub środków moczopędnych, prowokowanie wymiotów). Kluczowy wpływ na ryzyko wystąpienia anoreksji ma środowisko rodzinne, szczególnie relacje z matką (Kierus i in., 2012; Nowak, 2013; Witkowska, 2013). Z drugiej strony to właśnie rodzice są osobami, które powinny jako pierwsze zauważyć niepokojące objawy w zachowaniu i sposobie odżywiania dziecka i odpowiednio na nie zareagować, dlatego powinni oni być świadomi i znać objawy anoreksji.

Celem badań była ocena stanu wiedzy rodziców dzieci w wieku szkolnym na temat objawów i skutków anoreksji. Cel rozdziału zrealizowano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

Materiały i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono w listopadzie 2024 r. w jednej ze szkół podstawowych w Lublinie. Ankiety zostały przekazane rodzicom przez dzieci, rozprowadzono 150 kwestionariuszy, z czego odzyskano 133. Wszystkie odzyskane kwestionariusze zostały wypełnione prawidłowo. Kwestionariusz ankiety (Tabela 1) zawierał 15 pytań, zarówno w formie otwartej jak i zamkniętej. Aż 85% badanej populacji rodziców stanowiły kobiety, 42% stanowili rodzice 12-latków, 24% rodzice 13-latków, 18% 11-latków, 6% 10-latków i 3% rodzice 7-latków.

Tabela 1. Kwestionariusz ankiety

Pytanie	Warianty odpowiedzi
1. Płeć rodzica	(a) mężczyzna (b) kobieta
2. Wiek rodzica	(a) poniżej 30 lat (b) 30-40 lat (c) 40-50 lat (d) powyżej 50 lat
3. Czy spotkała/spotkał się Pani/Pan z terminem anoreksja?	(a) tak (b) nie
4. Co Pani/Pan rozumie przez pojęcie anoreksja?	Należy wpisać odpowiedź
5. Czy Pani/Pan lub osoba bliska zetknęła się z problemem anoreksji?	(a) tak (b) nie
6. Jakie są główne przyczyny anoreksji według Pani/Pan?	Należy wpisać odpowiedź
7. Czy według Pani/Pana sposób wychowania dziecka przez rodziców ma wpływ na prawdopodobieństwo rozwoju anoreksji?	(a) tak (b) nie
8. Czy wie Pani/Pan, kto - jakie zbiorowości społeczne, grupy itp. są najbardziej narażone na anoreksję, kogo ta choroba dotyka najczęściej? Jeśli „tak” proszę je wskazać	(a) tak (b) nie
9. Jaki odsetek chorych na anoreksję notuje się wśród dzieci i młodzieży według Pani/Pana?	Należy wpisać odpowiedź
10. Co można zrobić według Pani/Pana, aby zapobiec anoreksji wśród dzieci i młodzieży?	Należy wpisać odpowiedź

Pytanie	Warianty odpowiedzi
11. Jakie zachowanie u dziecka może być znakiem ostrzegawczym, iż jest ono zagrożone problemem anoreksji?	Należy wpisać odpowiedź
12. Czy wie Pani/Pan, gdzie można uzyskiwać informacje na temat zagrożenia anoreksji? Jeśli „tak" proszę je wskazać	(a) tak (b) nie
13. Czy kontroluje Pani/Pan ilość i jakość spożywanych posiłków przez dziecko?	(a) tak (b) nie
14. Jakie są pierwsze objawy anoreksji? (można wskazać kilka odpowiedzi)	(a) spadek masy ciała (b) wstręt do jedzenia (c) obsesyjne liczenie spożywanych kalorii (d) wszystkie odpowiedzi są poprawne
15. Co Pani/Pan zrobiłaby/zrobiłby w przypadku podejrzenia anoreksji u dziecka?	Należy wpisać odpowiedź

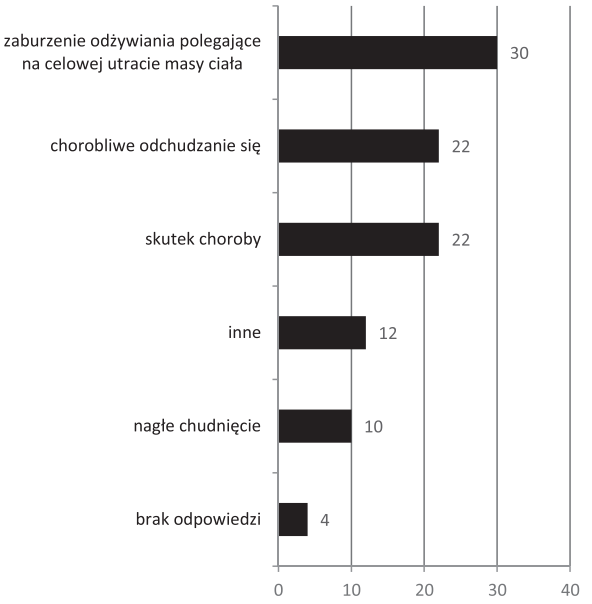
Źródło: opracowanie własne.

Wyniki i dyskusja

Dla zdecydowanej większości respondentów (73%) termin „anoreksja" był znany, natomiast 27% stwierdziło, że jest to dla nich słowo nowe, co jest niepokojące. Zjawisko anoreksji obecnie często występuje w przestrzeni publicznej, a sama choroba oraz jej etiologia są szczegółowo omawiane. Według respondentów anoreksja to zaburzenia odżywiania polegające na celowej utracie masy ciała (30% udzielonych odpowiedzi), skutek choroby (22%), chorobliwe odchudzanie się (22%), nagłe chudnięcie (10%), 12% ankietowanych udzieliło innych odpowiedzi (np. zaburzenia psychiczne związane z odchudzaniem, zbyt niska masa ciała w porównaniu do wzrostu i wieku), 4% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rysunek 1). Prawidłowej odpowiedzi udzieliło jedynie 30% respondentów, co świadczy o niewielkiej świadomości wśród rodziców. Anoreksja jest chorobą psychiczną, w której celem nadrzędnym jest utrata masy ciała będąca skutkiem długotrwałej odmowy przyjmowania pokarmów, natomiast osoba chora nigdy w swoim mniemaniu nie osiąga perfekcji w tym zakresie (Bąba-Kubiś, 2018; Nowak, 2013; Sarzała, 2017).

Na pytanie „Czy według Pani/Pana sposób wychowania dziecka przez rodziców ma wpływ na prawdopodobieństwo rozwoju choroby?" jedynie 52% rodziców odpowiedziało twierdząco. Badania wykazały, że środowisko rodzinne ma kluczowy wpływ na ryzyko wystąpienia anoreksji (Kierus i in., 2012; Nowak, 2013; Witkowska, 2013). Jest to spowodowane z jednej strony słabym wsparciem

ze strony najbliższych, z drugiej strony natomiast zbyt wysokimi wymaganiami stawianymi osobie młodej, szczególnie przez matki. Powoduje to brak poczucia własnej wartości i podatność na zachowania, które mają wykazać perfekcjonizm oraz dawać wrażenie kontrolowania własnego życia. Uważa się, że w rodzinach, w których występuje problem anoreksji, zauważa się 5 specyficznych zachowań: usidlenie, nadopiekuńczość, sztywność, unikanie i nierozwiązywanie konfliktów oraz angażowanie dzieci w konflikty między rodzicami (Kierus i in., 2012; Witkowska, 2013). Jednocześnie warto zwrócić uwagę na inny ważny aspekt. Badania wskazują również na trudności w relacjach interpersonalnych wśród nastolatków z anoreksją i podkreślają rolę relacji rówieśniczych w psychopatologii zaburzeń odżywiania (Lukas i in., 2022). W związku z tym psychoterapia powinna koncentrować się nie tylko na relacjach rodzinnych, ale także na relacjach z rówieśnikami, a także na kompetencjach nastolatków w identyfikowaniu i radzeniu sobie z emocjami.



Rysunek 1. Struktura odpowiedzi na pytanie ”Co Pani/Pan rozumie przez pojęcie anoreksja?” [%]
Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie „Czy wie Pani/Pan, kto – jakie zbiorowości społeczne, grupy itp. są najbardziej narażone na anoreksję, kogo ta choroba dotyka najczęściej?” aż 61% respondentów nie udzieliło odpowiedzi. Natomiast wśród osób, które

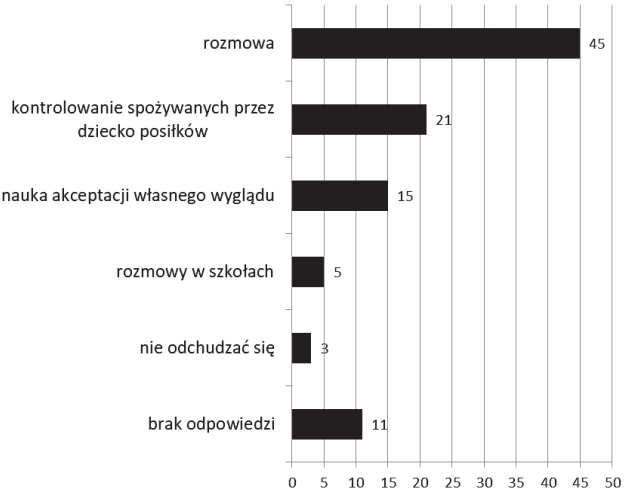
udzieliły odpowiedzi, wskazywano nastolatki i młode osoby (2/3 odpowiedzi) oraz sportowców i modelki (1/3 odpowiedzi). Niestety fakt, że większość rodziców nie ma świadomości w tym zakresie, co jest niepokojące, a przecież zagrożenie anoreksją w dużej mierze zależy od środowiska rodzinnego (Kierus i in., 2012; Nowak, 2013; Witkowska, 2013), a osoby najbliższe powinny być pierwszymi, które zauważą problem z odżywianiem. Wykazano, że młodzież w wieku 11-15 lat postrzega swoją masę ciała nieadekwatnie w stosunku do stanu rzeczywistego, prawie co druga dziewczynka i co czwarty chłopiec uważają, że są zbyt grubi, co nie znajduje potwierdzenia we wskaźnikach BMI (Kołobo, 2004). Badania przeprowadzone przez Witkowską (2013) w grupie młodych kobiet (15-20 lat) wykazały niższą samoocenę zarówno pod względem intelektu jak i wyglądu u osób z anoreksją w porównaniu do kobiet zdrowych. Podobne wyniki uzyskały Chytra-Gędek i Kobierecka (2008) w badaniach ankietowych przeprowadzonych w grupie 92 kobiet w wieku 14-26 lat, w których ponad 60% respondentek deklarowało bardzo niską samoocenę.

Kolejne pytanie przedstawione w kwestionariuszu ankiety brzmiało „Jaki odsetek chorych na anoreksję notuje się wśród dzieci i młodzieży według Pani/Pana?". Aż 61% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, 9% odpowiedziało „dużo", również 9% podało, że choroba dotyka mniej niż 10% młodych osób. Doniesienia epidemiologiczne pokazują, że jadłowstręt psychiczny dotyczy 0,2-0,8% osób dorosłych, wśród nastolatków odsetek jest wyższy i na przykład wśród 14-latków wynosi 3,2% u dziewcząt i 1,6% u chłopców (Trojanowska i in., 2017). Szacuje się, że każdego roku na anoreksję zapada 17-20 osób na 100 tysięcy, z czego nawet 95% stanowią dziewczęta i młode kobiety (Chytra-Gędek i Kobierecka, 2008). Natomiast około 10% kobiet chorujących na anoreksję ma więcej niż 40 lat (Bąba-Kubiś i in., 2018). Najwyższy odsetek chorych na anoreksję notuje się głównie w krajach zachodniej Europy, ostatnio zauważa się jednak wzrost liczby zachorowań w krajach szybko rozwijających się (Bąba-Kubiś i in., 2018).

Respondentów poproszono również o wskazanie znanych im sposobów zapobiegania anoreksji. Większość rodziców podawała rozmowę jako najlepszy środek profilaktyczny (45% badanych), następnie kontrolowanie spożywanych przez dziecko posiłków (21%), nauka akceptacji własnego wyglądu (15%), rozmowy w szkołach (5%), nie stosowanie diet odchudzających (3%). Warto zaznaczyć, że 11% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (Rysunek

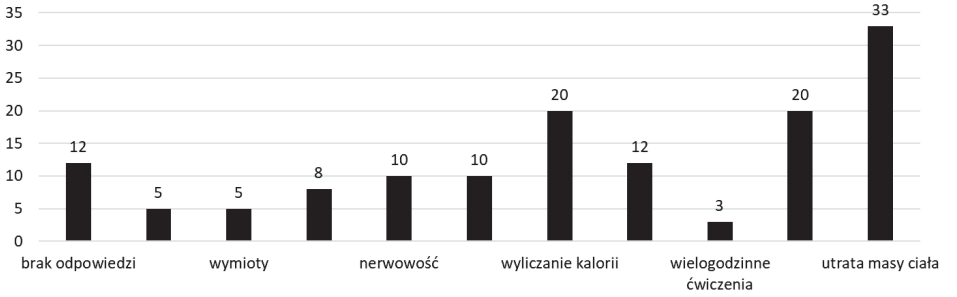
2). Największy wpływ na wystąpienie anoreksji ma stan psychiczny człowieka (Bąba-Kubiś i in., 2018; Jabłońska i in., 2019). Dlatego istotne jest, aby dbać o równowagę psychiczną już od najmłodszych lat. Najważniejsze w tym względzie są postawy rodziców i opiekunów, którzy powinni reagować, kiedy widzą jakiekolwiek niepokojące objawy. W przypadku pojawienia się problemu powinni oni być w stanie przeprowadzić spokojną rozmowę z dzieckiem i rozwiązywać sprawy na bieżąco. Prawidłowy kontakt z dzieckiem jest w stanie ograniczyć w dużym stopniu ryzyko wystąpienia jadłowstrętu psychicznego.

W odpowiedzi na pytanie „Jakie zachowanie u dziecka może być znakiem ostrzegawczym, iż jest ono zagrożone problemem anoreksji?" respondenci wskazywali najczęściej utratę masy ciała (33%), jadłowstręt (20%) oraz wyliczanie kalorii (20%) (Rysunek 3). Natomiast 12% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Badania innych autorów także wykazały, że u osób z zaburzeniami odżywiania występują określone charakterystyczne zachowania, wśród których wymienia się: jedzenie w ukryciu, niemożność przerwania jedzenia, doświadczanie wstydu i nienawiści z powodu nadmiernego apetytu i przejadania się, potrzeba niepohamowanego jedzenia w sytuacji intensywnych przeżyć emocjonalnych, stosowanie środków przeczyszczających, głodzenie się, wymiotowanie, stosowanie preparatów zmniejszających łaknienie oraz moczopędnych (Lwow, 2007; Chytra-Gędek i Kobierecka, 2008; Trojanowska i in., 2017).



Rysunek 2. Struktura odpowiedzi na pytanie „Co można zrobić według Pani/Pana, aby zapobiec anoreksji wśród dzieci i młodzieży?" [%]

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 3. Struktura odpowiedzi na pytanie „Co Pan/Pani zrobiłby/zrobiłaby w przypadku podejrzenia anoreksji u dziecka?" [%]

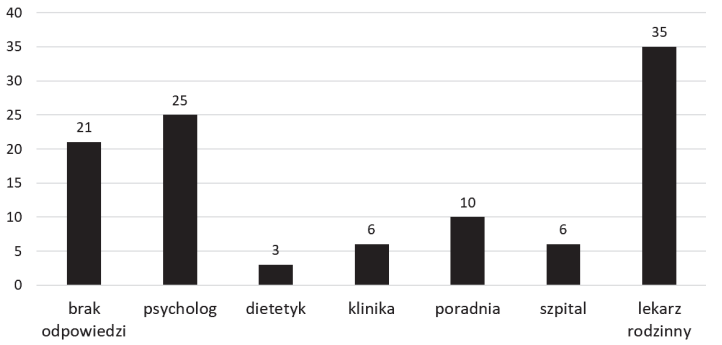
Źródło: opracowanie własne.

Z kolei na pytanie „Czy wie Pan/Pani, gdzie można uzyskiwać informacje na temat anoreksji?" aż 60% ankietowanych nie znało odpowiedzi, pozostałe osoby wskazały Internet (15% wskazań), szkołę (15%) oraz poradnie (10%). Jest to niepokojące, ponieważ oznacza, że rodzice nie będą w stanie zareagować odpowiednio w przypadku zauważenia zaburzeń odżywiania. Najłatwiej i najszybciej jest uzyskać potrzebne informacje oraz pomoc u lekarza rodzinnego, ale także psychologa lub lekarza psychiatry. Niestety podstawowym źródłem wiedzy dla wielu osób jest Internet. Badania wykazały, że w Internecie poszukuje informacji na temat zdrowia ponad 70% osób (Wieczorkowska, 2015). Informacje dostępne w Internecie należy traktować ostrożnie, ponieważ są one upowszechniane również przez osoby, którym brak odpowiednich kompetencji.

Na pytanie „Jakie są pierwsze objawy anoreksji?" niemal wszyscy rodzice wiedzieli poprawnie. W odpowiedzi na to pytanie należało wskazać jeden lub kilka spośród zaproponowanych wariantów: (a) spadek masy ciała, (b) wstręt do jedzenia, (c) obsesyjne liczenie spożywanych kalorii, (d) wszystkie odpowiedzi są poprawne. Aż 88% ankietowanych zaznaczyło właściwą odpowiedź, wskazując, że wszystkie wymienione symptomy choroby są prawdziwe. Pozostałych 12% respondentów zaznaczyło 1 lub 2 odpowiedzi. Objawy anoreksji są bardzo zróżnicowane, często o niejednoznacznym charakterze (Trojanowska i in., 2017; Nagy i in., 2023). Doprowadzają do zmian zarówno w zachowaniu jak i w fizjologicznym funkcjonowaniu organizmu. Istnieją też przypadki, gdy niektóre osoby z zaburzeniami odżywiania są uznawane przez osoby z otoczenia (np. rówieśników, rodzinę, pracowników służby zdrowia) za „niewystarczająco chore", co ma negatywny wpływ na przebieg choroby i powrót do zdrowia (Eiring i in., 2021).

Takie sytuacje są potencjalnie szkodliwe i zostały powiązane z opóźnionym poszukiwaniem pomocy i gorszymi wynikami klinicznymi.

Kolejne pytanie zawarte w kwestionariuszu brzmiało „Co Pan/Pani zrobiłby/zrobiłaby w przypadku podejrzenia anoreksji u dziecka?". Ankietowani rodzice odpowiedzieli, że szukaliby porady u lekarza rodzinnego (35% wskazań) lub psychologa (25%), 10% osób wskazało poradnię specjalistyczną, 6% szpital, a 3% dietetyka (Rysunek 4). Niepokojące jest, że aż 21% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Natomiast osoby, które wskazały odpowiedzi, wykazały się dużą wiedzą i rozsądnym podejściem do zdrowia i bezpieczeństwa dziecka. Osoba z zaburzeniami odżywiania musi być prawidłowo i szybko zdiagnozowana i poddana skutecznej terapii. Osoba chora musi być poddana psychoterapii mającej na celu poprawę postrzegania obrazu własnego ciała (Izydorczyk, 2017; Starzomska i in., 2018). Najczęściej stosowana i uważana za najskuteczniejszą jest terapia poznawczo-behawioralna połączona z terapią rodziną, często stosowana jest także terapia biologiczna oraz psychodynamiczna. Leczenie osób o BMI niższym niż 13 powinno odbywać się w warunkach szpitalnych, ponieważ u takich osób często występują zaburzenia somatyczne wynikające z niedoborów, a nawet ryzyko śmierci (Bąba-Kubiś i in., 2018). Natomiast w przypadku, gdy połączona terapia psychiatryczna i dietetyczna oraz psychoterapia nie są skuteczne i BMI pacjenta nie wzrasta konieczna jest bezwzględna hospitalizacja psychiatryczna. W przypadku rozpoczęcia terapii anoreksji w pierwszym roku trwania choroby skuteczność leczenia wynosi około 80%, natomiast rozpoczęcie leczenia przy wyższym zaawansowaniu choroby powoduje obniżenie szans na osiągnięcie sukcesu do 50%, natomiast po 10 latach trwania anoreksji umiera 10-15% osób (Bąba-Kubiś i in., 2018). Występowanie anoreksji wiąże się z wieloma powikłaniami zdrowotnymi, choć większość z nich jest uleczalna po skutecznych interwencjach medycznych i psychoterapii (Westmoreland i in., 2016). Niemniej jednak znaczna ich liczba wiąże się z trwałymi uszkodzeniami. Dlatego też, biorąc pod uwagę zwykle młody wiek osób chorych, pacjenta należy jak najszybciej poddać skutecznej terapii. Jest to podstawowy warunek osiągnięcia pomyślnego wyniku leczenia.



Rysunek 4. Struktura odpowiedzi na pytanie „Co Pan/Pani zrobiłby/zrobiłaby w przypadku podejrzenia anoreksji u dziecka?" [%]

Źródło: opracowanie własne

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że zdecydowana większość rodziców wiedziała, jakim schorzeniem jest anoreksja, nie wykazywali oni jednak wystarczającego stanu wiedzy, aby rozpoznać objawy choroby. Należy uświadamiać rodziców na temat jadłowstrętu psychicznego, przede wszystkim w zakresie wpływu czynników środowiskowych na rozwój choroby. Jest to szczególnie istotne, gdyż w badaniach własnych prawie 50% respondentów nie wiedziało o związku pomiędzy środowiskiem rodzinnym a ryzykiem występowania anoreksji. Aby ułatwić leczenie oraz zoptymalizować szanse na wyzdrowienie, potrzebna jest większa świadomość różnorodnych, również niestereotypowych zachowań i objawów towarzyszących restrykcyjnym zaburzeniom odżywiania, które podważają mit, że masa ciała jest jedynym wskaźnikiem obecności lub stopnia zaawansowania choroby.

Literatura

1. Bąba-Kubiś, A., Pełka-Wysiecka, J., Liśkiewicz, P., Wroński, M., Konopka, A., Samochowiec, J. (2018). Anoreksja – jadłowstręt psychiczny. *Pomeranian J. Life Sci.*, *64*(4), 5-9.
2. Chytra-Gędek, W., Kobierecka, A. (2008). Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet. *Psychiatria, 5*(1), 7-12.
3. Egedal, J. M., Støving, R. K., Lynggaard, R. B., Laursen, M. S., Vinholt, P. J., Hansen, R. S. (2024). Validation of anorexia nervosa and Bulimia nervosa diagnosis coding in Danish hospitals assisted by a natural language processing model. *Journal of Psychiatric Research, 179*, 266-269.

4. Eiring, K., Wiig Hage, T., Reas, D. L. (2021). Exploring the experience of being viewed as "not sick enough": A qualitative study of women recovered from anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 142.
5. Izydorczyk, B. (2017). Psychoterapia zaburzeń obrazu ciała w anoreksji i bulimii psychicznej – podejście integracyjne (zastosowanie terapii psychodynamicznej i technik psychodramy). *Psychoterapia, 1*(180), 5-22.
6. Jabłońska, E., Błądkowska, K., Bronkowska, M. (2019). Zaburzenia odżywiania jako problem zdrowotny i psychospołeczny. Kosmos. *Problemy Nauk Biologicznych., 68*(1), 121-132.
7. Kierus, K., Białokoz-Kalinowska, I., Piotrowska-Jastrzębska, J. (2012). Zaburzenia odżywiania u młodzieży. *Pediatria i Medycyna Rodzinna, 8*(4), 293-297.
8. Kołobo, H., Woynarowska, B. (2004). Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania. *Przegląd. Pediatryczny, 34*(3/4), 196-201.
9. Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G., Sfärlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 143.
10. Lwow, F., Dunajska, K., Milewicz, A. (2007). Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt. *Endokrynologia*, *Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 3*(3), 33-38.
11. Nagy, H., Paul, T., Jain, E., Loh, H., Kazmi, S. H., Dua, R., Rodriguez, R., Naqvi, S. A. A., Chiamaka, M. U., Bidika, E. (2023). A clinical overview of anorexia nervosa and overcoming treatment resistance. *Avicenna Journal of Medicine, 13*(1), 3-14.
12. Nowak, K. (2013). Socjodemograficzne i rodzinne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania młodzieży. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny, 32*, 121-146.
13. Sarzała, D. (2017). Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki. *Kwartalnik Naukowy, 4*(32), 296-311.
14. Starzomska, M., Wilkos, E., Kucharska, K. (2018). Modern approaches to the treatment of anorexia nervosa. "The third wave" of cognitive behavioral therapy. *Psychiatria Polska, 52*(4), 651-662.
15. Trojanowska, A., Zarzycka, D., Trojanowska, P., Bernat, K., Bury, A., Ziętek, A. (2017). Przejawy zachowań anorektycznych wśród nastolatków. *Endokrynologia Pediatryczna, 4*(61), 281-288.
16. Westmoreland, P., Krantz, M.J., Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *American Journal of Medicine, 129*(1), 30-37.
17. Wieczorkowska, M. (2015). Zdrowie i choroba w sieci – o przejawach i konsekwencjach popularyzacji wiedzy medycznej w Internecie. *Człowiek i Społeczeństwo, XL, 137-155.*
18. Witkowska, B. (2013). Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Psychiatria Polska, 47*(3), 397-409.