

Felicja Lwow, Katarzyna Dunajska, Andrzej Milewicz

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Katedra Medycyny Sportu, Zakład Promocji Zdrowia

Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt

Anorexia and bulimia risk factors among 18-years-old girls

Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii 2007, tom 3, nr 3, s. 33–38

STRESZCZENIE

WSTĘP. Zaburzenia odżywiania coraz częściej występują wśród nastolatków i młodych kobiet. Wczesna identyfikacja osób ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń odżywiania umożliwia odpowiednie postępowanie profilaktyczne i może zapobiec wystąpieniu choroby. Celem pracy była ocena częstości występowania konstytucjonalnych, behawioralnych i psychologicznych czynników ryzyka anoreksji i bulimii u 18-letnich dziewcząt.

MATERIAŁ I METODY. Badania przeprowadzono wśród 100 uczennic liceum ogólnokształcącego, które wyraziły zgodę na udzielenie odpowiedzi w anonimowej ankiecie. Pytania ankietowe dotyczyły stylu życia, w tym sposobu odżywiania, stosowanych używek i aktywności fizycznej oraz psychologicznych czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii.

WYNIKI. Wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) dziewcząt mieścił się w granicach 15–33 kg/m² (średnio 20,6 ± 3,1). Większość badanych (67%) miała prawidłową masę ciała (BMI 18,5–24,9), 9% miało nadwagę lub otyłość (BMI > 25), natomiast 24% badanych miało niedowagę (BMI < 18,5), z czego 6 dziewcząt miało BMI niższe niż 17,5. Ponad połowa (53%) respondentek nie akceptowała swojego wyglądu, a problem z utrzymaniem prawidłowej masy ciała zgłosiła co trzecia ankietowana. Ponad 3/4 dziewcząt (76%) odżywiało się niepra-

widlowo, kumulując energię z pożywienia w zbyt małej liczbie posiłków lub dostarczając energię z posiłków nieregularnie. Zaledwie 1/3 dziewcząt deklarowała aktywność fizyczną w czasie wolnym. Duża grupa dziewcząt paliła tytoń (46% paliło regularnie, a 12% — incydentalnie) i piła alkohol przynajmniej raz w tygodniu (30%).

WNIOSEK. U 18-letnich dziewcząt istnieje duża częstość występowania konstytucjonalnych, behawioralnych i psychologicznych czynników ryzyka anoreksji i bulimii, do których najczęściej należą: brak akceptacji własnego ciała i nieprawidłowe odżywianie.

Słowa kluczowe: anoreksja, bulimia, czynniki ryzyka, nastolatki, styl życia

ABSTRACT

INTRODUCTION. Eating disorders are an increasing problem among teenagers and young women. Early identification of people with risk factors of eating disorders allows a suitable prophylactic proceeding and can prevent from the disease. The aim of our study was evaluation of frequency of constitutional, behavioral and psychological risk factors of anorexia and bulimia among 18-years old girls.

MATERIALS AND METHODS. Our study was performed among 100 female pupils of secondary school, who fulfill the anonymous questionnaire. The questions regarded to elements of lifestyles such as diet, drugs use, physical activity and psychological risk factors of anorexia and bulimia.

RESULTS. BMI value of investigated subjects varied from 15 to 33 kg/m² (mean 20.6 ± 3.1). Most of subjects (67%) have a normal BMI (18.5–24.9), 9% was overweight or obese (BMI > 25), 24% was underweight (BMI < 18.5) among which 6% had a BMI < 17.5. More than half of the girls (53%) didn't accept their body image and 33% reported subjective overweight. Improper diet habits, irregular

Adres do korespondencji: dr med. Katarzyna Dunajska
Akademia Wychowania Fizycznego, Zakład Promocji Zdrowia
Al. I.J. Paderewskiego 35 (P-3, p. 200), 51-612 Wrocław
tel.: (0 71) 347 33 46
e-mail: dunajska@mp.pl
Copyright © 2007 Via Medica
Nadesłano: 15.06.2007 Przyjęto do druku: 03.07.2007

meals or too small daily meals number, were reported by 76% of subjects. Physical activity in leisure time declared only 33% of girls. High number of pupils smoked cigarettes (46% — regularly and 12% — incidentally). One third of subjects drunk alcohol at least once a week.

CONCLUSION. There is high frequency of constitutional, behavioral and psychological risk factors of anorexia and bulimia among 18-years old girls. The most frequent risk factors are body image dissatisfaction and improper diet habits.

Key words: anorexia, bulimia, risk factors, teenagers, life style

Wstęp

Zaburzenia odżywiania występują coraz częściej, zwłaszcza wśród nastolatków i młodych kobiet [1–4]. Presje społeczna i rodzinna, narzucające młodym osobom konieczność zachowania szczupłej sylwetki jako warunku osiągnięcia sukcesu w życiu, determinują wzrost zachorowań na jadłowstręt psychiczny i bulimię. Jadłowstręt psychiczny występuje u 1% dorastających dziewcząt i u ponad 10% kobiet między 16. a 25. rokiem życia [4]. Zaburzenie to dotyka najczęściej dziewcząt, które z racji profilu nauczania bądź podejmowania innych aktywności życiowych zostają dość wcześnie poddane rygorowi związanemu z odpowiednimi zaleceniami dietetycznymi. Wśród uczennic szkół baletowych, modelek i dziewcząt uprawiających gimnastykę sportową odsetek anorektyczek jest zdecydowanie większy niż w populacji ogólnej. W jadłowstręcie psychicznym obserwuje się występowanie typowych zachowań prowadzących do zmniejszenia lub utrzymania niskiej masy ciała, takich jak: głodówka, stosowanie środków przeczyszczających i moczopędnych, prowokowanie wymiotów czy wyczerpująca aktywność fizyczna. Charakterystyczne jest także występowanie objawów psychopatologicznych, takich jak zaburzenia postrzegania własnego ciała czy myśli natrętne, których tematem jest obsesyjna obawa przed otyłością [5, 6]. Śmiertelność w jadłowstręcie psychicznym sięga 10–15% chorych [4].

Występowanie bulimii ocenia się na 3–10% nastolatków [4]. W bulimii powtarzającym się napadom objadania się towarzyszy prowokowanie wymiotów lub inne formy przeczyszczenia, a także trwała przesadna troska o masę i wymiary ciała [5, 6]. Bulimia nie prowadzi zwykle do utraty masy ciała, która najczęściej jest prawidłowa, jednak następstwem bulimii może być również otyłość.

Identyfikacja czynników ryzyka zaburzeń odżywiania pozwala na odpowiednie postępowanie profilaktyczne w stosunku do osób z grup podwyższonego ryzyka w zakresie anoreksji czy bulimii i często zapobiega wystąpieniu choroby [2]. Zwiększone ryzyko anoreksji i bulimii mają przede wszystkim osoby, u któ-

rych w rodzinie występują zaburzenia odżywiania, otyłość, choroba afektywna czy alkoholizm, takie, które stosują nieprawidłową dietę, drastycznie się odchudzają, są perfekcjonistkami, mają niskie poczucie własnej wartości lub były obiektem nadużyć seksualnych czy przemocy fizycznej [2].

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania konstytucjonalnych, behawioralnych i psychologicznych czynników ryzyka anoreksji i bulimii u 18-letnich dziewcząt.

Material i metody

Badania przeprowadzono w jednym z wrocławskich liceów ogólnokształcących wśród 100 uczennic, które wyraziły zgodę na udzielenie odpowiedzi w anonimowej ankiecie. Większość dziewcząt (89%) miała 18 lat, 10 uczennic miało 19 lat, a jedna — 20 lat (śr. wieku $18,1 \pm 0,3$).

Ankieta została opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia AWF we Wrocławiu na podstawie kryteriów anoreksji i bulimii według systemu diagnozy nozologicznej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) i Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Classification of Diseases*) [5, 6] oraz doniesień z piśmiennictwa [7]. W części ogólnej ankiety pytano o miejsce zamieszkania i sytuację materialną oraz podstawowe parametry antropometryczne (masę ciała i wzrost) respondentek. W części szczegółowej pytania dotyczyły stylu życia, w tym sposobu odżywiania, stosowanych używek i aktywności fizycznej oraz psychologicznych czynników ryzyka anoreksji i bulimii, takich jak brak akceptacji własnego ciała czy nieprawidłowe relacje z rodzicami. Pytania testujące występowanie zaburzeń odżywiania koncentrowały się wokół przestrzegania zasad racjonalnego żywienia i sposobów zmniejszenia masy ciała.

Na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) (obliczonego ze wzoru: masa ciała [kg]/wzrost [m]²) zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [8], wyodrębniono osoby z niedowagą (BMI < 18,5), z prawidłową masą ciała (BMI 18,5–24,9), z nadwagą (BMI 25–29,9) i otyłością (BMI ≥ 30).

Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami zawartymi w Deklaracji Helsińskiej.

Analiza statystyczna

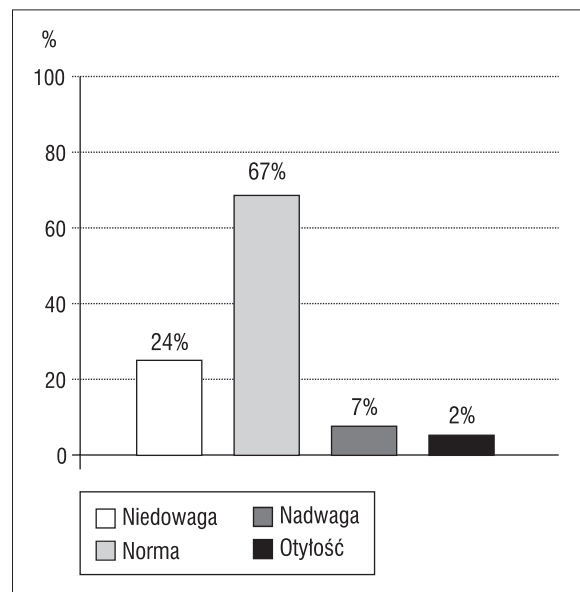
Zmienne porządkowe analizowano przy użyciu testu U Manna-Whitneya. Wartości przedstawiono jako średnie arytmetyczne \pm odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*). Poziom istotności statystycznej ustalono przy p niższym niż 0,05.

Wyniki

Z ogólnej części ankiety uzyskano dane demograficzne dotyczące respondentek. Większość dziewcząt (75%) pochodziła z dużego miasta (powyżej 100 000 mieszkańców), 12% pochodziło ze wsi, 4% — z miasta do 5000 mieszkańców, a 9% — z miasta do 100 000 mieszkańców. Większość ankietowanych (93%) mieszkała z rodzicami, a 7% na stacji lub w internacie. Ponad 80% uczennic oceniło swoją sytuację materialną jako średnią lub dobrą (odpowiednio: 43% i 41%), 11% — jako złą, a 5% — jako bardzo dobrą.

Wartość BMI dziewcząt mieściła się w granicach 15–33 kg/m² (średnio: 20,6 \pm 3,1). Większość dziewcząt (67%) miała prawidłową masę ciała (BMI 18,5–24,9), 9% miało nadwagę lub otyłość (BMI > 25), natomiast 24% badanych miało niedowagę (BMI < 18,5), z czego 6 dziewcząt (6% całej badanej grupy) miało BMI niższe niż 17,5 (ryc. 1).

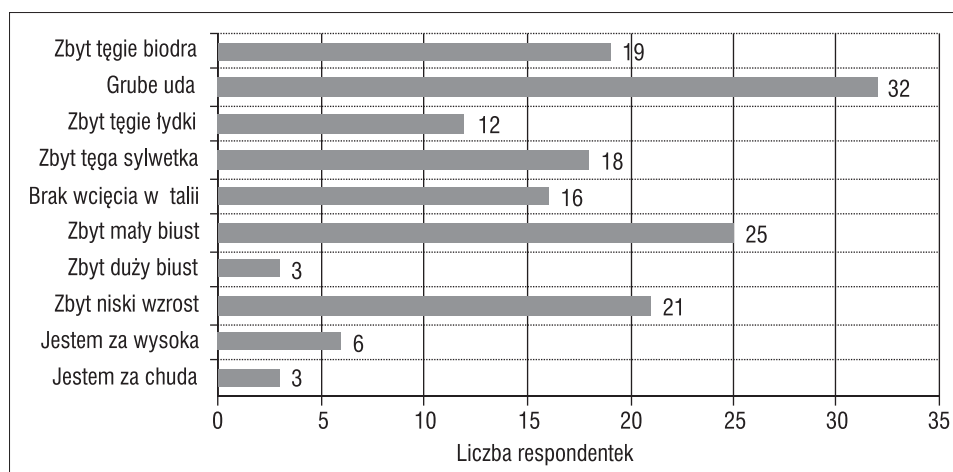
W części szczegółowej ankiety kilka pierwszych pytań dotyczyło akceptacji własnego ciała. Ponad połowa respondentek nie akceptowała swojego wyglądu, przy czym 53% dziewcząt deklarowało podjęcie działań w kierunku dokonania zmian, a 6% zrezygnowało z jakichkolwiek działań, nie wierząc w możliwość powodzenia. Zaledwie 19% dziewcząt uznało swój wygląd za bardzo dobry, a dla 22% sylwetka i wygląd



Rycina 1. Częstość nieprawidłowej masy ciała wśród badanych dziewcząt

zewnętrzny były sprawą mało ważną. W kolejnym pytaniu 42% uczennic uznało, że akceptuje swoją sylwetkę, 22% było niezdecydowanych, a 36% zdecydowanie nie akceptowało swojej sylwetki. Dezaprobatę dziewcząt budziły przede wszystkim zbyt grube uda (u 32 respondentek), zbyt mały biust (u 25) i zbyt niski wzrost (u 21 respondentek) (ryc. 2).

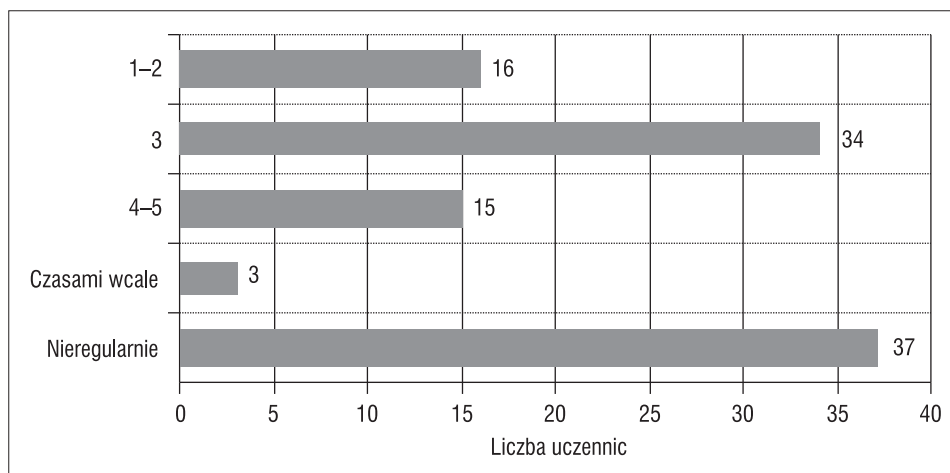
Problem z utrzymaniem prawidłowej masy ciała zadeklarowała blisko 1/3 dziewcząt (29%): 3 dziewczęta z niedowagą, 20 dziewcząt z prawidłową masą ciała i 6 dziewcząt z nadwagą lub otyłością. Jako sposób utrzymania prawidłowej masy ciała dziewczęta najczęściej wybierały aktywność fizyczną (83 odpowiedzi) i prawidłową dietę (66 odpowiedzi). Za



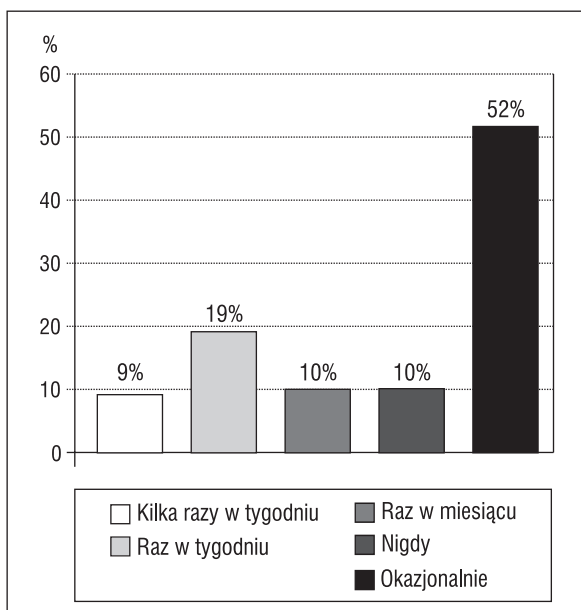
Rycina 2. Powody braku akceptacji własnej sylwetki wśród respondentek

głodówką opowiedziało się 17 dziewcząt, a za stosowaniem środków moczopędnych i przeczyszczających — 4 respondenci. W grupie ankietowanych znalazły się także osoby wskazujące palenie tytoniu (5 osób) i przyjmowanie narkotyków (2 osoby) jako sposób na uzyskanie prawidłowej masy ciała. Wartość kaloryczną w posiłkach oceniała 1/3 dziewcząt (34%), w tym zdecydowaną większość stanowiły respondenci z prawidłową masą ciała (25 osób). Autorzy niniejszego badania stwierdzili także, że 3/4 dziewcząt odżywiało się nieprawidłowo: spożywały zbyt małą liczbę posiłków dziennie lub posiłki były nieregularne (ryc. 3).

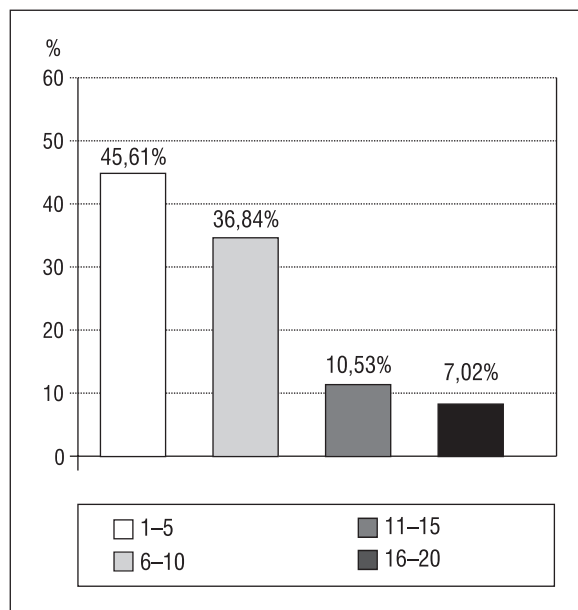
Kolejne pytania dotyczyły stosowania używek. Ponad 60% dziewcząt deklarowało, że sięga po alkohol okazjonalnie lub nie pije wcale, a blisko 30% spożywa alkohol raz lub kilka razy w tygodniu (ryc. 4). Spośród dziewcząt deklarujących picie alkoholu 3/4 podało, że zdarzyło im się być w stanie nietrzeźwym. Najchętniej spożywanym alkoholem było piwo (70 odpowiedzi), rzadziej wino (30 odpowiedzi) i wódka (27 odpowiedzi). Do palenia tytoniu przyznało się blisko 60% dziewcząt: 46% paliło regularnie, a 12% — incydentalnie. Liczba papierosów wypalanych w ciągu doby była mała: 46% palących dziewcząt paliło do 5 papierosów dziennie, a 37% palących dziewcząt — 6–10 papierosów dziennie (ryc. 5).



Rycina 3. Liczba posiłków spożywanych dziennie przez respondenci



Rycina 4. Częstotliwość spożywania alkoholu wśród badanych dziewcząt



Rycina 5. Liczba papierosów wypalanych dziennie przez palące uczennice

Kilka następnych pytań dotyczyło zachowań typowych dla zaburzeń odżywiania: jedzenia w ukryciu, niemożności przerwania jedzenia, doświadczania uczucia wstydu i nienawiści z powodu nadmiernego apetytu i przejadania się oraz potrzeby niepohamowanego jedzenia w sytuacji intensywnych przeżyć emocjonalnych. Pytania te oceniono łącznie, poprzez zsumowanie pozytywnych odpowiedzi z poszczególnych pytań. Ponad 72% dziewcząt przyznało, że miało tego typu problemy: 29 dziewcząt dało 1 odpowiedź wskazującą na objaw typowy dla zaburzeń odżywiania, 19 dziewcząt — 2 odpowiedzi i po 8 dziewcząt dało 3, 4 i 5 odpowiedzi. Blisko 60% dziewcząt przyznało, że odchudzały się w przeszłości, 11% dziewcząt cały czas przestrzegało diety odchudzającej, a jedynie 29% uznało, że nie widzi potrzeby odchudzania. Podejmując odchudzanie, ankietowane najczęściej korzystały ze wskazówek podawanych przez czasopisma kobiece (35 odpowiedzi) i porad koleżanki (29 odpowiedzi). Rzadziej dziewczęta korzystały z porad lekarskich, telewizji czy książek naukowych (odpowiednio: 17 i 2-krotnie po 16 odpowiedzi).

Kolejne pytania dotyczyły sposobów spędzania wolnego czasu. Dziewczęta najchętniej poświęcały czas wolny na kontakty towarzyskie i oglądanie telewizji (odpowiednio: 78 i 45 odpowiedzi). Zaledwie 1/3 dziewcząt była aktywna fizycznie. Oprócz lekcji wychowania fizycznego dziewczęta zwykle uprawiały aktywność fizyczną 1–2 razy w tygodniu (61%), znacznie mniej dziewcząt — 3–4 razy w tygodniu (19%) lub częściej (11%). Preferowane formy aktywności fizycznej przedstawiono na rycinie 6.

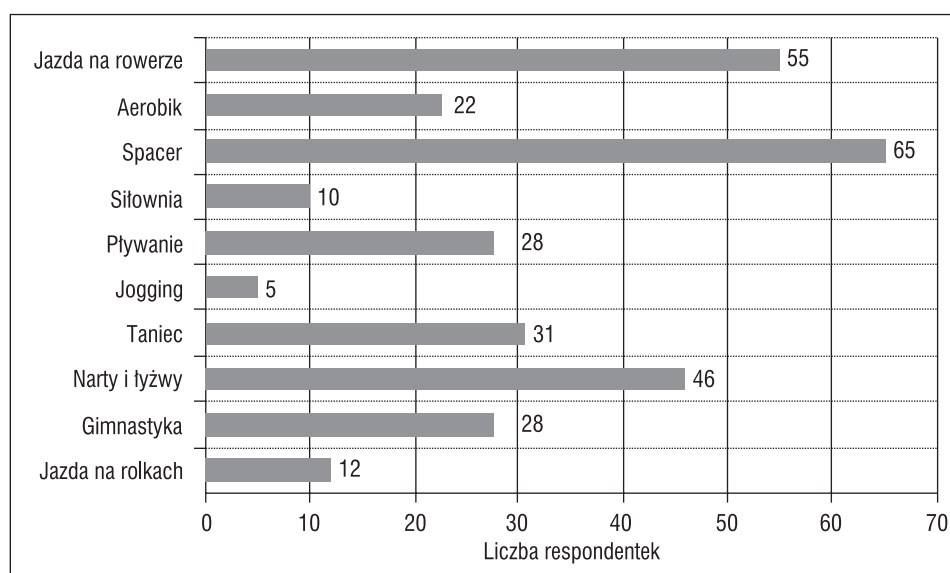
Zdecydowana większość dziewcząt (89%) pozytywnie oceniła swoje relacje z rodzicami, natomiast 11% — negatywnie.

Badane parametry demograficzne, behawioralne i psychologiczne porównano za pomocą testu U Manna-Whitneya między grupami dziewcząt z niedowagą i z prawidłową masą ciała, jednak nie znaleziono żadnych istotnych statystycznie różnic między grupami.

Dyskusja

W badaniach autorów niniejszej pracy u 1/4 dziewcząt stwierdzono niedobór masy ciała (BMI < 18,5), ponad połowa ankietowanych była niezadowolona ze swojego wyglądu, a 36% zdecydowanie nie akceptowało swojej sylwetki, najczęściej z powodu obecności tkanki tłuszczowej w okolicy udowo-pośladkowej. Wiadać tu wyraźnie uleganie panującym w mediach i modzie tendencjom do lansowania kobiety o wskaźniku masy ciała poniżej wartości prawidłowej. Duża część dziewcząt i młodych kobiet nie akceptuje tkanki tłuszczowej na udach i pośladkach, która jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania układu endokrynnego. Jednocześnie wiadomo, że brak akceptacji swojego wyglądu jest czynnikiem ryzyka anoreksji [2].

Zaobserwowano także przejawy niewłaściwego stylu życia: zaledwie 1/3 dziewcząt była aktywna fizycznie w czasie wolnym. Niepokojący jest fakt, że tak niski poziom aktywności fizycznej dotyczy już 18-letnich dziewcząt. Łatwo przewidzieć, że brak nawyku aktywnego spędzania wolnego czasu po 30. roku życia spo-



Rycina 6. Preferowane formy aktywności fizycznej wskazywane przez respondentki

woduje dalszy spadek zainteresowania zachowaniem prawidłowego dla wieku poziomu wydolności fizycznej i aktywnego wypoczynku, gdyż tendencja do prowadzenia siedzącego trybu życia zwiększa się z wiekiem [9]. Podobne wyniki prezentują badacze z innych krajów rozwiniętych, gdzie na skutek spędzania wolnego czasu przed telewizorem lub komputerem rośnie odsetek nastolatków z nadwagą i otyłych [9, 10]. Wynika z tego konieczność poszukiwania takich form aktywności fizycznej, które byłyby akceptowane i preferowane przez młodzież w szkole i w wolnym czasie. Wydaje się, że taką możliwość daje wprowadzenie fakultetów na zajęciach z wychowania fizycznego.

Wysoki był także odsetek dziewcząt (72%), które przejawiały zachowania typowe dla zaburzeń odżywiania, takie jak: jedzenie w ukryciu, niemożność przerywania jedzenia, doświadczanie wstydu i nienawiści z powodu nadmiernego apetytu i przejadania się oraz potrzeba niepożamowanego jedzenia w sytuacji intensywnych przeżyć emocjonalnych. Niepokojąco dużo, bo aż 70% dziewcząt przyznało, że odchudzały się w przeszłości lub były cały czas na diecie. Nieprawidłowe odżywianie może prowadzić do rozwinięcia się choroby z kręgu zaburzeń odżywiania lub może mieć przebieg stabilny i nie postępować [2]. Udowodniono, że nastolatki stosujące nieprawidłową dietę są 7-krotnie bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń odżywiania w porównaniu z tymi, które odżywiają się prawidłowo [11].

Kolejny problem natury behawioralnej dotyczy używek. Wśród ankietowanych 30% dziewcząt sięgało po alkohol co najmniej raz w tygodniu, a do palenia tytoniu przyznało się blisko 60% dziewcząt. I chociaż liczba wypalanych papierosów była na ogół mała (mniej niż 10 sztuk papierosów dziennie), nie zmienia to istotnie faktu narażenia na negatywne skutki palenia tyto-

niu. Udowodniono na przykład, że nastolatki, które palą, mają zwiększone ryzyko rozwoju astmy oskrzelowej [12]. Mała liczba wypalanych papierosów wynikała na ogół z tak zwanego palenia towarzyskiego, czyli palenia tylko w towarzystwie innych palących osób. Podobne zjawisko opisują badacze ze Stanów Zjednoczonych, gdzie wśród 351 palących studentów college'u 70% paliło tylko towarzystwo („social smoking”) [13]. W badaniach naukowców z Grecji odsetek palących papierosy uczniów szkół średnich (13.–15. rz.) wyniósł 16,2%, natomiast 32% przyznało, że próbowało palić w przeszłości [14]. Warto podkreślić, że nastolatki i kobiety szybko uzależniają się i do wystąpienia nałogu może u nich dojść już po kilku tygodniach okazjonalnego palenia. Ponadto wykazano, że u osób palących występuje 4,5-krotnie większe ryzyko uzależnienia od alkoholu w porównaniu z osobami niepalącymi [15]. Opisaną sytuacją wymaga zdecydowanych działań na rzecz promocji zdrowego stylu życia wśród nastolatków. W tym przypadku kluczowe znaczenie ma wdrażanie programów edukacyjno-profilaktycznych, opartych na diagnozie środowiskowej, w których niezbędny jest udział grona pedagogicznego i personelu medycznego, nie tylko w charakterze osób koordynujących program, ale uczestniczących w sposób aktywny, ponieważ znany jest fakt internalizowania zachowań zdrowotnych osób będących autorytetami w określonym środowisku.

Wniosek

U 18-letnich dziewcząt często występują konstytucjonalne, behawioralne i psychologiczne czynniki ryzyka anoreksji i bulimii, do których najczęściej należą: brak akceptacji własnego ciała i nieprawidłowe odżywianie.

Piśmiennictwo

1. Hoek H.W., van Hoeken D.: Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34: 383–396.
2. Rome E.S., Ammerman S., Rosen D.S. i wsp.: Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics* 2003; 111: 98–108.
3. Sigman G.S.: Eating disorders in children and adolescents. *Pediatr. Clin. North. Am.* 2003; 50: 1139–1177.
4. Walsh J.M., Wheat M.E., Freund K.: Detection, evaluation and treatment of eating disorders. The role of the primary care physician. *J. Gen. Intern. Med.* 2000; 15: 577–590.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington 1994.
6. World Health Organization: ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva 1993.
7. Jóźwik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna — rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1999.
8. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Raport of WHO Consultation on Obesity. WHO/NUT/NCD, Geneva 1998.
9. Hardy L.L., Dobbins T., Booth M.L., Denney-Wilson E., Okely A.D.: Sedentary behaviours among Australian adolescents. *Aust. N. Z. J. Public. Health.* 2006; 30: 534–540.
10. Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M.: Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behaviour during adolescence. *Pediatrics* 2006; 118: e1627–e1634.
11. Patton G.C., Selzer R., Coffey C., Carlin J.B., Wolfe R.: Onset of adolescent eating disorders: population based cohort over 3 years. *BMJ* 1999; 318: 765–768.
12. Gilliland F.D., Islam T., Berhane K. i wsp.: Regular smoking and asthma incidence in adolescents. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 2006; 174: 1094–1100.
13. Waters K., Harris K., Hall S., Nazir N., Waigandt A.: Characteristics of social smoking among college students. *J. Am. Coll. Health* 2006; 55: 133–139.
14. Kyrlesi A., Soteriades E.S., Warren C.W. i wsp.: Tobacco use among students aged 13–15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health* 2007; 7: 3.
15. Grucza R.A., Bierut L.J.: Cigarette smoking and the risk for alcohol use disorders among adolescent drinkers. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2006; 30: 2046–2054.