

Aneta Monika Kosoń

**Analiza determinantów zachowań
charakterystycznych dla ortoreksji wśród
studentów związanych z ochroną zdrowia**

Analysis of determinants of characteristic behaviors of *orthorexia nervosa*
among students related with health care

Rozprawa doktorska na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu
przedkładana Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Promotor: dr hab. n o zdr. Mariusz Jaworski

Warszawa, 2025

zaburzenia odżywiania, ortoreksja, studenci, ochrona zdrowia
heating disorders, *ortorexia nervosa*, students, health care

Podziękowania

Na powstanie i ostateczny kształt mojej rozprawy doktorskiej miało wpływ wiele osób, którym chciałabym serdecznie podziękować.

Pragnę wyrazić swoją głęboką wdzięczność mojemu Promotorowi Panu dr hab. Mariuszowi Jaworskiemu za wsparcie i bezcenne dzielenie się wiedzą, na każdym etapie pisania pracy doktorskiej.

Dziękuję serdecznie Panu dr Jarosławowi Chmielewskiemu za zainteresowanie się problematyką mojej pracy doktorskiej i zawsze okazywaną mi życzliwość.

Serdeczne podziękowania za wsparcie i motywację składam mojej kochanej mamie, córce Paulinie, synowi Czarkowi oraz mojej przyjaciółce, na którą zawsze mogę liczyć.

Spis treści

Wykaz skrótów.....	5
Streszczenie.....	6
Abstract	12
1 Wstęp	18
2 Ewolucja postrzegania relacji człowieka z jedzeniem - od klasycznych zaburzeń odżywiania do nowych wyzwań diagnostycznych	22
2.1 Relacja człowieka z jedzeniem w ujęciu historycznym i kulturowym	22
2.2 Anoreksja i bulimia jako główne zaburzenia odżywiania	24
2.3 Charakterystyka medyczna i psychologiczna jadłowstrętu psychicznego . .	27
2.4 Bulimia - charakterystyka medyczna i psychologiczna żarłoczności psychicznej	37
2.5 Leczenie nefarmakologiczne zaburzeń odżywiania-psychoterapia wspomagana interwencją dietetyczną	43
2.5.1 Psychoterapia zaburzeń odżywiania	43
2.5.2 Postępowanie dietetyczne w zaburzeniach odżywiania	46
2.6 Współczesne wyzwania diagnostyczne - zaburzenia odżywiania a spektrum nieprawidłowej relacji z jedzeniem	51
3 Ortoreksja jako specyficzne zaburzenie odżywiania.....	54
3.1 Definicja ortoreksji i jej miejsce w klasyfikacjach diagnostycznych	54
3.2 Epidemiologia ortoreksji	60
3.3 Czynniki ryzyka ortoreksji	62
3.3.1 Profil neurologiczny osób z ortoreksją	62
3.3.2 Czynniki psychologiczne i osobowościowe	63
3.3.3 Czynniki społeczno-kulturowe	64
3.3.4 Model czynników predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących ortoreksję z perspektywy teoretycznej i klinicznej	65
3.3.5 Czynniki predysponujące	65
3.3.6 Czynniki wyzwalające	66
3.3.7 Czynniki podtrzymujące	66
3.4 Narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie zaburzeń odżywiania, zwłaszcza ortoreksji	67

3.4.1	Test EAT-26	68
3.4.2	Eating Disorder Inventory (EDI) i EDI-2	68
3.4.3	Test SCOFF	69
3.4.4	Test ESP	69
3.5	ORTO-15	69
3.5.1	DOS (Düsseldorf Orthorexia Scale)	70
3.5.2	EHQ (Eating Habits Questionnaire)	70
3.5.3	TOS (Teruel Orthorexia Scale)	71
3.6	Potencjalne skutki zdrowotne ortoreksji	71
3.7	Leczenie ortoreksji	74
4	Ortoreksja wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów kierunków medycznych	78
4.1	Czynniki ryzyka ortoreksji wśród studentów i pracowników medycznych	79
4.2	Rozpowszechnienie ortoreksji wśród studentów i pracowników ochrony zdrowia	80
4.3	Prewencja ortoreksji wśród studentów i pracowników medycznych	81
4.4	Kierunki dalszych badań nad ortoreksją wśród studentów kierunków medycznych i pracowników ochrony zdrowia	81
5	Cel pracy	83
5.1	Problemy badawcze	83
5.2	Hipotezy badawcze	84
6	Materiał i metody	87
6.1	Kryteria włączenia i wyłączenia	87
6.2	Termin i forma realizacji badania	89
6.3	Rekrutacja uczestników do badania	90
6.4	Komisja Bioetyczna	92
6.5	Analizowane zmienne i ich wskaźniki	93
6.6	Wykorzystane wystandaryzowane narzędzia	95
6.6.1	Kwestionariusz ORTO-15	96
6.6.2	Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe	97
6.7	Działanie edukacyjne jako element aplikacyjny wyników badań - działanie pilotażowe	98
6.8	Analiza statystyczna	98
7	Wyniki	100
7.1	Charakterystyka badanej grupy pod względem zmiennych socjodemograficznych	100
7.2	Charakterystyka respondentów pod względem wskaźnika masy ciała (BMI)	101

7.3	Charakterystyka respondentów pod względem wybranych zachowań żywieniowych zawartych w autorskim narzędziu badawczym	102
7.4	Charakterystyka respondentów pod względem nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji mierzonych przy zastosowaniu kwestionariusza ORTO-15106	
7.5	Analiza związku pomiędzy nasileniem objawów typowych dla ortoreksji a zwyczajami żywieniowymi uwzględnionymi w autorskim narzędziu badawczym	110
7.6	Różnice w nasileniu objawów typowych dla ortoreksji w odniesieniu do wskaźnika masy ciała (BMI)	112
7.7	Charakterystyka respondentów pod względem wymiarów Kwestionariusza Moje Zwyczaje Żywieniowe	115
7.8	Analiza związku pomiędzy restrykcjami dietetycznymi, nawykowym przejadaniem się oraz emocjonalnym przejadaniem się a nasileniem objawów typowych dla ortoreksji	118
7.9	Zróźnicowanie nawyków żywieniowych i postrzegania jedzenia wśród studentów którzy mają niedowagę oraz objawy typowe dla ortoreksji	120
7.10	Analiza regresji liniowej	123
7.11	Profil demograficzny i behawioralny osób z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji	125
7.11.1	Cechy demograficzne osób z nasilonymi objawami typowymi dla ortoreksji	126
7.11.2	Płeć	126
7.11.3	Wskaźnik masy ciała (BMI)	126
7.11.4	Kierunek studiów	126
7.11.5	Zachowania żywieniowe a nasilenie objawów typowych dla ortoreksji	127
7.11.6	Restrykcje dietetyczne	127
7.11.7	Nawykowe i emocjonalne przejadanie się	127
7.12	Warsztat edukacyjny dotyczący ortoreksji (działanie pilotażowe)	129
7.12.1	Charakterystyka pilotażowego warsztatu	130
7.12.2	Ocena efektów warsztatu – ankiety PRE/POST	131
7.12.3	Prezentacja wyników ankiety PRE / POST	133
8	Dyskusja.	135
8.1	Rozpowszechnienie nasilonych objawów ortoreksji wśród studentów kierunków medycznych	135
8.2	Różnice w nasileniu objawów ortoreksji między studentami różnych kierunków	137
8.3	Związek między BMI a nasileniem objawów ortoreksji	139
8.4	Nawyki żywieniowe osób z nasilonymi objawami ortoreksji	141
8.5	Profil osoby z nasilonymi objawami ortoreksji	143

8.6	Efektywność warsztatu edukacyjnego – refleksja w świetle zastosowanej metodyki	146
8.7	Implikacje praktyczne	147
8.8	Kluczowe elementy programu profilaktycznego	147
9	Mocne i słabe strony badania	150
10	Podsumowanie	152
11	Wnioski	154
	Bibliografia	156
	Załączniki	170
	Spis rycin umieszczonych w pracy	180
	Spis tabel umieszczonych w pracy	182
	Spis wykresów umieszczonych w pracy	184

Wykaz skrótów

- ACT - Terapia akceptacji i zaangażowania
- AN - Jadłowstręt psychiczny (anoreksja)
- BAT - Terapia obrazu ciała
- BED - Kompulsywne objadanie się (Binge Eating Disorder)
- BMI - Wskaźnik masy ciała
- BN - Żarłoczność psychiczna (bulimia)
- CAT - Terapia poznawczo-analityczna
- CBT - Terapia poznawczo-behawioralna
- CBT-E - Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna
- CREST - Trening usprawniania poznawczego i emocjonalnego
- CRT - Trening usprawniania poznawczego
- DBT - Terapia dialektyczno-behawioralna
- DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - kolejna edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
- EBM - Medycyna Oparta na Dowodach Naukowych
- EBN - Dietetyka Oparta na Dowodach Naukowych
- ICD-11- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób
- IPT - Psychoterapia interpersonalna
- OCD - Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- ON - Ortoreksja
- ORTO-15 - Kwestionariusz ORTO-15 jest narzędziem składającym się z 15 pozycji opisujących nasilenie zachowań ortorektycznych
- WHO - Światowa Organizacja Zdrowia

Streszczenie

Wprowadzenie

Ortoreksja, definiowana jako obsesyjne skupienie na zdrowym odżywianiu, stanowi rosnący problem zdrowia publicznego. Ortoreksja, jako konstrukt psychopatologiczny, wciąż pozostaje jednostką o niejednoznacznym statusie diagnostycznym, co czyni jej badanie kluczowym z perspektywy konceptualizacji nowych kategorii zaburzeń odżywiania. Pomimo braku konsensusu diagnostycznego, coraz więcej danych empirycznych wskazuje na jej związek z cechami obsesyjno-kompulsyjnymi, lękiem oraz komponentami perfekcjonizmu.

Szczególnie narażeni na rozwój ortoreksji mogą być studenci kierunków medycznych, którzy w toku edukacji zdobywają wiedzę o zdrowym stylu życia i żywieniu. W związku z tym głównym założeniem pracy było wyodrębnienie profilu psychospołeczno-kulturowego oraz behawioralnego jednostek o podwyższonym ryzyku rozwoju ortoreksji. To stanowiłoby istotny krok w kierunku opracowania skutecznych strategii prewencyjnych oraz interwencyjnych. Analiza dotychczasowych badań wskazuje, że ortoreksja może być powiązana z określonymi cechami osobowości, takimi jak perfekcjonizm, bardzo duża potrzeba kontroli, nadmierna podatność na społeczne normy dotyczące estetyki ciała. Dodatkowo, czynniki środowiskowe – w tym presja społeczna oraz wpływ mediów społecznościowych – mogą wzmacniać tendencję do nadmiernej kontroli nad sposobem odżywiania. Zrozumienie tych mechanizmów miałoby znaczenie nie tylko z perspektywy teoretycznej, ale przede wszystkim praktycznej – ułatwiłoby to klinicystom wczesne rozpoznanie osób zagrożonych rozwojem ortoreksji oraz wdrażanie adekwatnych interwencji terapeutycznych.

Cel

Celem niniejszego badania była ocena ryzyka występowania zachowań typowych dla ortoreksji w grupie studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia – pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia, dietetyka oraz medycyna. Celem badania było nie tylko określenie częstości występowania cech ortorektycznych, ale również identyfikacja istotnych predyktorów psychologicznych i środowiskowych tego zjawiska. Dodatkowo, nowatorskim aspektem niniejszego projektu badawczego było zintegrowanie analizy empirycznej z opracowaniem pilotażowej interwencji edukacyjnej opartej na danych ilościowych, co umożliwiło walidację praktyczną uzyskanych wniosków w środowisku akademickim.

Badanie koncentrowało się na analizie występowania objawów ortorektycznych w różnych grupach studentów, ze szczególnym uwzględnieniem kierunku dietetyki. Wybór tej grupy wynika z faktu, że studenci dietetyki są najbardziej narażeni na rozwój ortoreksji ze względu na ich specjalistyczną wiedzę żywieniową oraz środowisko akademickie,

w którym promowane są zdrowe nawyki żywieniowe. W przeciwieństwie do innych studentów kierunków medycznych, dietetycy mają na co dzień większy kontakt z tematyką żywienia, co może wpływać na ich podejście do jedzenia oraz skłonność do obsesyjnej kontroli spożywanych produktów. Porównanie tej grupy z innymi studentami kierunków związanych z ochroną zdrowia pozwoli na określenie, w jakim stopniu ortoreksja może być wynikiem czynników akademickich i zawodowych, a na ile jest to zaburzenie wynikające z innych uwarunkowań psychologicznych i środowiskowych. Dodatkowo, badanie miało na celu ocenę związku między nasileniem objawów typowych dla ortoreksji a wybranymi zmiennymi demograficznymi oraz wskaźnikiem masy ciała (BMI).

W nawiązaniu do celu pracy sformułowano pięć pytań badawczych i odpowiadające im hipotezy badawcze. Ich konstrukcja opierała się na przeglądzie zgromadzonego materiału naukowego dotyczącego ortoreksji, co pozwoliło na uwzględnienie dotychczasowych ustaleń badawczych oraz umożliwiło ich empiryczną weryfikację w kontekście analizowanej populacji.

Metodologia badania

Badanie przekrojowe przeprowadzono w okresie od stycznia 2023 roku do marca 2024 roku wśród studentów - pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, fizjoterapii, dietetyki oraz medycyny - z pięciu uniwersytetów. W badaniu wzięło udział 1270 osób, jednak po weryfikacji do dalszej analizy zakwalifikowano 1200 pełnych odpowiedzi. Należy zaznaczyć, że 70 kwestionariuszy zostało odrzuconych ze względu na brak kluczowych danych, takich jak niepełne uzupełnienie testu ORTO-15, brak informacji o masie ciała lub pominięcie odpowiedzi na pytania dotyczące zachowań żywieniowych.

W pracy wykorzystano narzędzie badawcze składające się z trzech elementów: a) autorski kwestionariusz ankiety badający wybrane zachowania żywieniowe, umożliwiający ocenę nawyków dietetycznych respondentów oraz ich potencjalnego związku z ryzykiem wystąpienia ortoreksji (MZŻ); b) wystandaryzowany kwestionariusz ORTO-15, wykorzystywany do oceny nasilenia zachowań ortorektycznych, opartych na aspektach poznawczych i emocjonalnych zaburzeń odżywiania; c) wystandaryzowany Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem, mierzący nawykowe przejadanie się, emocjonalne przejadanie się oraz restrykcje dietetyczne.

Konstrukcja badania opierała się na założeniach podejścia biopsychospołecznego do rozumienia zaburzeń odżywiania i była inspirowana paradygmatem interakcji między czynnikami jednostkowymi i kontekstowymi. W badaniu uwzględniono zarówno komponenty intrapsychiczne, jak i czynniki zewnętrzne, zgodnie z założeniami teorii społecznego uczenia się i teorii internalizacji norm. Triangulacja narzędzi badawczych umożliwiła jednoczesną ocenę komponentów poznawczych (ORTO-15), behawioralnych (kwestionariusz MZŻ) oraz emocjonalnych i nawykowych (Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem).

W ramach badania przewidziano również opracowanie działania edukacyjnego o charakterze profilaktyczno-refleksyjnym, które stanowi integralny element aplikacyjny wy-

ników niniejszego badania. Celem tego działania było przełożenie wyników analiz statystycznych na praktykę edukacyjną, ukierunkowaną na zwiększenie świadomości studentów w zakresie ryzyka rozwoju ortoreksji oraz wspieranie autorefleksji dotyczącej własnych zachowań żywieniowych.

Działanie edukacyjne zostało zaprojektowane na podstawie uzyskanych danych empirycznych, w szczególności z uwzględnieniem: wyników testu ORTO-15, odpowiedzi w kwestionariuszu Zachowań Związanych z Jedzeniem oraz statystycznie istotnych zależności między nimi.

W ramach badania przewidziano przeprowadzenie warsztatu pilotażowego. Pilotaż został zrealizowany w grupie 15 studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia, wyłonionych spośród ochotników spełniających podstawowe kryteria włączenia. Celem pilotażu była wstępna ewaluacja treści merytorycznych warsztatu, użytych metod dydaktycznych oraz potencjalnego wpływu spotkania na zmianę postrzegania własnych postaw żywieniowych przez uczestników.

Uzyskane wyniki zostały poddane szczegółowej analizie statystycznej przy użyciu pakietu Statistica (wersja 13.1, StatSoft) oraz SPSS (wersja 26, IBM). Analizy miały na celu określenie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi oraz identyfikację czynników wpływających na ryzyko ortoreksji i wybranych zachowań żywieniowych wśród studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia.

Wyniki

Większość analizowanej grupy stanowiły kobiety (82%) w przedziale wiekowym 18–30 lat (85%). Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 25 lat (SD = 4,49). Najmłodszy respondent miał 19 lat, natomiast najstarszy 33 lata. Analiza wyników w kwestionariuszu ORTO-15 wykazała, że występowanie podwyższonego ryzyka zachowań typowych dla ortoreksji stwierdzono u 10,5% badanych, niezależnie od kierunku studiów. Należy jednak zaznaczyć, że studenci położnictwa (M=34,19) osiągnęli najwyższe wyniki w zakresie nasilenia objawów typowych dla ortoreksji, co znacząco odróżnia ich nie tylko od studentów pielęgniarstwa, ale również od studentów ratownictwa medycznego (M=35,52, $p=0,002$), fizjoterapii (M=35,76, $p<0,001$), dietetyki (M=36,70, $p<0,001$) oraz kierunku lekarskiego (M=36,78, $p<0,001$). Wyniki te wskazują na największe skłonności do ortoreksji wśród studentów położnictwa.

W odniesieniu do wskaźnika BMI, studenci kierunków takich jak ratownictwo medyczne oraz fizjoterapia charakteryzowali się istotnie niższym odsetkiem osób z nadwagą lub otyłością (2–4%) w porównaniu z osobami studiującymi pielęgniarstwo, położnictwo oraz medycynę, gdzie nadmierna masa ciała dotyczyła 31–34% badanych. Największy odsetek osób z prawidłową masą ciała odnotowano wśród studentów fizjoterapii (93%) i ratownictwa medycznego (91%). Różnice te były istotne statystycznie ($\chi^2 = 208,382$, $p < 0,001$).

W celu sprawdzenia, czy wartość wskaźnika BMI wyjaśnia poziom ryzyka rozwoju za-

chowań typowych dla ortoreksji, przeprowadzono analizę regresji liniowej. Wyniki wskazują, że zaproponowany model był dobrze dopasowany do danych, $F(1,1198) = 126,986$, $p < 0,001$. Model ten wykazał, że wskaźnik BMI był istotnie i ujemnie związany z poziomem ortoreksji, $\beta = 0,310$, $p < 0,001$. Oznacza to, że im wyższe BMI, tym niższy poziom ortoreksji. Równanie regresji można zapisać następująco: $Y = 29,866 + 0,283 \cdot X$. Oznacza to, że przy wzroście BMI o jedną jednostkę, poziom ortoreksji maleje o 0,283 jednostki. Testowany model wyjaśnia 9,6% wariancji poziomu ortoreksji, co sugeruje, że chociaż BMI jest istotnym predyktorem, istnieją inne czynniki wpływające na ortoreksję, które nie zostały uwzględnione w tym modelu.

Przeprowadzona analiza pozwoliła na określenie profilu demograficznego i behawioralnego osób wykazujących nasilone objawy typowe dla ortoreksji. Interpretacja uzyskanych wyników została osadzona w kontekście istniejących modeli teoretycznych, m.in. modelu poznawczo-behawioralnego zaburzeń odżywiania oraz teorii internalizacji norm kulturowych dotyczących ciała. Najbardziej charakterystyczne cechy tej grupy to: a) dominacja kobiet, co sugeruje większą podatność tej płci na rozwój ortorektycznych zachowań; b) bardzo wysoka nadreprezentacja osób z niedowagą, co wskazuje na potencjalny związek między nasilonymi objawami ortoreksji a niską masą ciała; c) zwiększona reprezentacja studentów położnictwa, w porównaniu do innych kierunków, które wykazują mniejsze nasilenie objawów ortorektycznych; d) znacznie częstsze stosowanie restrykcyjnych zachowań dietetycznych, co sugeruje, że kontrola spożycia pokarmów stanowi kluczowy aspekt w funkcjonowaniu osób z nasilonymi objawami ortoreksji; d) podwyższone wskaźniki nawykowego i emocjonalnego przejadania się, co może wskazywać na paradoksalną relację między kontrolą diety a okresowymi epizodami utraty kontroli nad jedzeniem.

Uzyskane wyniki dostarczają ważnych informacji na temat czynników predysponujących do nasilonych objawów typowych dla ortoreksji, jednak wymagają dalszej eksploracji w kontekście mechanizmów psychologicznych oraz wpływu czynników środowiskowych na rozwój tego zjawiska.

Pilotażowy warsztat edukacyjny dotyczący ortoreksji został zrealizowany wśród 15 studentów kierunków związanych ze zdrowiem jako praktyczne rozszerzenie wcześniejszych badań ilościowych. Jego głównym celem było zwiększenie świadomości uczestników na temat ortoreksji, a także zachęcenie ich do refleksji nad własnymi nawykami żywieniowymi. Efektywność warsztatu oceniono na podstawie wyników kwestionariuszy PRE i POST, zawierających siedem identycznych stwierdzeń dotyczących wiedzy, postaw i autorefleksji, ocenianych na pięciopunktowej skali Likerta. Analiza wyników wykazała jednoznaczny wzrost samooceny wiedzy uczestników w każdym z badanych obszarów, szczególnie w zakresie rozpoznawania objawów ortoreksji oraz odróżniania jej od zdrowego stylu życia. Zastosowanie interaktywnych metod dydaktycznych oraz zachowanie anonimowości w analizie wyników umożliwiły stworzenie bezpiecznej przestrzeni sprzyjającej szczerzej refleksji i otwartości. Otrzymane wyniki potwierdzają wartość edukacyjną takiego warsztatu

i wskazują na potrzebę dalszego rozwijania tego typu działań w programach kształcenia studentów.

Zidentyfikowane czynniki ryzyka sugerują, że ortoreksja może pełnić funkcję mechanizmu kompensacyjnego w radzeniu sobie z lękiem, brakiem poczucia sprawczości lub potrzebą kontroli w kontekście presji edukacyjnej i zawodowej. Konieczne jest zatem pogłębione zbadanie funkcji psychologicznych tych zachowań w kolejnych badaniach jakościowych.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania można sformułować następujące wnioski o istotnym znaczeniu zarówno teoretycznym, jak i praktycznym.

1. Ortoreksja jako zjawisko szczególnie rozpowszechnione wśród studentów kierunków medycznych – analiza wyników potwierdziła, że osoby studiujące kierunki związane z naukami o zdrowiu wykazują wyższy poziom objawów ortorektycznych. Może to wynikać z nadmiernej internalizacji zasad zdrowego odżywiania oraz silnej potrzeby samokontroli wśród przyszłych specjalistów ochrony zdrowia. Wyniki te wskazują na konieczność uwzględnienia treści edukacyjnych dotyczących zaburzeń odżywiania w programach kształcenia studentów medycyny i dietetyki.
2. Silna korelacja między wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów ortoreksji – osoby z niższym wskaźnikiem masy ciała częściej wykazywały ortorektyczne wzorce zachowań żywieniowych. Oznacza to, że restrykcyjne podejście do jedzenia może prowadzić do znacznego ograniczenia podaży energetycznej, co w dłuższej perspektywie może skutkować nie tylko obniżeniem masy ciała, ale także deficytami żywieniowymi i negatywnymi skutkami zdrowotnymi.
3. Zachowania żywieniowe jako istotny czynnik różnicujący osoby z nasilonymi objawami ortoreksji – wyniki badań wskazują, że osoby z wysokim wynikiem w skali ORTO-15 częściej eliminują określone grupy pokarmowe, unikają spożywania posiłków poza domem i stosują surowe, restrykcyjne zasady dotyczące doboru i przygotowywania jedzenia. Zachowania te, choć mogą być postrzegane jako świadome wybory prozdrowotne, w rzeczywistości mogą wskazywać na mechanizmy charakterystyczne dla zaburzeń odżywiania.
4. Opracowany profil osoby z nasilonymi objawami ortoreksji – na podstawie przeprowadzonych analiz opracowano szczegółowy profil jednostki wykazującej tendencje ortorektyczne. Osoby te najczęściej charakteryzują się niskim BMI, studiują kierunki związane z ochroną zdrowia, wykazują wysoką dbałość o jakość spożywanej żywności, eliminują określone produkty oraz unikają spożywania posiłków w miejscach publicznych. Profil ten może być wykorzystany w przyszłych badaniach do

identyfikacji osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka oraz jako punkt wyjścia do projektowania programów interwencyjnych.

5. Konieczność wdrożenia programów profilaktycznych – wyniki niniejszego badania wskazują na pilną potrzebę wprowadzenia działań prewencyjnych w środowisku akademickim, szczególnie na kierunkach związanych z ochroną zdrowia. Programy edukacyjne powinny obejmować moduły dotyczące elastycznego podejścia do diety, konsekwencji nadmiernej kontroli nad jedzeniem oraz strategii radzenia sobie ze stresem i presją społeczną związaną ze zdrowym stylem życia.

Przedstawiona rozprawa dostarcza kompleksowej analizy ortoreksji w środowisku akademickim, integrując podejście ilościowe, jakościowe i aplikacyjne, co czyni ją istotnym wkładem w rozwój interdyscyplinarnej wiedzy o zaburzeniach odżywiania.

Opracowane narzędzie edukacyjne oraz profil osoby o nasilonych cechach ortoreksji stanowią potencjalną podstawę do wdrożenia zindywidualizowanych interwencji w środowisku akademickim, w szczególności w programach nauczania kierunków medycznych. W dalszej perspektywie rekomenduje się przeprowadzenie badań longitudinalnych, które pozwolą na uchwycenie trajektorii rozwoju ortoreksji oraz skuteczności zastosowanych strategii profilaktycznych. Istotnym kierunkiem badań jest także eksploracja roli czynników psychologicznych, takich jak poziom lęku, samokontrola czy podatność na wpływy społeczne, w kształtowaniu ortorektycznych wzorców żywieniowych.

Słowa kluczowe

Ortoreksja, zaburzenia odżywiania, studenci kierunków medycznych, zdrowe odżywianie, ORTO-15, BMI, profil psychologiczny

Abstract

Introduction

Orthorexia, defined as an obsessive focus on healthy eating. Orthorexia is a growing public health problem. Orthorexia as a psychopathological construct, remains an entity with an ambiguous diagnostic status, making its study crucial for the conceptualization of new categories of eating disorders. Despite the lack of diagnostic consensus, increasing empirical data indicate its association with obsessive-compulsive features, anxiety, and components of perfectionism.

Students related with health care may be particularly at risk of developing orthorexia, as they gain knowledge about a healthy lifestyle and nutrition during their education. Therefore, the main assumption of this work was to identify the psychosocial-cultural and behavioral profile of individuals at increased risk of developing orthorexia. This would be a significant step towards developing effective preventive and intervention strategies. Analysis of previous studies indicates that orthorexia may be associated with specific personality traits, such as perfectionism, a very high need for control, and excessive susceptibility to social norms regarding body aesthetics.

Additionally, environmental factors, including social pressure and the influence of social media, may reinforce the tendency to over-control one's eating habits. Understanding these mechanisms would be important not only from a theoretical perspective, but above all from a practical perspective – it would make it easier for clinicians to make early diagnosis of people at risk of developing orthorexia and implement appropriate therapeutic interventions.

Aim

The aim of this study was to assess the risk of orthorexia-like behaviors in a group of students of health-related fields of study – nursing, midwifery, emergency medical services, physiotherapy, dietetics and medicine. The aim of the study was not only to determine the frequency of orthorexia, but also to identify important psychological and environmental predictors of this phenomenon. Additionally, an innovative aspect of this research project was to integrate empirical analysis with the development of a pilot educational intervention based on quantitative data, which enabled practical validation of the obtained conclusions in an academic environment.

The study focused on the analysis of the occurrence of orthorexia symptoms in various groups of students, with particular emphasis on dietetics. The selection of this group results from the fact that dietetics students are most at risk of developing orthorexia due to their specialist nutritional knowledge and the academic environment in which healthy eating habits are promoted. Unlike other medical students, dietitians have more contact

with the topic of nutrition on a daily basis, which may affect their approach to eating and their tendency to obsessively control the products consumed. Comparing this group with other students of health care-related fields will allow us to determine to what extent orthorexia may be the result of academic and professional factors, and to what extent it is a disorder resulting from other psychological and environmental conditions. Additionally, the study aimed to assess the relationship between the intensity of symptoms typical of orthorexia and selected demographic variables and body mass index (BMI).

In relation to the aim of the work, five research questions and corresponding research hypotheses were formulated. Their construction was based on a review of the collected scientific material on orthorexia, which allowed for taking into account previous research findings and enabled their empirical verification in the context of the analyzed population.

Study Methodology

A cross-sectional study was conducted between January 2023 and March 2024 among students of nursing, midwifery, emergency medical services, physiotherapy, dietetics and medicine from five universities. The study involved 1,270 people, but after verification, 1,200 complete responses were qualified for further analysis. It should be noted that 70 questionnaires were rejected due to the lack of key data, such as incomplete completion of the ORTO-15 test, lack of information on body weight or omission of answers to questions about eating behaviors.

The study used a research tool consisting of three elements: a) an original survey questionnaire examining selected eating behaviors, enabling the assessment of the respondents' eating habits and their potential relationship with the risk of orthorexia nervosa; b) a standardized ORTO-15 questionnaire, used to assess the intensity of orthorexia behaviors, based on cognitive and emotional aspects of eating disorders; c) a standardized Eating Behavior Questionnaire, measuring habitual overeating, emotional overeating, and dietary restrictions.

The study construction was based on the assumptions of the biopsychosocial approach to understanding eating disorders and was inspired by the paradigm of interactions between individual and contextual factors. The study included both intrapsychic components and external factors, in accordance with the assumptions of the social learning theory and the internalization of norms theory. Triangulation of research tools allowed for the simultaneous assessment of cognitive (ORTO-15), behavioral and emotional and habitual components.

The study also included the development of an educational activity of a preventive and reflective nature, which is an integral application element of the results of this study. The aim of this activity was to translate the results of statistical analyses into educational practice, aimed at increasing students' awareness of the risk of developing orthorexia and supporting self-reflection on their own eating behaviors. The educational activity was designed based on the obtained empirical data, in particular taking into account:

the results of the ORTO-15 test, responses to the Eating Behavior Questionnaire and statistically significant relationships between them.

The study included a pilot workshop. The pilot workshop was conducted in a group of 15 students of health-related majors, selected from among volunteers who met the basic inclusion criteria. The aim of the pilot was to initially evaluate the substantive content of the workshop, the teaching methods used, and the potential impact of the meeting on changing the participants' perception of their own nutritional attitudes.

The obtained results were subjected to detailed statistical analysis using the Statistica package (version 13.1, StatSoft) and SPSS (version 26, IBM). The analyses aimed to determine significant relationships between variables and to identify factors influencing the risk of orthorexia and selected nutritional behaviors among students of health-related majors.

Results

The majority of the analyzed group were women (82%) aged 18–30 (85%). The average age in the study group was 25 years (SD = 4.49). The youngest respondent was 19 years old, while the oldest was 33 years old. Analysis of the results in the ORTO-15 questionnaire showed that the occurrence of an increased risk of behaviors typical of orthorexia was found in 10.5% of the respondents, regardless of the field of study. However, it should be noted that midwifery students ($M = 34.19$) achieved the highest results in the intensity of symptoms typical of orthorexia, which significantly distinguishes them not only from nursing students, but also from students of emergency medicine ($M = 35.52$, $p = 0.002$), physiotherapy ($M = 35.76$, $p < 0.001$), dietetics ($M = 36.70$, $p < 0.001$) and medicine ($M = 36.78$, $p < 0.001$). These results indicate the greatest tendency towards orthorexia among midwifery students.

In terms of BMI, students of medical rescue and physiotherapy were characterized by a significantly lower percentage of overweight or obese people (2–4%) compared to those studying nursing, midwifery and medicine, where excess body weight affected 31–34% of the study participants. The highest percentage of people with normal body weight was noted among students of physiotherapy (93%) and medical rescue (91%). These differences were statistically significant ($\chi^2 = 208.382$, $p < 0.001$).

In order to check whether the BMI index value explains the level of risk of developing behaviors typical of orthorexia, a linear regression analysis was performed. The results indicate that the proposed model was a good fit to the data, $F(1.1198) = 126.986$, $p < 0.001$. This model showed that the BMI index was significantly and negatively related to the level of orthorexia, $\beta = 0.310$, $p < 0.001$. This means that the higher the BMI, the lower the level of orthorexia. The regression equation can be written as follows: $Y = 29.866 + 0.283 \cdot X$. This means that with an increase in BMI by one unit, the level of orthorexia decreases by 0.283 units. The tested model explains 9.6% of the variance in the level of orthorexia, which suggests that although BMI is a significant predictor, there

are other factors influencing orthorexia that were not included in this model.

The conducted analysis allowed us to determine the demographic and behavioral profile of people showing severe symptoms typical of orthorexia. The interpretation of the obtained results was placed in the context of existing theoretical models, including the cognitive-behavioral model of eating disorders and the theory of internalization of cultural norms concerning the body. The most characteristic features of this group are: a) dominance of women, which suggests a greater susceptibility of this gender to the development of orthorexia behaviors; b) very high overrepresentation of underweight people, which indicates a potential relationship between severe symptoms of orthorexia and low body weight; c) increased representation of midwifery students, compared to other fields of study, which show less severe symptoms of orthorexia; d) significantly more frequent use of restrictive dietary behaviors, which suggests that control of food intake is a key aspect in the functioning of people with severe symptoms of orthorexia; d) elevated rates of habitual and emotional overeating, which may indicate a paradoxical relationship between dietary control and periodic episodes of loss of control over eating.

The obtained results provide important information on factors predisposing to the severe symptoms typical of orthorexia, but require further exploration in the context of psychological mechanisms and the influence of environmental factors on the development of this phenomenon.

The pilot educational workshop on orthorexia was conducted among 15 students of health-related fields as a practical extension of previous quantitative studies. Its main goal was to increase participants' awareness of orthorexia and to encourage them to reflect on their own eating habits. The effectiveness of the workshop was assessed based on the results of the PRE and POST questionnaires, containing seven identical statements regarding knowledge, attitudes and self-reflection, assessed on a five-point Likert scale. Analysis of the results showed a clear increase in the participants' self-assessment of knowledge in each of the areas studied, especially in the area of recognizing the symptoms of orthorexia and distinguishing it from a healthy lifestyle. The use of interactive didactic methods and maintaining anonymity in the analysis of results allowed for the creation of a safe space conducive to honest reflection and openness. The obtained results confirm the educational value of such a workshop and indicate the need for further development of this type of activities in student education programs.

The identified risk factors suggest that orthorexia may function as a compensatory mechanism in coping with anxiety, lack of agency, or the need for control in the context of educational and professional pressure. It is therefore necessary to explore the psychological functions of these behaviors in more depth in further qualitative studies.

Conclusions

Based on the conducted study, the following conclusions of significant theoretical and practical importance can be formulated.

1. Orthorexia as a phenomenon particularly widespread among medical students - analysis of the results confirmed that people studying health sciences show a higher level of orthorexic symptoms. This may result from excessive internalization of the principles of healthy eating and a strong need for self-control among future health professionals. These results indicate the need to include educational content on eating disorders in the education programs of medical and dietetics students.

2. Strong correlation between BMI and the severity of orthorexic symptoms - people with a lower body mass index more often showed orthorexic patterns of eating behavior. This means that a restrictive approach to eating can lead to a significant reduction in energy supply, which in the long term can result not only in weight loss, but also nutritional deficiencies and negative health effects.

3. Eating behaviors as a significant factor differentiating people with severe symptoms of orthorexia – research results indicate that people with a high score on the ORTO-15 scale more often eliminate certain food groups, avoid eating outside meals and apply strict, restrictive rules regarding the selection and preparation of food. These behaviors, although they may be perceived as conscious pro-health choices, may in fact indicate mechanisms characteristic of eating disorders.

4. Developed profile of a person with severe orthorexia symptoms – based on the analyses conducted, a detailed profile of an individual showing orthorexia tendencies was developed. These people are most often characterized by a low BMI, study health-related courses, show great care for the quality of food consumed, eliminate certain products and avoid eating in public places. This profile can be used in future studies to identify people in the high-risk group and as a starting point for designing intervention programs.

5. The need to implement preventive programs – the results of this study indicate an urgent need to introduce preventive measures in the academic environment, especially in health-related courses. Educational programs should include modules on a flexible approach to diet, the consequences of excessive control over eating, and strategies for coping with stress and social pressure related to a healthy lifestyle.

The presented dissertation provides a comprehensive analysis of orthorexia in the academic environment, integrating quantitative, qualitative and application approaches, which makes it a significant contribution to the development of interdisciplinary knowledge about eating disorders.

The developed educational tool and the profile of a person with severe orthorexia features constitute a potential basis for the implementation of individualized interventions in the academic environment, especially in medical curricula.

In the future, it is recommended to conduct longitudinal studies that will allow for capturing the trajectory of orthorexia development and the effectiveness of the applied preventive strategies. An important direction of research is also the exploration of the role of psychological factors, such as the level of anxiety, self-control or susceptibility to social

influence, in shaping orthorexia eating patterns.

Keywords

Orthorexia, eating disorders, medical students, healthy eating, ORTO-15, BMI, psychological profile

1. Wstęp

Odpowiednie zachowania żywieniowe stanowią istotny element zachowań prozdrowotnego stylu życia. Ich celem jest systematyczne dostarczanie organizmowi składników niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania, w takich proporcjach, jakie odpowiadają jego potrzebom. Chociaż omawiane zachowania są kluczowe dla utrzymania homeostazy organizmu, to ich kształtowanie nie jest procesem automatycznym, ponieważ podlega wpływom licznych czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, które determinują indywidualne podejście do odżywiania.

Proces kształtowania prozdrowotnych zachowań żywieniowych rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie, a nabyte umiejętności wpływają na poglądy, nawyki oraz decyzje dotyczące odżywiania w okresie adolescencji, a następnie w dorosłości. W kontekście zdrowia publicznego kluczowe jest nie tylko właściwe kształtowanie zachowań żywieniowych w procesie socjalizacji, ale także ich zgodność z aktualnymi zaleceniami opartymi na dowodach naukowych [1].

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oraz rekomendacjami ekspertek i ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, normy żywieniowe określają optymalne ilości składników odżywczych i energii, niezbędnych do utrzymania zdrowia jednostki. W Polsce normy i zalecenia żywieniowe po raz pierwszy zostały opracowane w 1959 r. Od tego czasu wielokrotnie ulegały modyfikacjom, dostosowując się do aktualnej wiedzy naukowej oraz postępów w medycynie opartej na dowodach naukowych (*ang. Evidence-Based Medicine - EBM*) lub dietetyki opartej na dowodach naukowych (*ang. Evidence-Based Nutrition - EBN*). Ewolucja zaleceń dietetycznych wynika z rosnącej wiedzy na temat wpływu poszczególnych składników odżywczych na zdrowie człowieka. W związku z tym, oprócz norm żywieniowych, opracowano liczne narzędzia edukacyjne wspierające wdrażanie prawidłowych nawyków żywieniowych w społeczeństwie [2]. Jednym z nich jest Talerz Zdrowego Żywienia, który w przystępny sposób przedstawia zalecane proporcje grup produktów spożywczych w codziennej diecie.

Należy zaznaczyć, że prozdrowotne zachowania żywieniowe nie tylko sprzyjają utrzymaniu prawidłowej masy ciała, ale również odgrywają fundamentalną rolę w regulacji procesów metabolicznych. Odpowiednio zbilansowana dieta nie tylko dostarcza niezbędnych składników odżywczych, ale również warunkuje prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wpływając m.in. na homeostazę metaboliczną, regulację stężenia glukozy w osoczu krwi, funkcjonowanie układu nerwowego oraz ogólną kondycję psychofizyczną. Składniki odżywcze determinują także pracę neuroprzekaźników, tym samym regulując samopoczucie, koncentrację oraz zmniejszają ryzyko występowania chorób psychicznych tj. depresja czy zaburzenia lękowe. Odpowiedni poziom nawodnienia to kluczowy element utrzymania

zdrowia, pełni szereg istotnych funkcji metabolicznych i fizjologicznych [3].

O ile świadome kształtowanie zachowań żywieniowych jest kluczowym elementem zdrowego stylu życia, o tyle współczesna relacja człowieka z jedzeniem nie jest już wyłącznie biologiczną koniecznością. Na przestrzeni lat stała się także odzwierciedleniem norm społecznych i kulturowych. Relacja człowieka z jedzeniem odgrywa fundamentalną rolę w życiu jednostki i wykracza daleko poza aspekt biologicznego zaspokajania głodu. Choć podstawową funkcją odżywiania pozostaje dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych i energii, to we współczesnym świecie akt jedzenia stał się także nośnikiem znaczeń społecznych, kulturowych oraz psychologicznych. Spożywanie posiłków pełni funkcję integracyjną, wzmacnia więzi społeczne i często stanowi element rytuałów rodzinnych, religijnych czy obyczajowych. Jednocześnie jedzenie może być formą wyrażania tożsamości, manifestowania przekonań czy regulowania emocji. Wraz z ewolucją społeczeństw i zmianami w stylu życia, relacja człowieka z jedzeniem uległa skomplikowaniu m.in. wzrosła dostępność wysoko przetworzonej żywności, pojawiły się nowe normy estetyczne ciała, a presja społeczna dotycząca sposobu odżywiania i wyglądu stała się istotnym czynnikiem kształtującym nawyki żywieniowe. W konsekwencji, u części osób relacja ta przestała być zrównoważona i ulega zaburzeniom, prowadząc do nieprawidłowych wzorców odżywiania. Coraz częściej zwraca się uwagę na to, że zaburzenia odżywiania wynikają z interakcji wielu czynników psychologicznych, społecznych i środowiskowych, co wymaga interdyscyplinarnego podejścia do ich diagnozy i leczenia [4].

Nieprawidłowa relacja człowieka z jedzeniem jest zagadnieniem szerokim i wielowymiarowym, jednak w powszechnym odbiorze często utożsamiana jest przede wszystkim z klasycznymi zaburzeniami odżywiania, takimi jak jadłowstręt psychiczny (anoreksja) czy żarłoczność psychiczna (bulimia). W rzeczywistości, to właśnie te jednostki chorobowe zostały najlepiej opisane w literaturze naukowej, a ich mechanizmy psychologiczne, społeczne i neurobiologiczne są stosunkowo dobrze poznane. Mimo to, wiele aspektów dotyczących ich etiologii oraz skutecznych strategii terapeutycznych nadal pozostaje przedmiotem dyskusji i dalszych badań. W szczególności analizuje się, w jaki sposób interakcja czynników genetycznych, psychologicznych oraz wpływów społeczno-kulturowych przyczynia się do powstawania i utrzymywania tych zaburzeń.

Choć anoreksja i bulimia stanowią najbardziej skrajne przykłady zaburzeń odżywiania, analiza relacji człowieka z jedzeniem wymaga znacznie szerszej perspektywy. Słowo „nieprawidłowa” sugeruje bowiem jednoznacznie negatywne konotacje, jednak nie wszystkie zaburzenia na tym tle wiążą się z poważnym deficytem energetycznym czy kompulsywnymi zachowaniami żywieniowymi. Warto zwrócić uwagę na przypadki, w których obsesyjna koncentracja na „zdrowym i czystym” odżywianiu zaczyna przejmować kontrolę nad codziennym funkcjonowaniem jednostki, prowadząc do poważnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak skrajne ograniczanie spożycia kalorii i składników ważnych dla utrzymania homeostazy organizmu. Podczas gdy anoreksja polega na restrykcyjnym ogra-

niczaniu ilości spożywanego jedzenia w celu redukcji masy ciała, w obsesyjnym myśleniu o zdrowym odżywianiu się kluczową rolę odgrywa jakość pokarmów. Jednostka nie dąży do deficytu energetycznego, lecz eliminuje z diety produkty, które nie spełniają jej rygorystycznych kryteriów „zdrowej i czystej żywności”. Choć różne pod względem motywacji i mechanizmów psychologicznych, oba te zjawiska łączy jedno – obsesyjna kontrola nad sposobem odżywiania, która przestaje być elementem zdrowego stylu życia, a staje się źródłem lęku, frustracji i społecznej izolacji.

Chociaż anoreksja i bulimia stanowią najbardziej rozpoznawalne zaburzenia odżywiania, coraz częściej w literaturze naukowej pojawia się koncepcja ortoreksji – zjawiska, które nie jest związane z deficytem energetycznym, lecz z nadmierną kontrolą jakości spożywanego jedzenia. W ostatnich latach zarówno środowisko naukowe, jak i praktycy zajmujący się terapią zaburzeń odżywiania coraz częściej koncentrują swoją uwagę na zjawisku polegającym na obsesyjnej dbałości o „zdrowe i czyste” odżywianie. Pomimo rosnącego zainteresowania tym problemem, ortoreksja nie została dotychczas uznana za odrębną jednostkę chorobową i nie figuruje w obowiązujących klasyfikacjach diagnostycznych, takich jak ICD-10, ICD-11 czy DSM-5. Brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych sprawia, że identyfikacja osób dotkniętych tym zaburzeniem pozostaje wyzwaniem zarówno dla badaczy, jak i klinicystów. Pomimo braku oficjalnego uznania ortoreksji za jednostkę chorobową, w literaturze naukowej podejmowane są próby opracowania narzędzi diagnostycznych, takich jak skale oceny ortoreksji (np. ORTO-15), jednak ich trafność i rzetelność wciąż pozostają przedmiotem badań.

Profil osoby z ortoreksją często obejmuje cechy takie jak wysoka potrzeba kontroli, perfekcjonizm, wysokie nasilenie lęku oraz skłonność do sztywnych przekonań dotyczących „czystego” jedzenia. Osoby z tendencją do ortoreksji stopniowo eliminują coraz większą liczbę produktów niespełniających ich subiektywnych standardów, co może prowadzić do niedoborów żywieniowych, społecznej izolacji, a nawet rozwoju i nasilenia zaburzeń lękowych. Problemem w określeniu granicy między normą a patologią jest fakt, że dbanie o jakość spożywanej żywności jest powszechnie postrzegane jako korzystne i promowane w ramach zdrowego stylu życia.

Nie istnieje jednoznaczne kryterium diagnostyczne pozwalające określić moment, w którym troska o zdrowe odżywianie ewoluuje w patologiczne wzorce żywieniowe. W przeciwieństwie do mierzalnych parametrów biologicznych, takich jak stężenie glukozy w osoczu krwi, ciśnienie tętnicze czy wskaźnik masy ciała (BMI), w przypadku ortoreksji granica między normą a patologią nie jest jednoznaczna i nie może zostać określona na podstawie jednoznacznych kryteriów ilościowych. Kwestia ta pozostaje szczególnie problematyczna, ponieważ zdrowe odżywianie jest szeroko promowane jako element profilaktyki niezakaźnych chorób przewlekłych, co może prowadzić do trudności w rozróżnieniu między racjonalnym podejściem do diety a jego patologiczną postacią. W praktyce klinicznej kluczowym wyzwaniem jest określenie, w którym momencie dbanie o jakość spożywanego

jedzenia przestaje być świadomą decyzją, a zaczyna stanowić źródło napięcia, lęku i społecznych ograniczeń. Z tego względu diagnoza ortoreksji wymaga interdyscyplinarnego podejścia, które uwzględnia nie tylko wzorce żywieniowe, ale także ich wpływ na funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne jednostki. Granice normy w tym przypadku nie są więc sztywne. W związku z tym zamiast szukać arbitralnych wyznaczników patologii, konieczne jest analizowanie, w jakim stopniu dane zachowania żywieniowe mają negatywny wpływ na zdrowie somatyczne, jak i psychiczne.

Jednym z kluczowych wyzwań we współczesnych badaniach nad ortoreksją jest identyfikacja czynników determinujących zachowania charakterystyczne dla tego zaburzenia, które mogłyby stanowić podstawę do opracowania bardziej precyzyjnych kryteriów diagnostycznych. Dotychczasowe próby konceptualizacji ortoreksji koncentrują się przede wszystkim na nadmiernej kontroli jakości spożywanych produktów oraz sztywnym trzymaniu się subiektywnie określonych zasad zdrowego i czystego odżywiania. Jednak wciąż brakuje jednoznacznych wskaźników pozwalających na systematyczne rozróżnienie między ortoreksją a prozdrowotnym stylem życia. Niejasność w zakresie określenia granic diagnostycznych utrudnia prowadzenie badań epidemiologicznych, a także ogranicza możliwość skutecznej identyfikacji osób szczególnie narażonych na rozwój tego rodzaju zaburzenia.

Wyodrębnienie profilu psychologicznego oraz społeczno-kulturowego jednostek o podwyższonym ryzyku rozwoju ortoreksji stanowiłoby istotny krok w kierunku opracowania skutecznych strategii prewencyjnych oraz interwencyjnych. Analiza dotychczasowych badań wskazuje, że ortoreksja może być powiązana z określonymi cechami osobowości, takimi jak perfekcjonizm, bardzo duża potrzeba kontroli, nadmierna podatność na społeczne normy dotyczące estetyki ciała. Dodatkowo, czynniki środowiskowe, w tym presja kulturowa związana z promowaniem „czystego” jedzenia oraz wpływ mediów społecznościowych, mogą wzmacniać tendencję do nadmiernej kontroli nad sposobem odżywiania. Zrozumienie tych mechanizmów miałoby znaczenie nie tylko z perspektywy teoretycznej, ale przede wszystkim praktycznej, ponieważ ułatwiłoby to klinicystom wczesne rozpoznanie osób zagrożonych rozwojem ortoreksji oraz wdrażanie adekwatnych interwencji terapeutycznych. Brak jednoznacznych wyznaczników diagnostycznych powoduje, że w praktyce klinicznej często dochodzi do niedoszacowania ryzyka, a osoby dotknięte ortoreksją mogą przez długi czas nie otrzymywać właściwej pomocy. Dlatego konieczne są dalsze badania nad determinantami tego zaburzenia, które pozwolą nie tylko na stworzenie bardziej precyzyjnych narzędzi diagnostycznych, ale także na opracowanie efektywnych metod terapii i profilaktyki dostosowanych do specyfiki tego zaburzenia [4].

2. Ewolucja postrzegania relacji człowieka z jedzeniem - od klasycznych zaburzeń odżywiania do nowych wyzwań diagnostycznych

Zaburzenia odżywiania stanowią jedno z kluczowych wyzwań dla zdrowia publicznego, a ich diagnostyka i terapia wymagają interdyscyplinarnego podejścia. Na przestrzeni lat podejście naukowe do relacji człowieka z jedzeniem ewoluowało, a tradycyjne klasyfikacje zaburzeń odżywiania stopniowo uzupełniane są o nowe jednostki, takie jak np. kompulsywne objadanie się (BED). W niniejszym rozdziale omówiona zostanie ewolucja postrzegania zaburzeń odżywiania z perspektywy medycznej i psychologicznej [4].

2.1 Relacja człowieka z jedzeniem w ujęciu historycznym i kulturowym

Jedzenie jest jedną z najbardziej fundamentalnych czynności biologicznych warunkujących przetrwanie człowieka. Jednak na przestrzeni dziejów jego funkcja uległa znaczącym przekształceniom, wykraczając daleko poza pierwotną rolę dostarczania energii i składników odżywczych. Ewolucja relacji człowieka z jedzeniem stanowi złożony proces, w którym czynniki biologiczne splatają się z kulturowymi, społecznymi i psychologicznymi, a akt spożywania pokarmów stał się jednym z podstawowych narzędzi organizowania społecznej aktywności [5, 6, 7].

Współczesny człowiek podejmuje decyzje dotyczące jedzenia wielokrotnie w ciągu dnia – nie tylko co spożyć, ale także kiedy, w jaki sposób i w jakim kontekście społecznym. Część z tych wyborów jest wynikiem świadomej refleksji, jednak wiele mechanizmów leżących u podstaw relacji z jedzeniem ma charakter automatyczny i nieuświadomiony. Współczesny świat charakteryzuje się paradoksem nadmiaru i selektywności żywieniowej. W krajach rozwiniętych jedzenie jest powszechnie dostępne, a jednocześnie staje się elementem strategii marketingowych, symboli kulturowych i deklaracji światopoglądowych. Obecność żywności w mediach społecznościowych, programach kulinarnych czy trendach dietetycznych potwierdza, że spożywanie pokarmów przestało być wyłącznie aktem biologicznym, a stało się narzędziem autokreacji i społecznego komunikowania [5, 8].

Pierwotne społeczności ludzkie traktowały jedzenie przede wszystkim w kategoriach

przetrwania. W społeczeństwach zbieracko-łowieckich dostęp do żywności determinował mobilność grupy, jej organizację społeczną oraz hierarchię. Pokarm był zdobywany w sposób oportunistyczny. Człowiek spożywał to, co było dostępne, a czas posiłków warunkowany był dostępnością zasobów naturalnych. Akt jedzenia był więc ściśle podporządkowany biologii i warunkom środowiskowym. Głód stanowił główny regulator zachowań żywieniowych, a ostateczna funkcja jedzenia ograniczała się do podtrzymania życia [9,10].

Z czasem, w miarę rozwoju rolnictwa, które umożliwiło magazynowanie żywności, jedzenie zaczęło spełniać także funkcję społeczną. Wspólne spożywanie posiłków stało się okazją do nawiązywania więzi i budowania struktur wspólnotowych. Jedzenie zaczęło odgrywać rolę rytuału społecznego, co znajduje odzwierciedlenie we wszystkich znanych kulturach [5, 9,10].

Wraz z rozwojem cywilizacji jedzenie zaczęło kształtować także relacje międzyludzkie. Stół stał się centrum życia rodzinnego i społecznego, a wspólne posiłki pełniły funkcję spoiwa łączącego grupy społeczne i pokolenia. Spożywanie pokarmów w towarzystwie nie tylko wzmacniało więzi, ale również regulowało strukturę hierarchiczną. W wielu kulturach określone osoby miały pierwszeństwo w dostępie do jedzenia, co odzwierciedlało ich pozycję w grupie [8,11].

Jedzenie odgrywało także kluczową rolę w konstruowaniu dystynkcji społecznych. Na przykład, wybory żywieniowe odzwierciedlają habitus jednostki oraz jej pozycję w strukturze społecznej. Spożywane produkty, sposób ich przygotowania i kontekst konsumpcji nie były przypadkowe i stanowiły element systemu symbolicznego, w którym klasa społeczna manifestowała swoją tożsamość. W starożytnych cywilizacjach, takich jak Egipt, Grecja czy Rzym, określone pokarmy były zarezerwowane dla elit, co miało podkreślać ich uprzywilejowaną pozycję. W kulturach europejskich jeszcze w XIX wieku rodzaj spożywanego jedzenia stanowił jeden z podstawowych elementów rozróżnienia klasowego np. osoby zamożne mogły pozwolić sobie na mięso i egzotyczne przyprawy, podczas gdy niższe warstwy społeczne opierały dietę na produktach podstawowych, takich jak zboża i warzywa [5, 11].

Z kolei w świecie współczesnym jedzenie stało się narzędziem wyrażania tożsamości, a wybory żywieniowe często odzwierciedlają świadome decyzje dotyczące stylu życia, etyki i wartości [11]. Współczesne trendy, takie jak weganizm, slow food czy ruch zero waste, pokazują, że jedzenie jest nie tylko formą zaspokajania głodu, ale także sposobem manifestowania poglądów oraz budowania przynależności do określonej grupy społecznej.

Od wieków jedzenie pełniło również funkcję rytualną i duchową. W większości systemów religijnych żywność nie jest traktowana jedynie jako element diety, ale jako sfera sacrum, podlegająca określonym regułom i zakazom. Na przykład, w judaizmie koszerność określa zasady dotyczące doboru i przygotowania pokarmów, w islamie halal stanowi normy dotyczące czystości jedzenia, a w chrześcijaństwie Eucharystia jest symbolicznym aktem jedzenia i picia, który wykracza poza wymiar biologiczny [8,11].

Również post polegający na ograniczaniu spożycia żywności w wielu tradycjach religijnych jest traktowany jako forma oczyszczenia duchowego, a także sposób na zbliżenie się do Boga. Takie podejście podkreśla, że jedzenie to nie tylko akt fizyczny, ale również przejaw wartości duchowych i moralnych [5, 8].

Chociaż rytualizacja spożywania pokarmów w tradycjach religijnych jest zjawiskiem o wielowiekowej historii, również w społeczeństwach zsekularyzowanych można dostrzec tendencję do nadawania jedzeniu głębszych znaczeń. Współczesne praktyki żywieniowe, takie jak diety eliminacyjne czy koncepcje *mindfuleating*, stanowią przykład nowoczesnych rytuałów jedzenia, które łączą aspekty zdrowotne, pogładowe i psychologiczne [11].

We współczesnym świecie jedzenie jest wszechobecne – od wczesnych godzin porannych, gdy ludzie decydują o śniadaniu, po wieczorne spotkania towarzyskie, które często odbywają się w kontekście jedzenia i picia. Codziennie ludzie podejmują liczne decyzje dotyczące jedzenia, które wykraczają poza biologiczne potrzeby organizmu – rozważają co spożyć, z kim, w jakim miejscu i w jakiej formie.

Część tych decyzji jest świadoma i może służyć realizacji określonych celów społecznych, emocjonalnych lub estetycznych. Przygotowanie posiłku dla bliskiej osoby jest aktem troski, a spożywanie obiadu w towarzystwie przyjaciół umacnia relacje międzyludzkie. Jednak wiele wyborów żywieniowych odbywa się w sposób automatyczny i nieuświadomiony, kierowany nawykami, normami społecznymi i wzorcami wykształconymi w dzieciństwie. Ludzie często sięgają po określone pokarmy nie dlatego, że są głodni, ale ponieważ dany produkt stał się częścią rutyny lub działa jako mechanizm regulacji emocji [5,11].

W tym kontekście jedzenie można postrzegać jako fenomen wielowymiarowy, łączący w sobie biologię, kulturę, religię, psychologię i społeczne interakcje. Człowiek od zarania dziejów nadawał jedzeniu nowe znaczenia, a współczesna rzeczywistość sprawiła, że stało się ono nie tylko podstawową czynnością życiową, ale również narzędziem budowania relacji, wyrażania siebie i kształtowania tożsamości [5].

Chociaż wiele decyzji żywieniowych podejmowanych jest świadomie, znaczna część zachowań związanych ze spożywaniem pokarmów wynika z automatyzmów poznawczych, wpływów kulturowych oraz mechanizmów wykształconych w dzieciństwie. Jak wskazują badania, czynniki takie jak kolor talerza, rozmiar porcji czy kontekst społeczny mogą w istotny sposób wpływać na wybory żywieniowe, często poza świadomością jednostki [5, 12].

2.2 Anoreksja i bulimia jako główne zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania charakteryzują się nienormatywnymi wzorcami przyjmowania pokarmu oraz współistniejącymi trudnościami psychicznymi i społecznymi, w tym relacyj-

nymi. Ich cechą charakterystyczną jest nadmierna troska o wygląd fizyczny połączona z zniekształconym obrazem ciała i strachem przed przybraniem masy ciała [13, 14]. Konsekwencje zaburzeń odżywiania obejmują zarówno powikłania somatyczne, jak i zwiększone ryzyko zaburzeń psychicznych, a w skrajnych przypadkach mogą prowadzić do śmierci. Na przykład, jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa, AN) jest jednym z najbardziej śmiertelnych zaburzeń psychiatrycznych, z odsetkiem śmiertelności sięgającym nawet 20% w populacjach klinicznych [15-17].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sklasyfikowała zaburzenia odżywiania jako jedno z najbardziej problematycznych pod względem efektywności leczenia jednostek chorobowych wśród dzieci i młodzieży, podkreślając ich wysokie ryzyko dla zdrowia fizycznego i psychicznego oraz częste współwystępowanie innych zaburzeń psychiatrycznych. Najczęściej diagnozowanymi jednostkami współistniejącymi są zaburzenia depresyjne (23,3%), zaburzenia lękowe (10%), zaburzenia adaptacyjne (3,3%). Wymienione zaburzenia mogą pogłębiać przebieg choroby oraz prowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych. Dodatkowo obserwuje się negatywne postrzeganie relacji rodzinnych (43,3%) [18].

Zaburzenia odżywiania najczęściej rozpoczynają się w okresie adolescencji i dotyczą w przeważającej mierze młodych kobiet, co może być związane z czynnikami biologicznymi, psychologicznymi oraz społeczno-kulturowymi. W okresie dojrzewania zmiany fizyczne, rozwój tożsamości oraz wzrost presji rówieśniczej mogą przyczyniać się do rozwoju i utrwalania negatywnego obrazu ciała, co z kolei zwiększa ryzyko rozwoju patologicznych wzorców żywieniowych [19, 20].

Etiologia zaburzeń odżywiania jest przedmiotem wielu badań, a aktualne modele teoretyczne wskazują na dynamiczną interakcję czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. Badania neuroobrazowe sugerują, że u pacjentów z anoreksją i bulimią dochodzi do zaburzeń funkcji struktur korowych i podkorowych związanych z regulacją impulsów, regulacją ośrodka nagrody oraz przetwarzaniem obrazu ciała. W ostatnich latach istotne znaczenie przypisuje się także mikrobiocie jelitowej oraz jej wpływowi na neurotransmisję w obrębie osi jelito-mózg, co może modulować zachowania związane z jedzeniem i reakcje na stres. Współczesne modele integracyjne postulują, że podatność genetyczna w połączeniu z wczesnymi doświadczeniami środowiskowymi (np. normy kulturowe, presja rówieśnicza) oraz deficyty w regulacji emocji mogą znacząco zwiększać ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania [21].

Początkowo zaburzenia odżywiania były diagnozowane głównie w krajach zachodnich. W związku z tym uważano, że wynikają z kulturowych uwarunkowań. Wraz z postępującą industrializacją i globalizacją wzrosła jednak ich częstość również w krajach azjatyckich i innych regionach świata [22-25]. Qian i wsp. [26] przeprowadzili przegląd systematyczny, którego celem było zaktualizowanie danych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania w populacji ogólnej przed rokiem 2021 oraz analiza ich epidemiologii w różnych regionach geograficznych i między płciami. W swojej analizie uwzględnili 33 badania.

Badacze odnotowali, że częstość występowania poszczególnych zaburzeń odżywiania w ciągu życia wynosiła 0,16% (95% CI: 0,06–0,31) w przypadku anoreksji, 0,63% (95% CI: 0,33–1,02) w przypadku bulimii oraz 1,53% (95% CI: 1,00–2,17) w przypadku kompulsywnego objadania się (BED). Najwyższą częstość występowania odnotowano w krajach zachodnich (1,89%) oraz wśród kobiet (2,58%). Zdaniem badaczy rzeczywista częstość występowania zaburzeń odżywiania może być niedoszacowana. Według ich analizy wiele badań epidemiologicznych nie uwzględniało wszystkich typów zaburzeń odżywiania, a nowe kategorie diagnostyczne wykazują wyższą częstość występowania [25]. W innych badaniach odnotowano, że częstość występowania zaburzeń odżywiania w populacji ogólnej była bardzo zróżnicowana i wahała się od 0,1% do 3,8%[17].

Zaobserwowane różnice w częstości występowania zaburzeń odżywiania mogą wynikać z heterogeniczności populacji badanych w różnych krajach. Wcześniejsze badania wskazywały na niższą częstość występowania tych zaburzeń w krajach niezachodnich w porównaniu do krajów wysoko rozwiniętych. Jednak najnowsze analizy epidemiologiczne, oparte na zastosowaniu narzędzia EAT-26, wykazały znaczący wzrost przypadków zaburzeń odżywiania w populacji koreańskich nastolatków. W tym miejscu warto jednak podkreślić, że narzędzie EAT-26 nie jest podstawą rozpoznania zaburzeń odżywiania, a jedynie pozwala na określenie ryzyka wystąpienia tych zaburzeń. Wykazano, że najwyższy odsetek występowania tych zaburzeń obserwuje się w Ameryce Północnej, następnie w Azji i Europie. Różnice geograficzne mogą wynikać zarówno z uwarunkowań genetycznych, jak i behawioralnych, na które wpływa środowisko, w tym specyfika diety oraz mikrobiota jelitowa. Mikrobiom jelitowy, którego różnorodność i skład znacząco różnią się w zależności od regionu geograficznego, został wskazany jako jeden z potencjalnych czynników modulujących ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania. Ponadto istotną rolę odgrywają czynniki kulturowe, takie jak uzależnienia behawioralne (np. cyberuzależnienie), negatywny wpływ mediów na postrzeganie ciała oraz rozpowszechnienie diet redukcyjnych. Zmiany stylu życia, w tym chroniczny stres oraz sposób odżywiania, mogą stanowić dodatkowe czynniki warunkujące rozwój zaburzeń odżywiania, przy czym ich wpływ może różnić się w zależności od uwarunkowań społeczno-kulturowych danego kraju [22-26].

Dane epidemiologiczne wskazują na wzrost częstości zaburzeń odżywiania na całym świecie, przy czym ich rozpowszechnienie jest szczególnie wysokie w krajach zachodnich. Jednak coraz więcej badań przeprowadzonych w Azji i Ameryce Południowej sugeruje, że zaburzenia te nie są już wyłącznie domeną społeczeństw zachodnich. Może to wynikać zarówno ze zmieniających się norm kulturowych, jak i większej świadomości klinicznej oraz dostępu do narzędzi diagnostycznych. Warto podkreślić, że rozbieżności w danych epidemiologicznych mogą wynikać z różnic w stosowanych kryteriach diagnostycznych – niektóre badania wykorzystują starsze klasyfikacje (np. DSM-IV), podczas gdy inne opierają się na bardziej aktualnych wytycznych (DSM-5, ICD-11), co utrudnia jednoznaczne porównanie wyników. Ponadto coraz częściej analizuje się występowanie zaburzeń od-

żywiania w populacji mężczyzn, co podważa wcześniejsze przekonanie o ich wyłącznej dominacji wśród kobiet [21].

Dokładne określenie częstości występowania zaburzeń odżywiania oraz ich etiologii jest ściśle powiązane z klasyfikacją diagnostyczną. W związku z tym istotne jest omówienie systemów klasyfikacyjnych stosowanych w psychiatrii, które umożliwiają identyfikację i standaryzację kryteriów diagnostycznych. Dokładne określenie rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania oraz ich skuteczna diagnoza wymagają zastosowania ujednoliconych kryteriów klasyfikacyjnych.

Aktualnie, zaburzenia odżywiania są klasyfikowane w dwóch głównych systemach diagnostycznych: Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM) oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Powiązanych Problemów Zdrowotnych (ICD). Oba te systemy, choć różnią się w podejściu do klasyfikacji jednostek chorobowych, odgrywają kluczową rolę w standaryzacji diagnozy i badań nad zaburzeniami odżywiania. Wykazują także wiele wspólnych cech [20].

Jednym z najczęściej stosowanych systemów diagnostycznych jest DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), opracowywany przez American Psychiatric Association (APA). Zaburzenia odżywiania zostały po raz pierwszy uwzględnione w DSM-III (1980), a następnie ich kryteria uległy rewizji w DSM-III-R (1987). Kolejne aktualizacje pojawiły się w DSM-IV (1994) oraz w jego poprawionej wersji DSM-IV-TR (2000). Najnowsza wersja, DSM-5, opublikowana w 2013 roku, wprowadziła istotne zmiany w klasyfikacji, m.in. rozszerzenie kategorii diagnostycznych oraz włączenie nowych jednostek, takich jak zaburzenie z napadami objadania się (BED) [14, 26]. Aktualnie przygotowana jest klasyfikacja DSM-6.

Równolegle do DSM, zaburzenia odżywiania są klasyfikowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD), publikowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Po raz pierwszy zostały uwzględnione w ICD-9 (1977), a następnie poddane rewizji w ICD-10 (1990). Najbardziej aktualna wersja, ICD-11 (2019), wprowadziła dodatkowe zmiany w kryteriach diagnostycznych, dostosowując je do współczesnych badań nad etiologią i manifestacją kliniczną zaburzeń odżywiania [26].

2.3 Charakterystyka medyczna i psychologiczna jadłowstrętu psychicznego

Jadłowstręt psychiczny (Anoreksja nervosa - AN) to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się poważnym zniekształceniem obrazu ciała, nadmierną troską o wygląd fizyczny oraz skrajnym lękiem przed przyrostem masy ciała, z niezdolnością do wglądu w chorobę oraz negatywnego wpływu zbyt niskiej masy ciała na zdrowie [27, 28]. Pierwszy udokumentowany przypadek jadłowstrętu psychicznego został opisany w 1888 roku w czasopiśmie *The*

Lancet. W artykule tym autor opisuje warunki życia czternastoletniej dziewczyny, która miała skrajną niedowagę i była wyraźnie wychudzona i odmawiała jedzenia czegokolwiek bez wyraźnego powodu [24].

W procesie diagnostyki anoreksji stosuje się kryteria diagnostyczne określone we wspomnianej już wcześniej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz DSM-5. Kryteria te stanowią obecnie obowiązujący standard w praktyce klinicznej, umożliwiając ujednolicenie rozpoznania oraz zapewniając podstawę do prowadzenia badań epidemiologicznych i klinicznych [27].

Zgodnie z DSM-5 kryteria diagnostyczne dotyczące anoreksji brzmią następująco:

- ograniczenie spożycia energii w stosunku do zapotrzebowania, prowadzące do istotnie niskiej masy ciała w kontekście wieku, płci, trajektorii rozwojowej i stanu zdrowia fizycznego. Znacząco niską masę ciała definiuje się jako masę ciała mniejszą niż minimalnie normalna lub w przypadku dzieci i młodzieży, mniejszą niż minimalnie oczekiwana;
- intensywny strach przed przybraniem na masie ciała lub otyłością albo uporczywe zachowanie utrudniające przyrost masy ciała, nawet przy znacząco niskiej masie ciała;
- zaburzenie sposobu odczuwania masy lub kształtu ciała, nadmierny wpływ masy lub kształtu ciała na samoocenę lub uporczywy brak uznania powagi obecnej niskiej masy ciała [27].

Dodatkowo, należy określić, czy jest to typ ograniczający, co świadczy o tym, że w ciągu ostatnich trzech miesięcy dana osoba nie doświadczyła nawracających epizodów objadania się lub zachowań przeczyszczających. Podtyp ten opisuje objawy, w których utratę masy ciała osiąga się głównie poprzez dietę, post i/lub nadmierne ćwiczenia. Z kolei typ objadania się i przeczyszczania można stwierdzić w przypadku osób, u których w ciągu ostatnich trzech miesięcy występowały nawracające epizody objadania się lub zachowania przeczyszczające. W przypadku osób z typem objadania się i przeczyszczania częściej obserwuje się skłonność do impulsywności, a w związku z tym, takie osoby częściej nadużywają narkotyków i alkoholu w porównaniu do osób, które charakteryzują się typem restrykcyjnym [29].

W przypadku dorosłych minimalny poziom masy ciała opiera się na aktualnym wskaźniku masy ciała BMI, zaś w przypadku dzieci i młodzieży na percentylu BMI. Poniżej zamieszczono ocenę wskaźnika BMI u dorosłych zgodnie z danymi WHO:

- łagodne: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$;
- umiarkowane: $BMI 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$;

- ciężkie: BMI 15 – 15,99 kg/m²;
- ekstremalne: BMI < 15 kg/m² [30].

Kryteria diagnostyczne dotyczące anoreksji w ICD-10 odbiegają od tych zawartych w DSM-5. Jadłowstręt psychiczny zgodnie z ICD-10 można stwierdzić, gdy :

- występuje spadek masy ciała lub u dzieci brak przyrostu masy ciała prowadzący do masy ciała o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej stosownie do wieku i wzrostu;
- spadek masy ciała jest narzucony samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”;
- ma miejsce samoocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem, co prowadzi do narzucania samemu sobie niskiego progu masy ciała;
- obejmujące zaburzenia osi przysadkowo-gonadalnej przejawiające się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji (istotnym wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień z pochwy u kobiet anorektycznych stosujących substytucyjne leczenie hormonalne, najczęściej w postaci przyjmowania leków antykoncepcyjnych) [29,31].

Biorąc pod uwagę powyższe, główną i znaczącą różnicą pomiędzy DSM-5, a ICD-10 jest to, że kryteria DSM-5 nie wskazują już na konieczność utraty miesiączki, by dokonać diagnozy anoreksji [29,30].

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 zawiera zaktualizowane kryteria diagnostyczne anoreksji, które uwzględniają współczesne badania nad tym zaburzeniem oraz zmiany w podejściu klinicznym. W porównaniu do ICD-10, nowe wytyczne obejmują bardziej elastyczne podejście do rozpoznawania zaburzenia, rezygnując m.in. z sztywno określonego progu wskaźnika BMI jako warunku koniecznego do diagnozy. Ponadto podkreślają one znaczenie psychologicznych mechanizmów choroby, w tym upośledzonej zdolności do realistycznej oceny własnej masy ciała oraz nieadekwatnych strategii kontroli masy ciała, co jest kluczowe dla zrozumienia anoreksji jako zaburzenia psychicznego, a nie jedynie problemu dotyczącego masy ciała.

Mimo że ICD-11 oficjalnie weszła w życie w styczniu 2022 roku, to w momencie przygotowywania niniejszej pracy doktorskiej nie została jeszcze wdrożona jako obowiązujący standard diagnostyczny w Polsce. W związku z tym, w praktyce klinicznej oraz w systemach opieki zdrowotnej nadal stosowane są kryteria diagnostyczne zawarte w ICD-10. Wprowadzenie ICD-11 do użytku w Polsce będzie wymagało odpowiednich regulacji prawnych oraz aktualizacji procedur diagnostycznych i terapeutycznych, co wymaga czasu. Z tego względu, pomimo istotnych zmian w klasyfikacji, analizy epidemiologiczne oraz oceny

diagnostyczne w niniejszej pracy będą oparte na kryteriach obowiązujących w ICD-10, które nadal stanowią punkt odniesienia dla praktyki klinicznej.

Anoreksja jest złożonym zaburzeniem psychicznym o etiologii wieloczynnikowej, w której kluczową rolę odgrywa interakcja czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych. Zrozumienie mechanizmów prowadzących do rozwoju anoreksji wymaga analizy wielowymiarowych uwarunkowań, które przyczyniają się do wystąpienia i podtrzymywania zaburzenia. Współczesne modele teoretyczne podkreślają, że rozwój tego zaburzenia nie wynika z jednego izolowanego czynnika, lecz stanowi efekt działania wielu determinant, które można podzielić na czynniki predysponujące, wyzwalające oraz podtrzymujące. Rozróżnienie to jest istotne z perspektywy diagnozy oraz doboru odpowiednich strategii terapeutycznych [7, 31].

Czynniki predysponujące do anoreksji odnoszą się do specyficznych uwarunkowań biologicznych, psychologicznych i środowiskowych, które zwiększają podatność jednostki na rozwój tego zaburzenia. W literaturze naukowej podkreśla się, że żadna z tych grup czynników nie działa w izolacji, a wręcz przeciwnie, ich wzajemna interakcja może prowadzić do nasilenia ryzyka. Przykładowo, osobowość o cechach perfekcjonistycznych i obsesyjnych w połączeniu z wysokimi oczekiwaniami ze strony środowiska rodzinnego oraz presją kulturową dotyczącą wyglądu ciała może skutkować utrwaleniem nieadaptacyjnych schematów myślenia i zachowania w zakresie odżywiania [32, 33]. Główne czynniki predysponujące typowe dla AN zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Czynniki predysponujące do anoreksji. Opracowano na podstawie: [32, 33].

Nazwa czynnika	Charakterystyka
Trudności w osiągnięciu autonomii	Jednym z kluczowych aspektów predysponujących do rozwoju anoreksji są zaburzenia procesu separacji-indywiduacji, szczególnie w okresie adolescencji. Osoby z anoreksją często doświadczają trudności w budowaniu autonomii oraz w kształtowaniu niezależnej tożsamości, co skutkuje nadmierną potrzebą kontroli nad swoim ciałem i zachowaniami żywieniowymi.
Dysfunkcyjne relacje rodzinne	W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie struktury rodzinnej i wzorców komunikacji w etiologii anoreksji. W rodzinach osób z tym zaburzeniem często obserwuje się nadmierną kontrolę, brak przestrzeni dla autonomii dziecka oraz wysokie oczekiwania dotyczące perfekcji i samodyscypliny. Dodatkowo, mogą występować zaburzone role rodzinne, w których jednostka z anoreksją przyjmuje na siebie rolę „idealnego dziecka”, ukierunkowanego na spełnianie oczekiwań rodziców kosztem własnych potrzeb emocjonalnych.
Tendencje do perfekcjonizmu	Perfekcjonizm jest jednym z najbardziej znaczących czynników osobowościowych predysponujących do anoreksji. Osoby z tym zaburzeniem wykazują skłonność do nadmiernej samokrytyki, stawiania sobie nierealistycznie wysokich standardów oraz lęku przed porażką. Perfekcjonizm może przejawiać się zarówno w aspekcie edukacyjnym, zawodowym, jak i w odniesieniu do własnego ciała, co prowadzi do restrykcyjnych zachowań żywieniowych jako strategii kontroli.
Stresy związane z funkcjonowaniem społecznym	Presja społeczna, szczególnie w okresie adolescencji, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu obrazu ciała i zachowań żywieniowych. Negatywne doświadczenia związane z oceną ze strony rówieśników, przemoc (np. werbalna), doświadczenie odrzucenia lub niskie poczucie własnej wartości mogą zwiększać podatność na anoreksję.
Traumatyczne doświadczenia seksualne	Badania wskazują, że osoby z anoreksją częściej zgłaszają traumatyczne doświadczenia seksualne, które mogą prowadzić do mechanizmu obronnego polegającego na świadomym ograniczaniu masy ciała jako sposobie na „deseksualizację” własnego ciała i uniknięcie ponownej traumy. Należy jednak zaznaczyć, że nie wszystkie osoby z anoreksją zgłaszają traumatyczne doświadczenia seksualne.

Nazwa czynnika	Charakterystyka
Biologiczna podatność na zranienie	Wskazuje się na czynniki neurobiologiczne, takie jak nieprawidłowe funkcjonowanie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), zaburzenia poziomu neuroprzekaźników (np. serotoniny) oraz uwarunkowania genetyczne, które mogą zwiększać podatność na rozwój anoreksji.

Należy zaznaczyć, że sama podatność na zaburzenie nie jest równoznaczna z jego wystąpieniem. W większości przypadków anoreksja ujawnia się w wyniku działań czynników wyzwalających, które inicjują rozwój nieprawidłowych wzorców odżywiania. Czynniki wyzwalające to zdarzenia i okoliczności, które mogą przyczynić się do ujawnienia się anoreksji u osób predysponowanych do jej rozwoju. Do najczęściej wskazywanych należą presja społeczna, normy kulturowe związane z wyglądem, a także nagłe zmiany w kontekście życiowym jednostki [32, 33]. Główne czynniki wywalające typowe dla AN zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Czynniki wyzwalające anoreksję. Opracowano na podstawie: [32, 33].

Nazwa czynnika	Charakterystyka
Kulturowe normy związane z wyglądem	Anoreksja jest w dużej mierze zaburzeniem powiązaniem z normami kulturowymi dotyczącymi wyglądu i szczupłości, które są silnie promowane przez media. Szczególnie narażone na ich wpływ są młode kobiety, dla których ideał szczupłego ciała staje się głównym wyznacznikiem wartości i atrakcyjności.
Trudna sytuacja życiowa	Stresory takie jak konflikty rodzinne, rozwód rodziców, śmierć bliskiej osoby, problemy w nauce lub zawodowe mogą działać jako katalizator rozwinięcia się anoreksji, szczególnie u osób z predyspozycją do zaburzeń odżywiania.
Zmiana kontekstu funkcjonowania – separacja	Przejścia życiowe, takie jak wyjazd na studia, zmiana miejsca zamieszkania czy przejście do nowego środowiska społecznego, mogą wywoływać silne poczucie braku kontroli i prowadzić do kompensacyjnych zachowań w postaci restrykcji żywieniowych.
Okres dojrzewania	Dojrzewanie jest kluczowym okresem rozwoju zaburzeń odżywiania, ponieważ wiąże się z gwałtownymi zmianami hormonalnymi, emocjonalnymi oraz presją społeczną dotyczącą wyglądu.

Rozwój zaburzenia, jego utrzymywanie się i chroniczny przebieg wynikają z oddziaływania czynników podtrzymujących, które sprawiają, że jednostka nie rezygnuje z restrykcyjnych wzorców żywieniowych mimo negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Mechanizmy te mogą obejmować zarówno subiektywne poczucie sukcesu wynikające z kontroli masy ciała, jak i zmiany w funkcjonowaniu społecznym i rodzinnym [32, 33]. Główne czynniki podtrzymujące typowe dla AN zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Czynniki podtrzymujące dla anoreksji. Opracowano na podstawie: [32, 33].

Nazwa czynnika	Charakterystyka
Poczucie sukcesu wynikające z kontroli	Osoby z anoreksją często doświadczają poczucia satysfakcji i sukcesu wynikającego z samodyscypliny oraz kontroli nad spożyciem pokarmu i masą ciała
Poczucie wyjątkowości i oryginalności	Niektóre osoby z anoreksją postrzegają swoje zachowania jako dowód siły psychicznej i samokontroli, co umacnia ich w przekonaniu o wyjątkowości.
Ograniczenie aktywności społecznej	Unikanie interakcji społecznych oraz wycofanie się z życia rodzinnego i rówieśniczego może prowadzić do wzmocnienia izolacji, co sprzyja utrwalaniu zaburzenia.
Zmiany w zajmowanej w rodzinie pozycji	Anoreksja może zmieniać dynamikę relacji rodzinnych, np. poprzez zwiększenie uwagi rodziny na osobę chorującą, co nieświadomie podtrzymuje objawy.
Zmiany somatyczne	Utrata masy ciała i związane z nią konsekwencje metaboliczne mogą prowadzić do dalszych trudności w odżywianiu oraz zaburzeń neuroprzekaznictwa, co sprzyja utrwalaniu restrykcyjnych wzorców jedzenia.

Wyniki badań dokumentują również rosnący wpływ czynników społeczno-kulturowych na rozwój anoreksji, w szczególności w kontekście presji dotyczącej wyglądu ciała oraz roli mediów społecznościowych w kształtowaniu standardów estetycznych i wzorców atrakcyjności. Zjawisko *body shamingu*, rozumiane jako krytyczne ocenianie i deprecjonowanie wyglądu ciała, zostało zidentyfikowane jako jeden z istotnych predyktorów rozwoju nieprawidłowych wzorców żywieniowych i zachowań restrykcyjnych. W niektórych społeczeństwach ciało często pełni funkcję społecznego konstruktora tożsamości, będąc nośnikiem symbolicznych wartości związanych z sukcesem, zdrowiem i atrakcyjnością. Proces socjalizacji płciowej odgrywa szczególnie istotną rolę w przypadku dorastających dziewcząt, które w okresie dojrzewania doświadczają znaczących zmian fizycznych i hormonalnych, co może prowadzić do zaburzonej percepcji własnego ciała, a w konsekwencji do nadmiernej kontroli masy ciała i przyjmowanych kalorii [32, 33].

Dodatkowym zagrożeniem są społeczności internetowe promujące anoreksję, znane jako ruchy pro-ana (pro-anorexia), które propagują głodzenie się i restrykcyjne zachowania żywieniowe jako element stylu życia, a nie zaburzenie psychiczne. Strony internetowe i fora dyskusyjne zrzeszające osoby zmagające się z anoreksją często oferują pozorne wsparcie społeczne, wymianę doświadczeń oraz publikowanie tzw. *thinspirationi*, czyli treści mających na celu motywowanie do dalszej utraty masy ciała. Uczestnictwo w tego typu społecznościach może utrwalać objawy zaburzenia, wzmacniając nieadaptacyjne schematy

myślenia i zachowania związane z jedzeniem oraz postrzeganiem własnego ciała [30].

Mimo że etiologia anoreksji jest wieloczynnikowa, czynniki społeczno-kulturowe odgrywają istotną rolę w jej patogenezie. Szczególne znaczenie przypisuje się wczesnym doświadczeniom przeciwności losu, wymagającym i restrykcyjnie narzuconym wzorcom aktywności fizycznej w niektórych dyscyplinach sportowych (np. gimnastyka, balet, lekkoatletyka), a także zwiększonej ekspozycji na media i sieci społecznościowe, które mogą promować nierealistyczne standardy ciała i wzmacniać niezdrowe strategie kontroli masy ciała [30, 34].

W przypadku jadłowstrętu psychicznego często obserwuje się cechy obsesyjno-kompulsywne, które są zarówno związane, jak i niezwiązane z jedzeniem. Zaabsorbowanie myślami dotyczącymi jedzenia dotyczy większości osób chorujących na anoreksję. Jedni na przykład gromadzą żywność albo kolekcjonują przepisy. Spośród innych cech występujących w przypadku chorych na anoreksję często wyróżnia się między innymi poczucie nieskuteczności, obawy związane z jedzeniem w miejscach publicznych, brak elastycznego myślenia, silną potrzebę kontrolowania otoczenia, powściągliwość w wyrażaniu ekspresji emocjonalnej czy obniżoną spontaniczność w relacjach społecznych [35].

Badania epidemiologiczne wskazują na wzrost częstości występowania anoreksji w ostatnich dekadach, co może być częściowo związane z ewolucją kryteriów diagnostycznych, wzrostem świadomości społecznej na temat zaburzeń odżywiania oraz doskonaleniu umiejętności diagnostycznych klinicystów. Zmiany w klasyfikacji psychiatrycznej, obejmujące mniej restrykcyjne kryteria diagnostyczne, umożliwiły lepsze rozpoznanie atypowych postaci anoreksji, co może przyczyniać się do wzrostu zgłaszanych przypadków tego zaburzenia. Dane epidemiologiczne wskazują, że najwyższa częstość występowania anoreksji w populacji żeńskiej przypada na okres adolescencji, osiągając szczyt w wieku około 15 lat [32, 33].

Długotrwałe utrzymywanie się zaburzenia prowadzi do rozległych konsekwencji zdrowotnych, które obejmują zarówno układ hormonalny, kostny, sercowo-naczyniowy, jak i nerwowy, zwłaszcza funkcjonowanie poznawcze. Anoreksja, będąc jednym z najbardziej wyniszczających zaburzeń psychicznych, niesie za sobą istotne ryzyko poważnych powikłań somatycznych, które w niektórych przypadkach mogą być nieodwracalne i prowadzić do śmierci.

Do najczęstszych powikłań endokrynologicznych należy hipoestrogenizm, który prowadzi do zmniejszonej gęstości mineralnej kości, zwiększając ryzyko osteopenii i osteoporozy. Zaburzenia te mogą skutkować przewlekłymi problemami zdrowotnymi, które w niektórych przypadkach są nieodwracalne. Ponadto, u pacjentów z anoreksją często diagnozuje się poważne powikłania kardiologiczne, takie jak bradykardia zatokowa, wydłużony odstęp QT oraz arytmie, co znacząco zwiększa ryzyko nagłego zgonu sercowego. Niedobory składników odżywczych wpływają również na spowolnienie motoryki przewodu pokarmowego, co może prowadzić do chronicznych zaparć, bólu brzucha oraz zespołu złego wchłaniania.

W przypadku osób z długotrwałym przebiegiem choroby obserwuje się także zanik kosmków jelitowych, co dodatkowo ogranicza efektywność procesów trawienia i wchłaniania składników odżywczych [35-37].

Najczęściej u osób chorujących na anoreksję lekarze na podstawie badań krwi stwierdzają neutropenię, leukopenię oraz trombocytopenię. Bardzo często również zauważa się optymalny poziom tyreotropiny TSH, pomimo zbyt niskich poziomów tyroksyny oraz trój-jodotyroniny [21, 38]. W jadłowstręcie psychicznym można również zaobserwować podwyższony poziom azotu mocznikowego we krwi, co może wskazywać na odwodnienie. Równie powszechne jest występowanie hipercholesterolemii czy podwyższonego stężenia enzymów wątrobowych. Czasami w badaniach obserwuje się występowanie hiperamylazemii, hipomagnezarii i hipofosfatemii. U osób chorujących na anoreksję z typem przeczyszczania się i objadania, w wyniku wywoływania wymiotów, często może dojść do zwiększenia poziomu wodorowęglanów w surowicy krwi, czyli tak zwanej zasadowicy metabolicznej, hipokaliemii i hipochloremii, zaś stosowanie środków przeczyszczających może doprowadzić do łagodnej kwasicy metabolicznej. Znaczące zaburzenia dotyczące gospodarki wodno-elektrolitowej, mogą odzwierciedlać zjawisko encefalopatii metabolicznej [29].

Kinnaird i wsp. w przeprowadzonym przeglądzie systematycznym odnotowali, że osoby z anoreksją mogą odczuwać obniżoną wrażliwość smakową. Dotychczasowa literatura przedmiotu jest jednak bardzo zróżnicowana i charakteryzuje się ograniczeniami metodologicznymi w tym zakresie [29].

Pogorszenie stanu fizycznego osób z jadłowstrętem psychicznym cierpiących na niedożywienie może również prowadzić do obniżenia wydolności oddechowej, zwiększając w ten sposób ryzyko infekcji dróg oddechowych. W konsekwencji utrata autonomii i zmniejszona wydolność oddechowa mogą powodować pogorszenie rokowania życiowego u tych pacjentów, szczególnie u pacjentów z ciężkim niedożywieniem [15].

Metabolizm i trawienie mogą być poważnie zakłócone przez występowanie anoreksji, co prowadzi do dolegliwości żołądkowo-jelitowych, takich jak niepokój poposiłkowy lub wzdęciami z powodu powolnej motoryki żołądka, co może przynajmniej częściowo, przyczynić się do niskiego spożycia pokarmu u tych pacjentów. Ponadto u pacjentów z anoreksją często dochodzi do zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. Wreszcie, osoby z jadłowstrętem psychicznym mogą jeść mniej regularnie posiłki, ale mają tendencję do wybierania pokarmów o niskiej gęstości energetycznej, mniejszej ilości kalorii, ale dużej objętości, na przykład owoców i warzyw lub decydować się na dietę wegetariańską z większą ilością węglowodanów w porównaniu do białka i tłuszczu. Ograniczenie pokarmów zawierających wysokokaloryczne węglowodany, takich jak chleb lub płatki zbożowe, jest powszechne u pacjentów z anoreksją [39]. Często u pacjentów z anoreksją dochodzi również do „poszerzenia jelit”, w wyniku chronicznych zaparć [40, 41].

Niskie spożycie składników odżywczych w przypadku anoreksji powoduje częściowy zanik kosmków w nabłonku jelita cienkiego, w związku z czym dochodzi do genetycznego

niedoboru enzymu laktazy, a to przyczynia się do wywoływania dyskomfortu w przewodzie pokarmowym i tym samym dalszego ograniczenia spożywanych produktów [41].

Ograniczenie kalorii u osób z anoreksją może być potencjalnym predyktorem utraty gęstości mineralnej kości. Deficyty energetyczne prowadzą do zmian hormonalnych, w tym zmniejszenia insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF-1), oporności na hormon wzrostu (GH), braku miesiączki, podwyższonego poziomu kortyzolu oraz zmian w sygnalizacji głodu i sytości (z powodu obniżonego poziomu leptyny, zwiększonego peptydu YY i nieprawidłową reakcją nagrelinę). Badania *in vitro* i *in vivo* sugerują "rozprężenie" obrotu kostnego, ze zwiększoną aktywnością osteoplastyczną reabsorpcji kości w porównaniu z aktywnością kościotwórczą osteoblastów. Ponadto wykazano, że ograniczenie kalorii lub głód w badaniach na zwierzętach zwiększa tkankę tłuszczową szpiku kostnym (MAT) w kości. Komórki MAT wywodzą się z tej samej linii, co komórki prekursorowe osteoblastów, spekuluje się, że ekspansja MAT u osób z anoreksją może potencjalnie działać jako "awaryjne przechowywanie" adipocytów, aby ułatwić przeżycie podczas głodu, ale prowadząc tym samym do osłabienia kości [29].

Osobom chorym na anoreksję bardzo często towarzyszą objawy depresyjne, które mogą manifestować się pod postacią wycofania społecznego, obniżonego nastroju, bezsenności, mniejszego zainteresowania seksem czy drażliwości [29].

Dodatkowo, należy wspomnieć, że zaburzenie odżywiania, jakim jest anoreksja stanowi silny predyktor wystąpienia przedwczesnego porodu, wewnątrzmacicznego opóźnienia wzrostu płodu, jak i jego zgonu czy chociażby niskiej masy urodzeniowej dziecka. Udowodniono, że niski wskaźnik BMI przed ciążą oraz nieprawidłowy stan żywieniowy matki jest przyczyną niskiej masy urodzeniowej u dzieci kobiet, które chorują na anoreksję. U tych kobiet znacznie częściej wykonuje się cięcie cesarskie oraz występuje depresja poporodowa [40-44].

Można zatem powiedzieć, że anoreksja objawia się ostrymi i przewlekłymi chorobami, które wpływają na każdy układ narządów organizmu, co zwiększa ryzyko śmiertelności i długotrwałych przewlekłych problemów zdrowotnych. Dodatkowo osoby z anoreksją wykazują wyraźne zaburzenia funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego. Mimo, że wiele dysfunkcji fizjologicznych powiązanych z niedożywieniem można odwrócić z pomocą odpowiedniej strategii żywieniowej, należy mieć na uwadze, że niektóre z nich, jak na przykład gęstość mineralna kości często nie jest zupełnie odwracalna [45].

2.4 Bulimia - charakterystyka medyczna i psychologiczna żarłoczności psychicznej

Żarłoczność psychiczna (Bulimia) została po raz pierwszy opisana w latach 30.-40. XX wieku jako zaburzenie łączące patologiczne wzorce przyjmowania pokarmu z kompensacyj-

nymi zachowaniami mającymi na celu kontrolę masy ciała. Wczesne doniesienia wskazywały na współwystępowanie epizodów nadmiernego spożycia pokarmu oraz intencjonalnie wywoływanych wymiotów, które były związane z lękiem przed przyrostem masy ciała oraz zniekształconym obrazem własnego ciała [46].

Aktualna definicja bulimii klasyfikuje ją jako zaburzenie odżywiania charakteryzujące się powtarzającymi się epizodami przejadania się (ang. *binge eating*), którym towarzyszy subiektywne poczucie utraty kontroli nad ilością spożywanego pokarmu. Zaburzenie to współwystępuje z obsesyjną koncentracją na masie ciała oraz kształcie sylwetki, co skutkuje stosowaniem kompensacyjnych mechanizmów w celu regulacji ilości spożywanej żywności podczas epizodów objadania się, takich jak prowokowanie wymiotów, nadmierne stosowanie środków przeczyszczających, diuretyków lub ekstremalnej aktywności fizycznej [7, 46].

Jedną z charakterystycznych cech bulimii jest to, że osoby cierpiące na to zaburzenie zazwyczaj utrzymują prawidłową masę ciała lub wykazują jedynie niewielkie odchylenia od normy wskaźnika BMI [5]. To utrudnia wczesne rozpoznanie zaburzenia, ponieważ brak skrajnych deficytów masy ciała może maskować obecność poważnych problemów zdrowotnych, które wynikają z cyklicznych epizodów przejadania się i kompensacyjnych strategii kontroli masy ciała.

Ze względu na specyfikę objawów, rozpoznanie bulimii wymaga zastosowania precyzyjnych kryteriów diagnostycznych, które uwzględniają zarówno epizody nadmiernego jedzenia, jak i kompensacyjne strategie kontroli masy ciała. W tym kontekście kluczowe znaczenie mają klasyfikacje diagnostyczne, takie jak DSM-5 oraz ICD-10.

W praktyce klinicznej rozpoznanie bulimii (BN) opiera się na kryteriach zawartych w dwóch głównych systemach klasyfikacyjnych: Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM) publikowanym przez American Psychiatric Association (APA). W przypadku bulimii kryteria diagnostyczne zgodne z DSM-5 są następujące:

- występują nawracające epizody objadania się, a epizod objadania charakteryzuje się spożyciem w określonym przedziale czasu, ilości pożywienia zdecydowanie większej niż ta, którą większość osób zjadłaby w podobnym okresie w podobnych okolicznościach. Dodatkowo występuje poczucie braku kontroli nad jedzeniem w trakcie epizodu, czyli uczucie, że nie można przestać jeść, ani kontrolować tego, co i ile się je;
- powtarzające się niewłaściwe zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieganie przyrostowi masy ciała, jak wywoływanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, moczopędnych, innych leków, postów, nadmierne ćwiczenia fizyczne;

- zarówno objadanie się, jak i niewłaściwe zachowania kompensacyjne występują średnio co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące;
- na samoocenę nadmierny wpływ ma kształt i masa ciała [28].

Poniżej zamieszczono również charakterystykę bulimii pod względem jej stopnia nasilenia, zgodnie z DSM-5:

- łagodny: średnio od jednego do trzech epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych tygodniowo;
- umiarkowany: średnio od czterech do siedmiu epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych tygodniowo;
- ciężki: średnio od ośmiu do trzynastu epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych tygodniowo;
- ekstremalny: średnio od czternastu i więcej epizodów niewłaściwych zachowań kompensacyjnych tygodniowo [28].

W porównaniu do ICD-10, DSM-5 wprowadziło pewne zmiany w zakresie kryteriów diagnostycznych, obniżając wymóg częstotliwości epizodów kompensacyjnych do raz w tygodniu przez trzy miesiące. Jest to istotna modyfikacja, która pozwala na wcześniejsze rozpoznanie zaburzenia i wdrożenie interwencji terapeutycznych. Ponadto DSM-5 wyodrębniło bulimię jako osobną jednostkę chorobową, odróżniając ją od zaburzenia z napadami objadania się (BED), które w DSM-IV było klasyfikowane jako podtyp zaburzeń odżywiania nieokreślonych inaczej (EDNOS).

Poniżej zamieszczono kryteria diagnostyczne dla bulimii zgodnie z ICD-10:

- występują nawracające epizody przejadania się (co najmniej dwa razy w tygodniu w ciągu trzech miesięcy), w czasie których w krótkim czasie spożywane są duże ilości pokarmu;
- utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie pragnienia jedzenia (głód);
- pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod: prowokowanie wymiotów, prowokowanie wydalania stolca, kolejne okresy głodowania, stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych, w przypadku bulimii u chorych na cukrzycę – mogą oni bagatelizować leczenie insuliną;
- samoocenia siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem (zwykle prowadzące do niedoboru masy ciała) [29].

Chociaż powyższe kryteria pozostawały standardem diagnostycznym przez wiele lat, współczesne badania nad bulimią wskazały na konieczność ich modyfikacji. W odpowiedzi na te potrzeby, najnowsza klasyfikacja ICD-11 wprowadziła bardziej elastyczne podejście do diagnozowania tego zaburzenia, uwzględniając wpływ objawów także na funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta [47].

Najbardziej aktualna klasyfikacja, ICD-11, wprowadziła dalsze zmiany w definicji bulimii w porównaniu do ICD-10. Nowe kryteria eliminują wymóg ścisłego określenia częstotliwości epizodów objadania się i zachowań kompensacyjnych, kładąc większy nacisk na wpływ tych zachowań na funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta [47]. Taki kierunek zmian odzwierciedla bardziej elastyczne podejście diagnostyczne, które uwzględnia szerszy zakres objawów, co pozwala na wcześniejsze wykrycie zaburzenia i jego skuteczniejszą interwencję kliniczną.

W praktyce klinicznej, zarówno w ICD-10, DSM-5, jak i ICD-11, kryteria diagnostyczne bulimii stanowią podstawę dla doboru strategii terapeutycznych, w tym terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), terapii interpersonalnej (IPT) oraz interwencji farmakologicznych (np. selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny – SSRI), które uznano za skuteczne w leczeniu tego zaburzenia. Wprowadzone zmiany w ICD-11 odzwierciedlają najnowsze podejście do diagnostyki zaburzeń odżywiania, które nie koncentruje się jedynie na ścisłych kryteriach ilościowych, ale uwzględnia indywidualne różnice w przebiegu choroby oraz jej wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjenta [47].

Jednak zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw bulimii wymaga analizy jej etiologii, która obejmuje interakcję czynników biologicznych, psychologicznych oraz społeczno-kulturowych. Warto zatem przyrzeć się bliżej tym determinantom. Etiologia bulimii ma charakter wieloczynnikowy, obejmując interakcję wyżej wymienionych czynników. Współczesne badania wskazują, że jednym z kluczowych determinantów rozwoju tego zaburzenia jest presja społeczna związana z idealizacją szczupłej sylwetki oraz powszechna promocja restrykcyjnych diet. Te czynniki, w połączeniu z indywidualnymi predyspozycjami psychologicznymi i biologicznymi, mogą istotnie zwiększać ryzyko wystąpienia patologicznych wzorców odżywiania [22-26].

Analiza kliniczno-kontrolna przeprowadzona na grupie 102 pacjentów z bulimią oraz 204 osób z grupy kontrolnej wykazała istotnie wyższe wskaźniki otyłości w wywiadzie, współwystępowania zaburzeń nastroju, doświadczeń wykorzystywania seksualnego i fizycznego, otyłości rodzicielskiej, nadużywania substancji psychoaktywnych, niskiej samooceny, tendencji do perfekcjonizmu oraz zaburzonej dynamiki rodzinnej w grupie osób z bulimią. Ponadto, badanie podkreśliło znaczenie obaw rodziców dotyczących masy ciała i kształtu sylwetki dziecka, co sugeruje istotny wpływ środowiska rodzinnego na rozwój zaburzeń odżywiania. Dodatkowym czynnikiem ryzyka była wczesna menarche, która może zwiększać podatność na presję społeczną związaną z wyglądem i kształtem ciał [26].

Badania genetyczne wskazują, że odziedziczalność bulimii jest wysoka, oscylując w

przedziale 28%–83%. Jednakże, zamiast bezpośredniej dziedziczności fenotypowej, uważa się, że wariacje genotypowe wpływają na pośrednie cechy temperamentalne i neuropsychologiczne, takie jak niestabilność afektywna, impulsywność oraz trudności w regulacji emocji. Oznacza to, że podłoże genetyczne bulimii nie jest związane wyłącznie z predyspozycją do tego zaburzenia, lecz raczej z szerokim spektrum cech psychopatologicznych, które mogą zwiększać ryzyko rozwoju nieadaptacyjnych wzorców odżywiania [26].

Dodatkowo, cechy osobowościowe, takie jak np. perfekcjonizm, odgrywają istotną rolę w modulowaniu klinicznych manifestacji zaburzeń odżywiania. Perfekcjonizm może działać jako czynnik predysponujący, wzmacniający tendencję do restrykcyjnych zachowań żywieniowych oraz kompensacyjnych mechanizmów kontroli masy ciała. Jednocześnie, osoby o wysokim poziomie perfekcjonizmu mogą doświadczać większego stresu psychologicznego związanego z niemożnością osiągnięcia nierealistycznych standardów sylwetkowych, co może prowadzić do nasilania się objawów bulimii. Oprócz psychologicznych i społecznych uwarunkowań bulimii, istotne znaczenie mają również jej liczne konsekwencje zdrowotne, które mogą wpływać na układ pokarmowy, układ hormonalny oraz funkcjonowanie organizmu jako całości. Stwierdzono, że 54,4% pacjentów z bulimią psychiczną doświadczyło erozji zębów. Osoby cierpiące na bulimie były ponad 10 razy bardziej narażone na erozję zębów w porównaniu z osobami zdrowymi. Podobnie, ponad 16-krotnie zwiększone prawdopodobieństwo erozji zębów stwierdzono u pacjentów z wymiotami wywołanymi przez siebie. To wskazuje, że bulimia wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zmian nadżerkowych [7,48].

Erozja zębów spowodowana jest dostarczaniem kwasów pochodzenia niebakteryjnego. Za czynniki etiologiczne najczęściej uznaje się produkty spożywcze o niskim pH jak owoce, czy świeże soki owocowe. Wiadomo jednak, że czynniki wewnętrzne, takie jak zaburzenia odżywiania (zwłaszcza te z nawracającymi wymiotami), powodują erozję szkliwa. Ponadto zbyt intensywna aktywność fizyczna z nadużywaniem suplementów zwiększa ryzyko erozji zębów w tej grupie pacjentów [7].

U pacjentów chorujących na bulimie najczęstszymi objawami dotyczącymi jamy ustnej są: zapalenie dziąseł lub przyzębia, owrzodzenia błony śluzowej lub rumień, kątowe zapalenie warg, a także próchnica czy nadżerki zębów [7]. Prowokowanie wymiotów doprowadza również do obrzęku ślinianek, a także do obecności otarć i ran w części grzbietowej dłoni, co nazywane jest objawem Russella oraz częstego występowania zaburzeń elektrolitowych, takich jak hipokaliemia, hiponatremia czy hipochloremia [29, 49, 50]. Hipokaliemia może doprowadzić do poważnych zaburzeń rytmu serca [29].

Wywoływanie wymiotów doprowadza do zaburzeń w produkcji kwasu żołądkowego, w związku z czym może dojść do podwyższenia stężenia wodorowęglanów w surowicy krwi, czyli zasadowicy metabolicznej. Z kolei częste stosowanie środków przeczyszczających bądź moczopędnych, a co za tym idzie częste biegunki i stany odwodnienia, mogą doprowadzić w efekcie do kwasicy metabolicznej. U niektórych osób chorujących na buli-

mię zaobserwowano lekko zwiększone stężenie amylazy w surowicy, co najpewniej odzwierciedla zwiększenie izoenzymu śliny [29]. W przypadku osób chorujących na żarłoczność psychiczną często stwierdza się także podwyższone stężenie kortyzolu [49, 51].

Występowanie bulimii ma również znaczący wpływ na płodność kobiety, w związku z czym istnieje znacznie większe ryzyko poronienia. Wykazano, że podejmowanie już umiarkowanych ograniczeń żywieniowych może znacząco wpłynąć na przedwczesny poród [52].

U kobiet chorujących na żarłoczność psychiczną również występują nieregularne miesiączki, bądź nawet ich całkowity brak. Do końca nie wiadomo, czy wynika to z niedoborów żywieniowych, wahań masy ciała czy związane jest ze stresem emocjonalnym [29].

Przewlekłe stosowanie środków przeczyszczających może doprowadzić do uzależnienia ich stosowania by móc stymulować wypróżnienia, które mogą być wręcz niemożliwe bez pomocy farmakologicznej. Bardzo często objawy żołądkowo – jelitowe towarzyszą osobom chorym na bulimię. W rzadkich przypadkach może dojść nawet do pęknięcia żołądka, przełyku czy zaburzeń pracy serca [29].

Ze względu na rozległe konsekwencje zdrowotne, skuteczne leczenie bulimii wymaga podejścia interdyscyplinarnego, obejmującego interwencje psychoterapeutyczne, farmakologiczne oraz strategie dietetyczne. Wśród wytycznych dotyczących priorytetowego leczenia bulimii wszystkie zalecają leczenie ambulatoryjne jako leczenie pierwszego rzutu. Jednak w zależności od indywidualnego przypadku źródła wskazują również na konieczność częściowej bądź pełnej hospitalizacji. Jeśli chodzi o konkretne metody leczenia, poradnictwo żywieniowe było ogólnie zalecane w zindywidualizowanym lub standaryzowanym formacie, ale z jednoczesnym podkreśleniem, że interwencje żywieniowe na przykład mające na celu pomoc w opracowaniu ustrukturyzowanego planu posiłków nie powinny być oferowane jako samodzielna terapia [53].

Aktualne wytyczne dotyczące leczenia bulimii podkreślają kluczową rolę terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) jako metody pierwszego wyboru w interwencjach psychoterapeutycznych. Liczne badania kliniczne wykazały jej skuteczność w modyfikacji nieadaptacyjnych wzorców myślenia i zachowań żywieniowych, co czyni ją standardem terapeutycznym w tej grupie pacjentów. Niektóre wytyczne zawierają zalecenia na rzecz interwencji poznawczo-behawioralnych, ale priorytetowo traktują poznawczo-behawioralne, kierowane leczenie samopomocowe jako leczenie pierwszego rzutu. Ogólnie rzecz biorąc wytyczne, które wskazują podejścia samopomocowe, podkreślają stosowanie samopomocy kierowanej opartej na interwencjach poznawczo-behawioralnych, takich jak stosowanie ustrukturyzowanych podręczników samopomocy uzupełnionych krótkimi sesjami wspierającymi. Psychoterapia interpersonalna jest zalecana jako alternatywa dla terapii poznawczo-behawioralnej przez większość wytycznych, podczas gdy terapia psychodynamiczna nie jest zbyt często zalecaną formą pomocy. Z kolei terapia rodzinna jest szczególnie zalecana młodszym pacjentom z bulimią. Porusza się również aspekt alternatywnych interwencji psychologicznych, jak na przykład połączenie terapii psychodynamicznej

i poznawczo-behawioralnej, terapii par czy grup wsparcia [41].

2.5 Leczenie nefarmakologiczne zaburzeń odżywiania- psychoterapia wspomagana interwencją dietetyczną

2.5.1 Psychoterapia zaburzeń odżywiania

Psychoterapia stanowi kluczowy element leczenia zaburzeń odżywiania. Współczesne podejścia terapeutyczne podkreślają, że nie istnieje uniwersalny model psychoterapii, który byłby jednakowo efektywny w przypadku wszystkich osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania. Różnice w obrazie klinicznym między anoreksją, bulimią oraz zaburzeniem z napadami objadania się (BED) wymagają zróżnicowanych strategii terapeutycznych, dostosowanych nie tylko do specyfiki zaburzenia, ale również do aktualnego stanu psychicznego pacjenta, współwystępujących problemów emocjonalnych oraz jego funkcjonowania społecznego [54].

Dostosowanie terapii powinno uwzględniać stopień zaawansowania objawów, występowanie dodatkowych trudności psychicznych, takich jak zaburzenia nastroju, lękowe czy specyficzne cechy osobowościowe, które mogą wpływać na przebieg leczenia. Kluczowym aspektem skutecznej psychoterapii jest także monitorowanie postępów i elastyczne modyfikowanie strategii terapeutycznej, w zależności od zmieniających się potrzeb pacjenta, jaki i jego stanu somatycznego i psychicznego. W przypadku pacjentów w stanie krytycznym priorytetem może być stabilizacja medyczna i odbudowa masy ciała, natomiast w kolejnych etapach leczenia istotne staje się praca nad schematami poznawczymi, regulacją emocji oraz relacjami interpersonalnymi. Z tego względu współczesne modele terapeutyczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT) czy terapia psychodynamiczna, podkreślają znaczenie indywidualizacji, uwzględniającej zarówno mechanizmy podtrzymujące zaburzenie, jak i aktualne trudności pacjenta [53, 54].

W przypadku terapii indywidualnej dominującą metodą terapeutyczną, zalecaną przez wytyczne brytyjskie i holenderskie, jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT, *cognitive-behavioral therapy*), której celem jest redukcja objawów zaburzenia poprzez modyfikację dysfunkcyjnych przekonań dotyczących jedzenia, masy ciała i własnej wartości. CBT interweniuje zarówno na poziomie zachowań kompensacyjnych, jak i nieadaptacyjnych schematów poznawczych, które podtrzymują zaburzenie. Alternatywnie, w niektórych przypadkach stosuje się terapię psychodynamiczną oraz psychoterapię interpersonalną (IPT), które koncentrują się na eksploracji głębszych mechanizmów psychopatologicznych oraz jakości relacji interpersonalnych pacjenta. Wytyczne niemieckie, mimo że nie wskazują jednej dominującej metody psychoterapii, podkreślają kluczową rolę zaangażowania rodziny w proces leczenia dzieci i młodzieży [53].

Niektóre wytyczne podkreślają również, że interwencje psychoterapeutyczne wykazują największą skuteczność u pacjentów, którzy zostali ustabilizowani medycznie. Optymalnym rozwiązaniem wydaje się połączenie terapii psychologicznej z interwencjami żywieniowymi, co pozwala na stopniową odbudowę funkcji poznawczych oraz redukcję objawów somatycznych, umożliwiając efektywniejszą pracę terapeutyczną [53, 54].

Współczesne badania podkreślają skuteczność terapii rodzinnej jako pierwszorzędowej formy leczenia zaburzeń odżywiania u nastolatków, jednak obiecujące wyniki przynosi także wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna (CBT-E, *enhanced cognitive-behavioral therapy*), której kluczowym elementem jest indywidualne dostosowanie strategii terapeutycznej do specyficznych mechanizmów psychopatologicznych pacjenta. CBT-E nie ogranicza się wyłącznie do pracy nad objawami, lecz uwzględnia interakcję między schematami myślenia, emocjami oraz mechanizmami kontroli masy ciała, co czyni ją jedną z najnowocześniejszych metod w leczeniu zaburzeń odżywiania [44, 54].

Pomimo skuteczności psychoterapii, ryzyko nawrotu choroby pozostaje wysokie, szczególnie w okresie pierwszych 12–16 miesięcy po zakończeniu leczenia. Według niektórych badań może dotyczyć nawet 85% pacjentów. Istnieją doniesienia wskazujące na to, że czas trwania terapii oraz jakość wsparcia społecznego odgrywają kluczową rolę w redukcji ryzyka nawrotu. W związku z tym, u wszystkich pacjentów należy opracować długoterminowy plan wsparcia, uwzględniający regularne monitorowanie objawów, strategie wzmacniania motywacji do zdrowego stylu życia oraz interwencje psychoterapeutyczne w przypadku wczesnych oznak nawrotu [44].

Wśród stosowanych podejść terapeutycznych wyróżnia się zarówno klasyczne nurty psychoterapii, takie jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT) czy terapia interpersonalna (IPT), jak i nowoczesne podejścia należące do tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej, obejmujące terapię akceptacji i zaangażowania (ACT) czy terapię dialektyczno-behawioralną (DBT). Ponadto, rozwijane są interwencje ukierunkowane na specyficzne deficyty pacjentów, takie jak treningi usprawniania poznawczego i społecznego poznania (CRT, CREST) oraz metody skupione na pracy z obrazem ciała, np. terapia obrazu ciała (BAT) [54]. Szczegółową charakterystykę wybranych nurtów psychoterapeutycznych stosowanych w leczeniu zaburzeń odżywiania przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Przegląd wybranych nurtów psychoterapeutycznych stosowanych w leczeniu zaburzeń odżywiania

Nazwa terapii	Krótki opis
Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)	Kluczowa metoda leczenia zaburzeń odżywiania, koncentrująca się na modyfikacji dysfunkcyjnych wzorców myślenia oraz zachowań żywieniowych, w tym na eliminacji kompulsywnych strategii kontroli masy ciała [55].
Terapia interpersonalna (IPT)	Skupia się na analizie relacji społecznych pacjenta i ich wpływu na rozwój oraz utrzymanie zaburzeń odżywiania. Szczególną uwagę zwraca na role społeczne i konflikty interpersonalne [56].
Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)	Podejście należące do trzeciej fali CBT, którego celem jest zwiększenie akceptacji emocji i myśli pacjenta oraz zmniejszenie unikania doświadczeń wewnętrznych, co może przyczyniać się do utrzymania zaburzeń odżywiania [57].
Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)	Opracowana pierwotnie dla osób z zaburzeniami osobowości typu borderline, DBT jest stosowana w leczeniu zaburzeń odżywiania, zwłaszcza w przypadkach współwystępowania niestabilności emocjonalnej oraz impulsywności [58].
Terapia poznawczo-analityczna (CAT)	Łączy elementy terapii poznawczej i psychodynamicznej, umożliwiając pacjentowi identyfikację nieadaptacyjnych wzorców zachowań i ich modyfikację w kontekście relacji interpersonalnych [59].
Terapia obrazu ciała (BAT)	Oparta na uważności i ekspozycji, metoda ta pomaga pacjentom w zmianie negatywnego postrzegania własnego ciała i redukcji lęku związanego z jego wyglądem [60].
Trening usprawniania poznawczego (CRT)	Skierowany na poprawę elastyczności poznawczej u pacjentów z anoreksją, którzy często wykazują sztywność myślenia i trudności w dostosowywaniu się do nowych sytuacji [61].
Trening usprawniania poznawczego i emocjonalnego (CREST)	Łączy strategie poznawcze i emocjonalne w celu poprawy zdolności pacjentów do rozpoznawania, opisywania i regulacji emocji, co jest istotnym problemem w zaburzeniach odżywiania [62].
Model MANTRA	Opracowany specjalnie dla pacjentów dorosłych z anoreksją, koncentruje się na specyficznych cechach osobowości pacjentów, które mogą podtrzymywać zaburzenie, takich jak perfekcjonizm czy unikanie emocji [63].

2.5.2 Postępowanie dietetyczne w zaburzeniach odżywiania

Leczenie zaburzeń odżywiania wymaga interdyscyplinarnego podejścia, w którym kluczową rolę odgrywa zarówno psychoterapia, farmakoterapia, jak i postępowanie żywieniowe. Interwencje dietetyczne stanowią jeden z podstawowych filarów terapii, szczególnie w kontekście pacjentów z ciężkimi zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z długotrwałego niedożywienia. W tym rozdziale przedstawiono aktualne wytyczne dotyczące leczenia żywieniowego oraz rolę dietetyków w terapii zaburzeń odżywiania.

Większość wytycznych podkreślała znaczenie rehabilitacji i edukacji żywieniowej jako kluczowego elementu terapii pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Co więcej uważa się, że takie działania powinny być podejmowane przez odpowiednio wyspecjalizowanych specjalistów i/lub specjalistów z dużym doświadczeniem w leczeniu zaburzeń odżywiania. W rehabilitacji żywieniowej omawianej grupy pacjentów stosowane są różne formy leczenia żywieniowego – od żywienia dojelitowego aż do żywienia pozajelitowego, w zależności od stanu zdrowia pacjenta. Jednakże rehabilitację żywieniową należy zacząć od żywienia doustnego [8].

Skuteczność leczenia żywieniowego zależy nie tylko od ogólnych wytycznych klinicznych, ale także od kompetencji dietetyków, którzy wdrażają spersonalizowane plany żywieniowe oraz wspierają pacjentów w procesie modyfikacji zachowań żywieniowych. Ich zadania obejmują diagnostykę żywieniową, interwencje dietetyczne oraz monitorowanie postępów pacjenta np. w zakresie przyrostu masy ciała, a także edukację żywieniową, mającą na celu zmianę destrukcyjnych nawyków żywieniowych i poprawę relacji z jedzeniem [64].

W leczeniu zaburzeń odżywiania dietetycy są odpowiedzialni za opracowywanie spersonalizowanych planów żywieniowych, które uwzględniają nie tylko stan odżywienia pacjenta, ale także jego kondycję psychiczną. Kluczowym aspektem ich pracy jest odpowiednie dostosowanie kaloryczności diety oraz stopniowe odbudowywanie prawidłowego podejścia do jedzenia. To wymaga zastosowania metod opartych na dowodach naukowych oraz ścisłej współpracy z innymi specjalistami [64]. Należy jednak podkreślić, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania często wykazują silny lęk przed przyjmowaniem pokarmów, co sprawia, że skuteczność interwencji dietetycznych zależy od stopniowego wprowadzania zmian oraz współpracy z psychoterapeutami zajmującymi się regulacją emocji i identyfikowaniem oraz modyfikowaniem schematów myślenia związanych z jedzeniem.

Zgodnie z zaleceniami Australia & New Zealand Academy for Eating Disorders (ANZAED), dietetycy powinni posiadać umiejętności w zakresie identyfikacji pacjentów z zaburzeniami odżywiania, prowadzenia wstępnej diagnostyki oraz stosowania interwencji żywieniowych, które wspierają proces terapeutyczny i zapobiegają długofalowym konsekwencjom zdrowotnym. Ponadto, konieczne jest prowadzenie edukacji żywieniowej, obejmującej obalanie mitów na temat jedzenia, korygowanie błędnych przekonań na temat

wartości odżywczych poszczególnych produktów oraz wspieranie pacjentów w podejmowaniu świadomych decyzji żywieniowych [64].

Istotnym wyzwaniem w pracy dietetyka jest potrzeba elastycznego podejścia do pacjentów o różnym stopniu zaawansowania choroby oraz uwzględnienie ich indywidualnych trudności w przyjmowaniu pokarmów. Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby z anoreksją, u których proces powrotu do zdrowia może wiązać się z silnym lękiem przed przyrostem masy ciała oraz oporem wobec zwiększonej podaży kalorii związanym m.in. z małym wglądem w chorobę. Z kolei w przypadku pacjentów z bulimią lub napadowym objadaniem się kluczowym elementem terapii jest nauka regulacji sygnałów głodu i sytości oraz zmniejszenie kompulsywnych zachowań związanych z jedzeniem [64].

Ponadto, dietetycy powinni brać aktywny udział w monitorowaniu postępów pacjenta, ocenie skuteczności interwencji oraz wprowadzaniu ewentualnych modyfikacji do planu żywieniowego. Regularna współpraca z zespołem terapeutycznym pozwala na bieżąco reagować na zmiany w stanie zdrowia pacjenta oraz dostosowywać strategię leczenia do jego aktualnych potrzeb [64]. Optymalne rezultaty leczenia uzyskuje się w modelu wielodyscyplinarnym, w którym dietetyk współpracuje z lekarzem psychiatrą (np. w zakresie oceny konieczności interwencji farmakologicznej), psychoterapeutą (w zakresie modyfikacji myśli obsesyjnych dotyczących jedzenia) oraz internistą lub endokrynologiem (w kontekście ewentualnych powikłań metabolicznych).

Ważnym aspektem pracy dietetyków w leczeniu zaburzeń odżywiania jest także ich własna edukacja i rozwój zawodowy. W związku z dynamicznym rozwojem wiedzy na temat żywienia i zdrowia psychicznego, dietetycy powinni regularnie uczestniczyć w szkoleniach i superwizji, aby ich praktyka była zgodna z najnowszymi standardami i wytycznymi klinicznymi [64].

Analizując różne wytyczne można zaobserwować znaczną zgodność co do ilości zalecanego tygodniowego przyrostu masy ciała u pacjentów niedożywionych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. W większości przypadków wartości oscylują w zakresie od 0,2 do 1,5 kg. Wytyczne niemieckie i amerykańskie zalecają dzienne spożycie kalorii na poziomie 30-40 kcal/kg, w przypadku Holandii są to wyższe wartości, zaś Hiszpania i Wielka Brytania zalecają znacznie niższe spożycie. Różnice w rekomendacjach dotyczących kaloryczności diety wynikają nie tylko z odmiennych podejść klinicznych, ale także z lokalnych standardów opieki zdrowotnej i dostępności programów leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego. W niektórych krajach, takich jak Wielka Brytania, zaleca się ostrożniejsze wprowadzenie pokarmów u osób niedożywianych z AN ze względu na wysokie ryzyko zespołu ponownego odżywienia (refeedingsyndrome). Natomiast w Holandii preferuje się bardziej intensywne interwencje żywieniowe, uznając szybkie zwiększanie podaży kalorii za korzystne dla zmniejszenia czasu hospitalizacji [53].

Wśród wytycznych istnieją duże rozbieżności w odniesieniu do rekomendowanych suplementów dla osób z zaburzeniami odżywiania. Niektóre wytyczne wyraźnie zalecają np.

tiaminę bądź potas, jeśli są wskazane, podczas gdy inne dane zawierały ogólne zalecenia dotyczące suplementów mineralnych lub witaminowych [53].

Uzupełnieniem ustandaryzowanych zaleceń dotyczących podaży kalorii oraz makroskładników, w praktyce klinicznej są oddziaływania psychologiczne związane z jedzeniem. W tym kontekście szczególnie istotne stają się narzędzia edukacyjne, takie jak REAL Food Guide, które pomagają pacjentom przezwyciężyć lęk przed określonymi produktami spożywczymi oraz normalizować zachowania żywieniowe. REAL Food Guide (ang. *Recovery from Eating Disorders for Life*) został opracowany jako narzędzie wspomagające leczenie żywieniowe osób z zaburzeniami odżywiania. Uwzględnia specyficzne potrzeby tej grupy pacjentów, a jego celem jest dostarczenie kompleksowej, opartej na dowodach naukowych edukacji żywieniowej, która ułatwia zrozumienie zasad zdrowego odżywiania oraz wspiera proces zdrowienia. W przeciwieństwie do standardowych wytycznych dietetycznych, takich jak Australian Guide to Healthy Eating (AGHE) czy MyPlate, REAL Food Guide został dostosowany do specyficznych trudności pacjentów z zaburzeniami odżywiania, w tym do ich przekonań, lęków oraz nieadaptacyjnych wzorców [65].

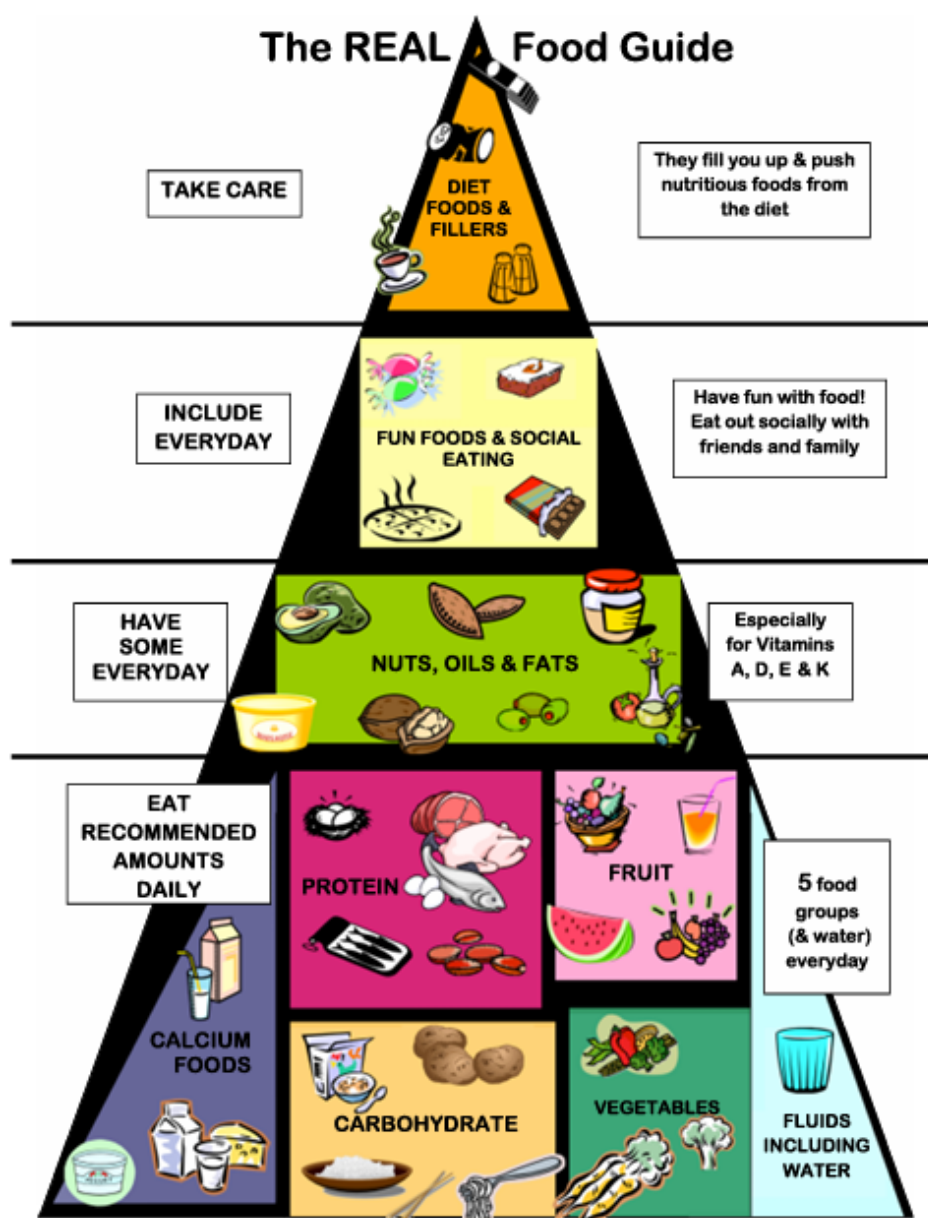
Struktura tego narzędzia opiera się na piramidzie żywieniowej, której warstwy obejmują różne grupy produktów spożywczych, uwzględniając zarówno podstawowe składniki odżywcze, jak i tzw. „funfoods”, czyli produkty o wyższej gęstości energetycznej, które pomagają przezwyciężyć lęk przed określonymi grupami pokarmów i wspierają elastyczne podejście do diety. Co istotne, REAL Food Guide kładzie nacisk na normalizację spożycia tłuszczów oraz unikanie nadmiernego ograniczania określonych grup żywieniowych, co często obserwuje się wśród osób z anoreksją czy bulimią [65].

W praktyce klinicznej REAL Food Guide może być stosowany jako narzędzie edukacyjne zarówno dla pacjentów, jak i dla specjalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń odżywiania. Może służyć do oceny jakości diety oraz jako punkt odniesienia w terapii poznawczo-behawioralnej, gdzie istotnym elementem jest ekspozycja na „trudne” pokarmy i wypracowanie bardziej elastycznego podejścia do odżywiania [65].

Omawiana piramida została zaprezentowana na rycinie 1, gdzie poszczególne warstwy odzwierciedlają hierarchię produktów spożywczych w kontekście ich roli w procesie zdrowienia pacjentów z zaburzeniami odżywiania.

Źródło:65

Aby zapewnić pacjentom z zaburzeniami odżywiania odpowiednie wsparcie żywieniowe, REAL Food Guide formułuje konkretne zalecenia dotyczące grup produktów spożywczych, ich ilości oraz częstotliwości spożycia. Szczegółowy przegląd tych rekomendacji przedstawiono w tabeli 5.



Rycina 1. REAL Food Guide (Recovery from Eating Disorders for Life)

Tabela 5. Rekomendacje REAL Food Guide dotyczące grup produktów spożywczych, ich ilości i częstotliwości spożycia [65]

Grupa produktów	Rekomendowana ilość i częstotliwość spożycia	Uwagi kliniczne
Węglowodany złożone	Każdy posiłek powinien zawierać źródło węglowodanów złożonych, np. pełnoziarniste pieczywo, ryż, makaron, kasze.	Kluczowe dla stabilizacji stężenia glukozy i unikania kompensacyjnych mechanizmów żywieniowych.
Białko	2-3 porcje dziennie, np. mięso, ryby, jajka, rośliny strączkowe, tofu.	Wspiera regenerację organizmu i utrzymanie prawidłowej masy mięśniowej.
Tłuszcze	Każdy posiłek powinien zawierać zdrowe tłuszcze, np. awokado, oliwa, orzechy, nasiona.	Normalizacja spożycia tłuszczów jest kluczowa w leczeniu anoreksji i bulimii.
Mleko i produkty mleczne	2-3 porcje dziennie, np. mleko, jogurt, sery.	Źródło wapnia i białka wspierające zdrowie kostne.
Owoce i warzywa	Minimum 5 porcji dziennie, w różnych kolorach.	Dostarczają witamin, składników mineralnych i błonnika; pomagają w normalizacji relacji z jedzeniem.
„Fun foods” (produkty rekreacyjne)	Regularnie włączane do diety, np. czekolada, ciastka – bez określonych limitów czasowych.	Pomagają przezwyciężyć lęk przed określonymi produktami i wspierają elastyczność w jedzeniu.
Napoje	Codziennie spożycie wody powinno wynosić minimum 1,5–2 l; dopuszczalne są soki, herbata, kawa.	Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia wspiera metabolizm i funkcje poznawcze.
Przekąski	2-3 razy dziennie, np. orzechy, jogurt, owoce, kanapki.	Dostarczają energii i redukują ryzyko napadów objadania się.

Opracowano na podstawie: [65]

Edukacja żywieniowa pacjentów z zaburzeniami odżywiania, w szczególności z anoreksją, stanowi kluczowy element kompleksowego procesu terapeutycznego, mającego na celu zarówno fizyczne, jak i psychologiczne przywrócenie zdrowia. Jednym z fundamentalnych aspektów tej edukacji jest wprowadzenie pacjenta w koncepcję porcji poszczególnych produktów spożywczych. Pacjenci cierpiący na anoreksję często wykazują istotne zaburzenia percepcji dotyczące ilości spożywanej żywności, co może prowadzić do irracjonalnych lęków przed jedzeniem oraz utrwalania restrykcyjnych wzorców żywieniowych. Zrozumie-

nie, czym jest prawidłowa porcja pozwala na stopniowe odbudowanie zaufania do jedzenia. Ponadto, edukacja w tym zakresie ma na celu korygowanie błędnych przekonań dotyczących odżywiania, normalizację nawyków żywieniowych oraz przygotowanie pacjenta do bardziej intuicyjnego i zbilansowanego podejścia do jedzenia w długoterminowej perspektywie. Praktyczne zapoznanie się z porcjami ułatwia również proces reedukacji w zakresie oceny własnych potrzeb energetycznych, co jest istotne dla odbudowy prawidłowej masy ciała i zapobiegania nawrotom choroby [65]. Na rycinie 2 zaprezentowano przykładowe materiały graficzne dotyczące wielkości porcji.



Rycina 2. Określenie czym jest porcja

Źródło: <https://www.livewelldorset.co.uk/articles/measuring-portion-sizes/>

2.6 Współczesne wyzwania diagnostyczne - zaburzenia odżywiania a spektrum nieprawidłowej relacji z jedzeniem

Współczesna diagnostyka zaburzeń odżywiania staje przed wieloma wyzwaniami, które wynikają zarówno ze złożonej etiologii tych zaburzeń, jak i ich zmiennej manifestacji klinicznej. W przeciwieństwie do innych jednostek psychiatrycznych, które często posiadają względnie stabilny zestaw objawów diagnostycznych, zaburzenia odżywiania funkcjonują w spektrum, w którym poszczególne cechy mogą występować w różnym nasileniu, a niektóre symptomy mogą być maskowane lub niedostrzegalne przez otoczenie czy klinicystów.

Chociaż kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach DSM-5 oraz ICD-11 pozwalają na dokładne scharakteryzowanie tych zaburzeń, to wciąż nie wyczerpują one w pełni złożoności problemu, pozostawiając szeroką przestrzeń dla zachowań znajdujących się na granicy między normą a patologią [22-66].

Jednym z istotnych wyzwań diagnostycznych jest fakt, że wiele osób wykazuje niepełnoobjawowe postaci zaburzeń odżywiania, które nie mieszczą się w ściśle określonych ramach klasyfikacyjnych. W DSM-5 uwzględniono kategorie, takie jak *Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED)* oraz *Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED)*, które obejmują przypadki, w których objawy nie spełniają wszystkich kryteriów dla klasycznych zaburzeń, takich jak anoreksja czy bulimia. Podobną rolę w ICD-11 pełni kategoria „Inne określone zaburzenia odżywiania i jedzenia”, co odzwierciedla fakt, że granica między pełnoobjawowym zaburzeniem a jego subklinicznymi formami jest często płynna. Zmienność obrazu klinicznego zaburzeń odżywiania wskazuje, że tradycyjne modele diagnostyczne nie zawsze są w stanie uchwycić pełen obraz problematycznych zachowań związanych z jedzeniem. Co więcej, w wielu przypadkach zaburzenia odżywiania przenikają się nawzajem, a ich przebieg może obejmować przejściowe zmiany wzorców zachowań żywieniowych. Osoba spełniająca kryteria anoreksji może z czasem wykazywać objawy bulimii, a następnie przejść w formę ortorektycznych obsesji związanych ze zdrowym odżywianiem lub anoreksji. Tego rodzaju transdiagnostyczność stanowi kolejne wyzwanie diagnostyczne, ponieważ wskazuje, że sztywne kategorie klasyfikacyjne nie zawsze odzwierciedlają rzeczywiste doświadczenia pacjentów. Z tego względu diagnoza zaburzeń odżywiania wymaga podejścia elastycznego, uwzględniającego różnorodność wzorców żywieniowych, w tym selektywne unikanie określonych grup pokarmowych, które w pewnych przypadkach mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych [22,66].

Zaburzone wzorce żywieniowe mogą manifestować się zarówno w zakresie całościowego schematu odżywiania, jak i w selektywnym eliminowaniu określonych grup pokarmowych. W części przypadków osoby z zaburzeniami odżywiania dążą do redukcji ilości spożywanej żywności jako całości (np. w anoreksji), jednak niekiedy problem dotyczy selektywnego podejścia do jedzenia np. eliminowania konkretnych grup pokarmowych czy przestrzegania rygorystycznych zasad dotyczących jakości żywności. Takie podejście można zaobserwować w ortoreksji, ale również w spektrum innych zaburzeń odżywiania, w których żywność staje się nie tylko obiektem kontroli, lecz także narzędziem do osiągania różnych celów [22,66].

Jednocześnie zachowania żywieniowe nie zawsze wynikają wyłącznie z potrzeb biologicznych np. często są powiązane z głęboko zakorzenionymi mechanizmami psychologicznymi i przekonaniami jednostki. W nurcie poznawczo-behawioralnym zwraca się uwagę na rdzenne przekonania dotyczące siebie, innych ludzi i świata, które mogą wpływać na rozwój zaburzeń odżywiania. Osoba, która interpretuje siebie jako „nie dość dobrą” lub „nie dość wartościową”, może stosować kontrolę nad jedzeniem jako sposób na podnie-

sienie samooceny lub uzyskanie pozornego poczucia sprawczości. Zachowania żywieniowe mogą także stanowić narzędzie regulacji emocji, co znajduje odzwierciedlenie w napadowym objadaniu się (BED), gdzie kompulsywne przyjmowanie pokarmu pełni funkcję mechanizmu łagodzenia napięcia psychicznego. Oprócz funkcji regulacyjnej, jaką pełnią zaburzenia odżywiania w kontekście wewnętrznych przeżyć jednostki, niekiedy stanowią również narzędzie kształtowania relacji z otoczeniem [22,66].

W niektórych przypadkach zachowania żywieniowe mogą być także narzędziem kontroli relacji interpersonalnych. Zachowania związane z restrykcją dietetyczną lub prowokowaniem wymiotów mogą pełnić funkcję komunikacyjną, stanowiąc ekspresję buntu wobec norm społecznych, mechanizm kompensacyjny w odpowiedzi na deficyt autonomii lub narzędzie pośredniego sygnalizowania potrzeby wsparcia. Z tego powodu zaburzenia odżywiania rzadko stanowią wyłącznie problem związany z jedzeniem, a ich analiza wymaga wielowymiarowego spojrzenia uwzględniającego kontekst psychologiczny, rodzinny i społeczny [22,66].

Szczególnym przypadkiem na granicy normy i patologii jest ortoreksja, czyli obsesyjna dbałość o zdrowe i czyste odżywianie. Choć w przeciwieństwie do anoreksji czy bulimii nie jest obecnie klasyfikowana jako odrębne zaburzenie w DSM-5 ani ICD-11, to stanowi istotny problem kliniczny, który trudno zdefiniować w tradycyjnym ujęciu diagnostycznym. W ortoreksji kluczowe nie jest ograniczanie kalorii czy unikanie jedzenia, lecz obsesyjna kontrola nad jakością spożywanych pokarmów, co może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, a także psychologicznych i społecznych. Zjawisko to doskonale ilustruje wyzwania współczesnej diagnostyki, gdzie granica między racjonalną troską o zdrową dietę a obsesyjną kontrolą spożycia pokarmu może być płynna i często trudna do jednoznacznego określenia. Te kwestie pozostają otwarte i wymagają dalszych badań, dlatego w kolejnym rozdziale zostanie szczegółowo omówione zjawisko ortoreksji oraz jej miejsce w spektrum zaburzeń odżywiania.

3. Ortoreksja jako specyficzne zaburzenie odżywiania

3.1 Definicja ortoreksji i jej miejsce w klasyfikacjach diagnostycznych

Ortoreksja (ang. *Orthorexia nervosa* - ON) to zaburzenie charakteryzujące się obsesyjną dbałością o jakość i „czystość” spożywanych produktów. Osoby dotknięte tym zaburzeniem stosują restrykcyjne wzorce żywieniowe, eliminując szeroką gamę pokarmów uznawanych za niezdrowe lub „zanieczyszczone”. W konsekwencji prowadzi to do poważnych ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym oraz zawodowym. Ortoreksja może często występować wśród osób aktywnie zainteresowanych zdrowym stylem życia, w tym sportowców, dietetyków i przedstawicieli zawodów medycznych [34, 49, 53].

Termin „ortoreksja” został po raz pierwszy wprowadzony przez Bratmana w 1997 roku. Początkowo definiował on to zjawisko jako przesadne zaabsorbowanie zdrowym odżywianiem, które z czasem może przybierać formę patologicznej obsesji prowadzącej do niedożywienia i izolacji społecznej [53, 67, 68]. W odróżnieniu od klasycznych zaburzeń odżywiania, ON nie koncentruje się na redukcji masy ciała, lecz na dążeniu do osiągnięcia wyidealizowanego obrazu zdrowia. Niemniej jednak, najnowsze badania sugerują, że w niektórych przypadkach ortorektyczne zachowania mogą pełnić funkcję kontroli masy ciała, upodabniając ON do anoreksji [69].

Wciąż nie istnieje jednoznaczna, powszechnie akceptowana definicja ortoreksji, a jej klasyfikacja jako zaburzenia psychicznego pozostaje przedmiotem naukowej debaty. Choć w literaturze często klasyfikowana jest jako potencjalne zaburzenie odżywiania, niektórzy badacze sugerują, że powinna być traktowana jako forma zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD) [24, 48]. Należy zaznaczyć, że ortoreksja nie została jeszcze uwzględniona w oficjalnych klasyfikacjach diagnostycznych DSM-5 ani ICD-11.

Ortoreksja znacząco wpływa na codzienne funkcjonowanie jednostki. Pacjenci często unikają spotkań towarzyskich, które wiążą się z jedzeniem przygotowanym przez innych. A to prowadzi do społecznej izolacji. Ponadto, temat odżywiania zaczyna dominować w ich rozmowach, a narzucanie własnych przekonań dietetycznych innym może powodować konflikty interpersonalne [70]. Charakterystyczne są również sztywne rytuały związane z przygotowywaniem posiłków, intensywna analiza składu żywności oraz eliminacja produktów zawierających wszelkiego rodzaju konserwanty. Ta zasada jest bardzo sztywna i bez wyjątków. Osoba z tym zaburzeniem unika wszelkich dodatków do żywności, bez

względu czy są one naturalne czy syntetyczne. Unika także nawet minimalnej ekspozycji na pestycydy czy składniki uznawane za nienaturalne [73,74]. W skrajnych przypadkach prowadzi to do poważnych niedoborów żywieniowych, stanowiących zagrożenie dla zdrowia somatycznego, ponieważ osoba decyduje się na spożywanie tylko kilku produktów.

W odpowiedzi na potrzebę standaryzacji diagnostycznej ortoreksji, Moroze i wsp. [73] zaproponowali cztery kryteria diagnostyczne pozwalające odróżnić ON od innych zaburzeń psychicznych, takich jak anoreksja i OCD. Uwzględniają one cztery kluczowe komponenty. Pierwszym kryterium (A) jest obsesyjna koncentracja na spożywaniu „zdrowych i czystych” produktów spożywczych, przy jednoczesnym rygorystycznym unikaniu pokarmów uznawanych za nieczyste lub niezdrowe. Obejmuje to m.in. restrykcje w zakresie spożywania tłuszczów, konserwantów, produktów pochodzenia zwierzęcego oraz innych składników uważanych przez osobę za szkodliwe. Drugie kryterium (B) dotyczy istotnego upośledzenia funkcjonowania spowodowanego obsesyjnym podejściem do diety, prowadzącego do niedoborów żywieniowych lub zaburzeń społecznych i zawodowych. Trzecie kryterium (C) wyklucza inne zaburzenia psychiczne jako główne źródło objawów, a czwarte (D) podkreśla, że zachowania ortorektyczne nie są wynikiem praktyk religijnych ani specjalnych wymagań dietetycznych związanych z alergiami lub schorzeniami medycznymi [73]. Poniższa tabela przedstawia szczegółowe kryteria diagnostyczne ortoreksji według Morozei i wsp. [73].

Tabela 6. Kryteria diagnostyczne ortoreksji według Morozei wsp. [73]

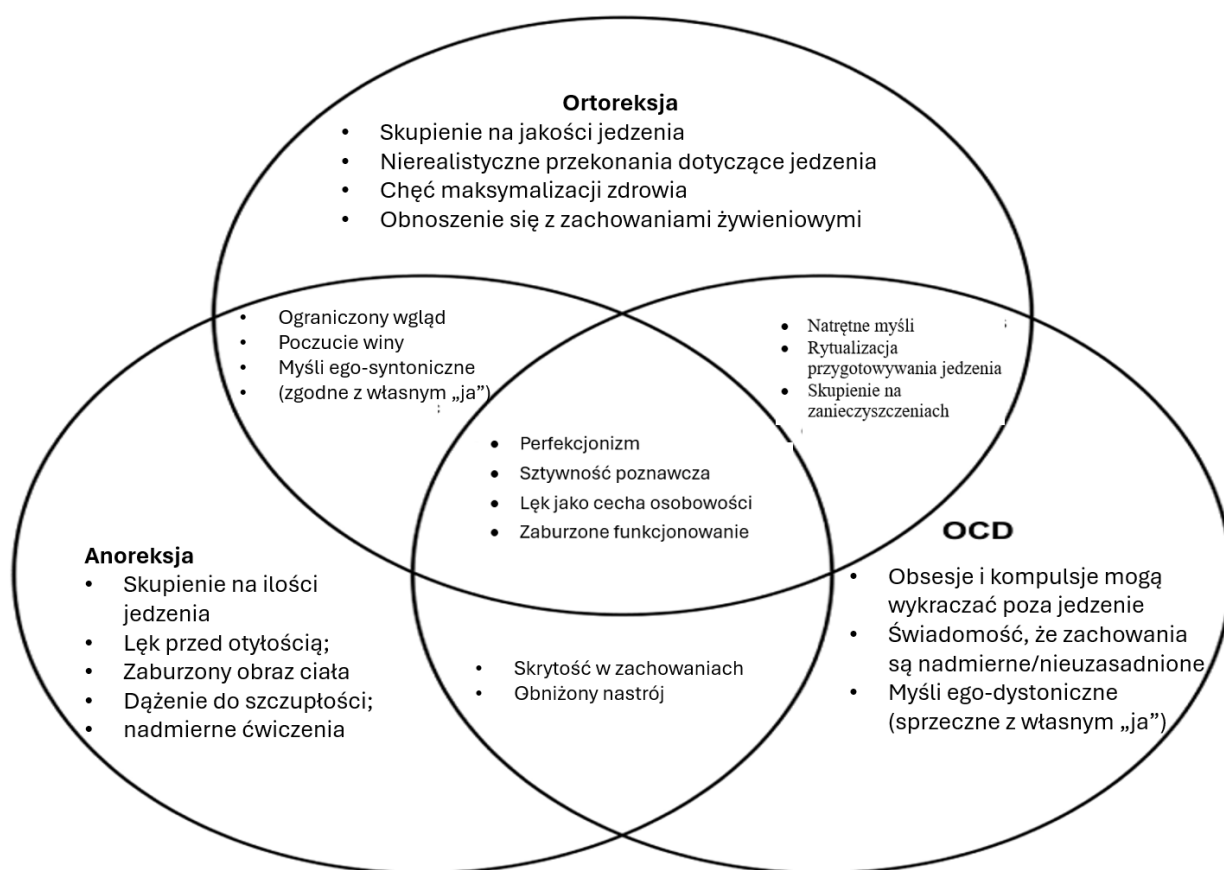
Kryterium	Opis
Kryterium A	Obsesyjna koncentracja na spożywaniu „zdrowych i czystych” produktów spożywczych, wynikająca z przekonań dotyczących ich jakości i składu. Występowanie co najmniej dwóch z poniższych objawów: - Spożywanie diety niedoborowej z powodu przekonań o „czystości” jedzenia. - Przesadne obawy dotyczące spożywania „nieczystych” produktów i ich wpływu na zdrowie fizyczne oraz psychiczne. - Rygorystyczne unikanie pokarmów uznawanych za niezdrowe, w tym tłuszczów, konserwantów, dodatków do żywności czy produktów pochodzenia zwierzęcego. - Nadmierna ilość czasu (≥ 3 godzin dziennie) poświęcana na zdobywanie informacji, nabywanie i przygotowywanie żywności zgodnie z subiektywnymi kryteriami „zdrowotności”. - Poczucie winy i lęku po spożyciu „nieczystej” lub „niezdrowej” żywności. - Nietolerancja wobec przekonań żywieniowych innych osób. - Nadmierne wydatki na żywność wynikające z przekonań o jej „czystości” i jakości.
Kryterium B	Zaburzenie prowadzi do istotnego pogorszenia zdrowia fizycznego lub społecznego funkcjonowania pacjenta: - Występowanie niedoborów pokarmowych prowadzących do problemów zdrowotnych (np. niedożywienie). - Silny stres lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, akademickiego lub zawodowego wynikające z obsesyjnych myśli i zachowań związanych z „zdrowym” odżywianiem.
Kryterium C	Objawy nie wynikają z innego zaburzenia psychicznego, np. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego lub schizofrenii.
Kryterium D	Objawy nie są spowodowane przestrzeganiem zasad diety wynikającej z przekonań religijnych ani specjalnych wymagań dietetycznych (np. alergii pokarmowych, chorób metabolicznych).

Również, Cena i wsp. [74] dokonali przeglądu prac badawczych, gdyż starali się wyodrębnić kryteria diagnostyczne w przypadku ortoreksji. W swojej pracy wyszczególnili, takie kryteria jak:

- patologiczne, obsesyjne zainteresowanie zdrowym odżywianiem;

- odczuwanie udreki, niepokoju, które wywołane jest trudnością w przestrzeganiu zakazów żywieniowych, narzuconych samemu sobie;
- zaburzenia psychospołeczne, polegające między innymi na unikaniu spotkań towarzyskich;
- utrata masy ciała i obecność niedoborów żywieniowych [74].

Ortoreksja wykazuje znaczące podobieństwa do anoreksji oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD), co stanowi wyzwanie w jej jednoznacznej klasyfikacji diagnostycznej. Pomimo wspólnych cech, każda z tych jednostek psychopatologicznych posiada unikalne aspekty, które pozwalają na ich odróżnienie [7, 48, 70]. Rycina 3 przedstawia diagram Venna, ukazujący wspólne oraz odrębne cechy ON, AN i OCD, ilustrując złożoność problemu diagnostycznego ortoreksji [73].



Rycina 3. Diagram Venna przedstawiający unikalne i nakładające się na siebie cechy ortoreksji, jadłowstrętu psychicznego i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD). Źródło: Moroze i wsp. [73].

Ortoreksję i anoreksję łączy wiele wspólnych cech, zwłaszcza w zakresie restrykcyjnych wzorców żywieniowych oraz skłonności do perfekcjonizmu i sztywnego przestrzegania zasad dietetycznych. W obu przypadkach pacjenci wykazują obsesyjną kontrolę nad

spożywanymi produktami i unikają określonych grup żywności. Zarówno w ON, jak i AN, występuje również intensywne poczucie winy związane z odstępstwami od założonych reguł oraz lęk przed utratą kontroli nad własnym sposobem odżywiania się [50, 73].

Kluczową różnicą między ON a AN jest jednak motywacja leżąca u podstaw zachowań żywieniowych. W anoreksji głównym celem jest redukcja masy ciała i osiągnięcie określonej sylwetki, wynikające z głęboko zakorzenionego lęku przed przyrostem masy ciała oraz zniekształconego obrazu własnego ciała. W ortoreksji natomiast dominującym motywem jest przekonanie o konieczności spożywania jedynie „czystych” i „zdrowych” produktów, co niekoniecznie wiąże się z redukcją masy ciała. Pacjenci z ON mogą chudnąć co jest konsekwencją restrykcyjnej diety, ale nie jest to ich pierwotnym celem. A to stanowi zasadniczą różnicę w stosunku do AN [73, 75].

Innym istotnym aspektem różniącym ON i AN jest społeczny kontekst zachowań żywieniowych. Osoby z anoreksją często ukrywają swoje problemy z jedzeniem i unikają rozmów na temat diety, obawiając się krytyki lub interwencji ze strony otoczenia. W przeciwieństwie do tego, osoby z ortoreksją zazwyczaj otwarcie mówią o swoich nawykach żywieniowych, a nawet traktują je jako oznakę moralnej wyższości. Ortorektyczne przekonania są często przedstawiane jako świadome wybory prozdrowotne, co sprawia, że zaburzenie to może pozostawać niezauważone przez otoczenie przez długi czas [50, 73, 75].

Ponadto, choć zarówno w ON, jak i AN, pacjenci mogą doświadczać znacznego niedożywienia, to w przypadku anoreksji deficyty kaloryczne są skutkiem celowej restrykcji ilościowej związanej z ograniczeniem liczby spożywanych kalorii, natomiast w ortoreksji wynikają one głównie z selektywnego eliminowania „niezdrowych” produktów, co prowadzi do niedoborów mikro- i makroelementów [73, 75].

Ortoreksja posiada również wiele wspólnych cech z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (OCD), szczególnie w zakresie obsesyjnych myśli i kompulsywnych zachowań związanych z jedzeniem. Pacjenci z ON przejawiają nadmierną potrzebę kontrolowania jakości spożywanej żywności, co prowadzi do skrupulatnego planowania posiłków, stosowania restrykcyjnych reguł dietetycznych oraz eliminowania całych grup żywności [73].

Główna różnica między ON a OCD polega na sposobie postrzegania obsesji i kompulsji. W klasycznym OCD obsesyjne myśli są zazwyczaj odbierane przez pacjenta jako niepożądane, irracjonalne i uciążliwe (ego-dystoniczne), co powoduje znaczny dyskomfort psychiczny. Osoby cierpiące na OCD często podejmują próby neutralizowania obsesji poprzez wykonywanie kompulsji, które pomagają im tymczasowo zmniejszyć lęk. W ortoreksji natomiast obsesyjne myśli dotyczące „czystej i zdrowej” diety są zazwyczaj traktowane przez pacjenta jako racjonalne i zgodne z jego systemem wartości (ego-syntoniczne), co oznacza, że osoby z ON nie postrzegają swoich zachowań jako problematycznych [73].

Dodatkowo, choć w obu przypadkach występują rytuały żywieniowe, to ich charakter jest nieco odmienny. W OCD kompulsje mogą obejmować np. konieczność wielokrotnego mycia rąk przed jedzeniem, powtarzania określonych fraz czy liczenia kęsów, co nieko-

niecznie wiąże się z samym wyborem jedzenia. W ortoreksji rytualizacja dotyczy natomiast sposobu selekcji i przygotowania posiłków. Pacjenci mogą np. przestrzegać ścisłych zasad dotyczących łączenia produktów, godzin ich spożywania lub metod gotowania [73].

Ortoreksja i OCD różnią się także zakresem obsesji. Podczas gdy w OCD obsesje dotyczą różnorodnych obszarów życia (np. lęk przed zakażeniem, obsesyjna potrzeba symetrii, obawa przed wyrządzeniem komuś krzywdy), w ON skupiają się one wyłącznie na kwestiach związanych z jedzeniem [73].

Ze względu na liczne podobieństwa do anoreksji i OCD, wciąż trwają debaty nad tym, czy ON powinna zostać uznana za osobną jednostkę nozologiczną, czy też jest podtypem jednego z tych zaburzeń. Niektórzy badacze argumentują, że ON jest wariantem anoreksji, szczególnie ze względu na obecność perfekcjonizmu, sztywności poznawczej oraz restrykcyjnych zasad żywieniowych. Wskazuje się również, że u części pacjentów z AN objawy ortorektyczne pojawiają się w późniejszych etapach choroby, kiedy priorytetem staje się nie tylko redukcja masy ciała, ale także spożywanie wyłącznie „czystych i zdrowych” produktów. Inni badacze sugerują, że ON powinna być raczej klasyfikowana jako forma OCD, ponieważ główną cechą tego zaburzenia są obsesyjne myśli dotyczące jakości jedzenia oraz kompulsyjne zachowania związane z jego przygotowaniem i spożywaniem. Z kolei zwolennicy uznania ON za odrębną jednostkę kliniczną wskazują na jej unikalny profil psychologiczny. Podkreślają, że głównym motorem zachowań ortorektycznych nie jest ani chęć utraty masy ciała (jak w AN), ani klasyczne obsesje (jak w OCD), lecz irracjonalne przekonanie, że ściśle kontrolowana dieta zapewni optymalne zdrowie i dobre samopoczucie. Ponadto, ON często rozwija się stopniowo, początkowo przyjmując postać zdrowego zainteresowania dietą, które z czasem przekształca się w destrukcyjną obsesję [73].

W kontekście badań nad zaburzeniami odżywiania kluczowym wyzwaniem pozostaje określenie granicy między zdrowym stylem życia a patologiczną obsesją na punkcie diety. W społeczeństwach zachodnich, gdzie promowane są wzorce idealnego zdrowia i szczupłości, ortoreksja może być częściowo wzmacniana przez normy kulturowe. Stąd też przyszłe badania powinny skupić się na opracowaniu precyzyjnych narzędzi diagnostycznych oraz strategii terapeutycznych, które pozwolą skutecznie identyfikować i leczyć to zaburzenie.

Ważne jest także zwrócenie uwagi na różnice pomiędzy klasycznymi zaburzeniami odżywiania takimi jak anoreksja czy bulimia a ortoreksją. Zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja i bulimia, występują przede wszystkim u kobiet, podczas gdy ortoreksja może dotyczyć zarówno kobiet, jak i mężczyzn w podobnym odsetku. Szacuje się, że ortoreksja najczęściej manifestuje się w populacji osób dorosłych w przedziale wiekowym 20–40 lat, natomiast anoreksja i bulimia dotyczą głównie młodych dziewcząt, najczęściej w wieku 10–18 lat [51].

Badanie przeprowadzone przez Segura-García i wsp. [76] miały na celu ocenę częstości występowania ortoreksji nerwicowej wśród kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz analiza

zmian nasilenia objawów ON po leczeniu zaburzeń odżywiania. W badaniu uczestniczyły 32 pacjentki z AN lub BN, które oceniono za pomocą testów ORTO-15, Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS) oraz Eating Attitude Test (EAT-26) przed leczeniem oraz trzy lata po jego zakończeniu. Wyniki porównano z grupą kontrolną 32 zdrowych kobiet dopasowanych pod względem płci, wieku i wskaźnika masy ciała (BMI) na początku obserwacji. Wyniki wykazały, że istotnie wyższy odsetek pacjentek z zaburzeniami odżywiania uzyskał wynik dodatni w teście ORTO-15 zarówno przed leczeniem (28%), jak i po leczeniu (58%) w porównaniu do grupy kontrolnej (6%). Wyniki testów YBC-EDS oraz EAT-26 były wyższe wśród pacjentek z zaburzeniami odżywiania w porównaniu do grupy kontrolnej, ale zmniejszyły się w trakcie leczenia. To badanie pokazało, że objawy ortoreksji są wysoce rozpowszechnione wśród pacjentek z AN i BN, a ich nasilenie wzrasta po leczeniu. ON może być związana zarówno z kliniczną poprawą w zakresie AN i BN, jak i z przejściem w łagodniejsze formy zaburzeń odżywiania.

3.2 Epidemiologia ortoreksji

Ortoreksja, jako zjawisko kliniczne, charakteryzuje się szerokim spektrum nasilenia objawów oraz ich dynamicznym przebiegiem, co znacząco utrudnia precyzyjne określenie jej częstości występowania w populacji ogólnej. W przeciwieństwie do klasycznych zaburzeń odżywiania, takich jak anoreksja czy bulimia, ortoreksja nie została jeszcze jednoznacznie sklasyfikowana, co rodzi istotne wyzwania w zakresie badań epidemiologicznych i klinicznych. Jak już wspomniano brak spójnych kryteriów diagnostycznych prowadzi do znacznych rozbieżności w wynikach badań. Część z nich sugeruje, że ortoreksja jest stosunkowo rzadkim zjawiskiem, podczas gdy inne wskazują na jej wysoką częstość w określonych grupach populacyjnych.

Dodatkową trudność w ocenie częstości występowania ortoreksji stanowi fakt, że wiele zachowań charakterystycznych dla tego zaburzenia może być postrzeganych jako społecznie akceptowane, a nawet promowane jako element zdrowego stylu życia. W społeczeństwie, które kładzie duży nacisk na jakość spożywanych produktów oraz unikanie substancji potencjalnie szkodliwych zawartych w żywności, granica między zdrową dbałością o dietę a patologiczną obsesją na jej punkcie staje się niejednoznaczna. Ponadto, manifestacja objawów może być subtelna i nie zawsze wiąże się z oczywistymi konsekwencjami zdrowotnymi, co dodatkowo komplikuje proces diagnostyczny. Wobec tych niejasności klasyfikacyjnych, badania epidemiologiczne próbują określić rzeczywisty zasięg ortoreksji w populacji, jednak napotykają na istotne trudności metodologiczne. Wobec tych wyzwań niezbędne są badania uwzględniające zarówno perspektywę psychologiczną, jak i dietetyczno-medyczną, umożliwiające lepsze zrozumienie ortoreksji oraz określenie jej rzeczywistego rozpowszechnienia w różnych grupach populacyjnych. Dostępne dane dotyczące częstości występowania ortoreksji wykazują znaczne rozbieżności. W literaturze

odsetek osób spełniających kryteria ON waha się od 6,9% do nawet 57,6%, w zależności od zastosowanego narzędzia diagnostycznego oraz badanej populacji. Tak szerokie spektrum wyników wynika przede wszystkim z różnic metodologicznych oraz braku jednolitych kryteriów rozpoznania ortoreksji [73].

W populacji ogólnej ON występuje stosunkowo rzadko. Szacuje się, że częstość tego zaburzenia wynosi od 1% do nawet 10%. Natomiast w grupach wysokiego ryzyka odsetek ten może być znacznie wyższy. Przykładowo, wśród dietetyków ortoreksja występuje u 35–45% badanych, a w grupie lekarzy stażystów odsetek ten sięga 35%. Szczególnie wysokie wskaźniki ON odnotowano wśród osób regularnie podejmujących aktywność fizyczną. W tej populacji objawy ortoreksji wykazuje nawet 55,3% badanych [34, 73, 77, 78].

Dane dotyczące różnic płciowych w częstości występowania ON są niejednoznaczne. W przeciwieństwie do klasycznych zaburzeń odżywiania, które częściej dotyczą kobiet, ortoreksja może występować z takim samym nasileniem zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Choć niektóre badania sugerują, że mężczyźni mogą być bardziej narażeni na rozwój tego zaburzenia [73].

Brak wiarygodnych narzędzi badawczych do oceny ortoreksji w populacji ogólnej stanowi istotne wyzwanie metodologiczne. Dotychczasowe badania nad tym zjawiskiem są obciążone znaczącymi ograniczeniami, wynikającymi przede wszystkim z niereprezentatywnego doboru próby oraz stosowania narzędzi o wątpliwej trafności diagnostycznej [48]. W większości prac populacja badana obejmuje specyficzne grupy zawodowe i społeczne, takie jak sportowcy, przedstawiciele zawodów medycznych, artyści czy osoby stosujące diety eliminacyjne (np. wegetarianie, weganie), co uniemożliwia uogólnienie wyników na całą populację [50, 76, 79, 80]. Interpretacja wyników badań epidemiologicznych wymaga ostrożności, gdyż wiele z nich koncentruje się na populacjach o specyficznych cechach, co może prowadzić do przeszacowania uzyskanych wskaźników rozpowszechnienia ortoreksji. Ponadto, brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych utrudnia odróżnienie rzeczywistych przypadków patologicznych od wysokiej dbałości o zdrowe odżywianie, która nie prowadzi do negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

Szczególną uwagę zwraca wysoka częstość ortoreksji wśród osób regularnie podejmujących aktywność fizyczną. Wyniki niektórych badań wskazują, że w tej grupie aż 55,3% badanych wykazuje objawy ortoreksji [80]. Może to sugerować, że osoby dążące do poprawy zdrowia fizycznego są szczególnie podatne na rozwój obsesyjnych wzorców żywieniowych, które początkowo mogą być postrzegane jako zdrowe nawyki, lecz w dłuższej perspektywie mogą prowadzić do znacznych ograniczeń dietetycznych i psychologicznego dyskomfortu.

Chociaż wysokie wskaźniki występowania ortoreksji wśród osób aktywnych fizycznie mogą wskazywać na rzeczywisty problem, interpretacja tych wyników wymaga ostrożności. Warto podkreślić, że wiele badań stosuje narzędzia przesiewowe, które mogą przeszacowywać liczbę przypadków, nie uwzględniając różnic między zdrowym zaangażowaniem w dietę a patologiczną obsesją na jej punkcie [80]. Ponadto, wysoka częstość ortoreksji w tej

populacji może częściowo wynikać z tego, że osoby aktywne fizycznie częściej interesują się zdrowym stylem życia, co może być mylnie interpretowane jako cecha zaburzenia. Aby adekwatnie ocenić skalę ortoreksji i jej potencjalne konsekwencje zdrowotne, konieczne są dalsze badania oparte na bardziej precyzyjnych narzędziach diagnostycznych, które pozwolą na rozróżnienie adaptacyjnych wzorców żywieniowych od patologicznych tendencji obsesyjnych. Dopóki jednak nie zostaną wypracowane spójne kryteria diagnostyczne, rozbieżności w wynikach badań będą nadal stanowić istotne wyzwanie metodologiczne w ocenie rzeczywistego rozpowszechnienia ortoreksji.

3.3 Czynniki ryzyka ortoreksji

Ortoreksja psychiczna jest zaburzeniem, którego dokładna etiologia nie jest poznana. Dotychczasowe doniesienia wskazują, że w jej powstawaniu kluczową rolę odgrywają zarówno czynniki psychologiczne i społeczne, jak i potencjalne mechanizmy neurobiologiczne oraz poznawcze [24, 34].

3.3.1 Profil neurologiczny osób z ortoreksją

Chociaż badania nad neurologicznymi korelatami ortoreksji są wciąż na wczesnym etapie [25], dostępne dane sugerują, że jej podłoże może być zbliżone do anoreksji oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Dotyczy to zarówno strukturalnych i funkcjonalnych zmian w mózgu, jak i wzorców poznawczych oraz reaktywności na bodźce związane z jedzeniem [25].

Jednym z kluczowych aspektów funkcjonowania poznawczego osób z ortoreksją jest sztywność poznawcza oraz deficyty w zakresie funkcji wykonawczych, które odpowiadają za kontrolę impulsów, elastyczność myślenia i zdolność do modyfikowania nawyków. Osoby dotknięte tym zaburzeniem mają trudności w dostosowywaniu się do nowych sytuacji, a wszelkie odstępstwa od wcześniej przyjętych zasad dietetycznych powodują silny dyskomfort psychiczny. Nadmierna koncentracja uwagi na detalach dotyczących żywienia oraz obsesyjne analizowanie składu produktów wskazują na zaburzenia w przetwarzaniu informacji i ograniczoną zdolność do priorytetyzowania bodźców. Badania sugerują, że pacjenci z ON wykazują również trudności w hamowaniu automatycznych reakcji, co oznacza, że ich reakcje na „nieczyste” jedzenie są nie tylko silnie negatywne, ale także trudne do kontrolowania [73].

Podłoże omawianego zaburzenia wydaje się być związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem kory przedczołowej, szczególnie w jej grzbietowo-bocznej oraz przyśrodkowej części. Hiperaktywność grzbietowo-bocznej kory przedczołowej może odpowiadać za przesadną kontrolę zachowań związanych z odżywianiem oraz trudności w adaptacji do zmieniających się okoliczności, natomiast zwiększona aktywność przyśrodkowej kory przedczo-

lowej wiąże się z perfekcjonizmem i skłonnością do obsesyjnego analizowania informacji żywieniowych. Jednocześnie, w obrębie układu limbicznego, który odgrywa kluczową rolę w regulacji emocji, stwierdzono nadaktywność ciała migdałowatego, co może tłumaczyć wysoki poziom lęku związany z koniecznością spożycia pokarmów uznawanych za niezdrowe. Z kolei zmniejszona objętość hipokampa, podobnie jak w anoreksji i OCD, może prowadzić do zaburzeń pamięci roboczej oraz utrwalania sztywnych wzorców myślowych, co utrudnia osobom z ON modyfikację nawyków żywieniowych [71, 73].

Wyniki badań wskazują na istotne zmiany w układach neuroprzebieżnikowych, które mogą odpowiadać za obsesyjno-kompulsyjny charakter ortoreksji. Wzrost aktywności układu serotonergicznego w korze przedczołowej wydaje się sprzyjać nadmiernej kontroli nad jedzeniem oraz perfekcjonizmowi, co prowadzi do obsesyjnego unikania „nieczystych” produktów. Z kolei dysfunkcja układu dopaminowego może wpływać na mechanizmy nagrody, powodując, że satysfakcja płynąca z utrzymywania restrykcyjnej diety staje się dominującym źródłem gratyfikacji. W konsekwencji osoby z ON mogą odczuwać silniejszą satysfakcję z przestrzegania swoich zasad dietetycznych niż z samej konsumpcji posiłku. Dodatkowo, zmniejszona aktywność dopaminergiczna w jądrze półleżącym może prowadzić do ograniczenia przyjemności płynącej z jedzenia, co jeszcze bardziej utrwala obsesyjne wzorce zachowań żywieniowych [73].

Obok zmian w układach serotonergicznym i dopaminergicznym, u osób z ortoreksją obserwuje się również podwyższony poziom kortyzolu, co sugeruje, że kontrolowanie diety wiąże się z przewlekłym stresem. Stres oksydacyjny dodatkowo wpływa na neuroplastyczność, co może nasilać sztywność poznawczą oraz trudności w adaptacji do nowych sytuacji w tym żywieniowych. Wiele wskazuje na to, że ortoreksja, podobnie jak anoreksja i OCD, wiąże się także ze zmienionym przetwarzaniem nagrody w mózgu. U osób z ON obserwuje się wzmożoną aktywność kory przedczołowej w odpowiedzi na obrazy zdrowej żywności oraz osłabioną reakcję jądra półleżącego na pokarmy uznawane za niezdrowe. Mechanizm ten przypomina wzorce obserwowane w uzależnieniach, gdzie nagroda związana z kontrolą diety staje się dominującym czynnikiem wzmacniającym zachowanie [73].

Wszystkie te dane sugerują, że ortoreksja ma silne podłoże neurobiologiczne, obejmujące zarówno zmiany w funkcjonowaniu kory przedczołowej i układu limbicznego, jak i dysregulację kluczowych systemów neuroprzebieżnikowych. Ze względu na istotne podobieństwa do anoreksji oraz OCD, istnieje potrzeba dalszych badań nad neurologicznym podłożem tego zaburzenia, co pozwoliłoby nie tylko na lepsze zrozumienie jego patogenety, ale także na opracowanie skuteczniejszych strategii [73].

3.3.2 Czynniki psychologiczne i osobowościowe

Badania sugerują, że osoby z ortoreksją wykazują wzorce poznawcze zbliżone do obserwowanych w jadłowstręcie psychicznym oraz zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych. Obej-

mują one m.in. obniżoną elastyczność poznawczą, nadmierne skupienie uwagi na szczegółach oraz trudności w regulacji impulsów. Może to wskazywać na wspólną dysfunkcję struktur mózgowych odpowiedzialnych za kontrolę poznawczą, takich jak kora przedczołowa oraz przednia część zakrętu obręczy, które odpowiadają za kontrolę nawyków, ocenę ryzyka oraz regulację emocji [21, 81-83].

Dodatkowo, osobowość ortorektyczna często łączy się z wysokim poziomem perfekcjonizmu oraz tendencją do kontroli nad własnym ciałem i otoczeniem [24, 82, 83]. Bratman i Knight [84] sugerują, że ortoreksja może pełnić funkcję kompensacyjną, umożliwiając jednostce uzyskanie iluzorycznego poczucia bezpieczeństwa poprzez eliminację elementów postrzeganych jako nieprzewidywalne. Deprywacja emocjonalna, potrzeba poszukiwania tożsamości oraz duchowości również mogą stanowić mechanizmy napędzające rozwój zaburzenia.

Warto również podkreślić, że jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju ortoreksji jest lęk przed chorobą. Dążenie do osiągnięcia „idealnego zdrowia” może w rzeczywistości skutkować nadmiernym ograniczaniem diety i stopniowym eliminowaniem kolejnych grup produktów spożywczych, co prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, w tym niedożywienia oraz niedoborów mikro- i makroskładników [24, 82, 83].

3.3.3 Czynniki społeczno-kulturowe

Omawiając czynniki sprzyjające rozwojowi ortoreksji należy uwzględnić kontekst społeczny, w tym kulturowy, zwłaszcza obowiązujące w danej społeczności normy, które promują zdrowy styl życia jako wartość nadrzędną. W społeczeństwie neoliberalnym zdrowie nie jest już wyłącznie stanem fizjologicznym, ale staje się wyrazem własnej tożsamości, od której zależy status społeczny jednostki. W efekcie obsesja na punkcie „czystego i zdrowego jedzenia” może być wzmacniana przez otoczenie jako pożądana cecha, co utrudnia odróżnienie normatywnego zainteresowania zdrową dietą od patologicznej obsesji [18, 24, 85, 86].

Analizując czynniki ryzyka ortoreksji warto także zwrócić uwagę na czynniki związane bezpośrednio z dietą takie jak preferencje żywieniowe, dziedziczne różnice w percepcji smaku, neofobię lub selektywność pokarmową, praktyki żywieniowe rodziców oraz historię jedzenia przez rodziców [24, 86, 87].

Dodatkowo, badania wskazują na szczególną podatność określonych grup zawodowych na rozwój ortoreksji. Pracownicy ochrony zdrowia, dietetycy, sportowcy, jogini oraz osoby prowadzące działalność w mediach społecznościowych wykazują podwyższony poziom zachowań ortorektycznych [88, 89]. Jest to związane zarówno z wymaganiami zawodowymi, jak i presją społeczną dotyczącą zgodności stylu życia z promowanym wizerunkiem zdrowia [18, 90].

Ziółkowska i wsp. [91] odnotowali, że niezadowolenie z własnej masy ciała, internaliza-

cja *fatfobii* (lęku przez tkankę tłuszczową) oraz społeczna percepcja dietetyków jako osób „zdrowych, szczupłych i sprawnych” mogą prowadzić do nadmiernej kontroli nad jedzeniem [91]. Ta obserwacja może tłumaczyć odnotowane w prezentowanym badaniu wyniki w kontekście studentów dietetyki i kierunków medycznych. Dodatkowo, wpływ presji społecznej został również potwierdzony w innych badaniach w których badacze wykazali, że społeczne oczekiwania dotyczące wyglądu dietetyków mogą przyczyniać się do ich zwiększonej podatności na ortoreksję, wpływając jednocześnie na ich profesjonalną tożsamość i satysfakcję zawodową [92].

3.3.4 Model czynników predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących ortoreksję z perspektywy teoretycznej i klinicznej

Mechanizmy etiopatogenetyczne ortoreksji mogą być analizowane w kontekście czynników predyspozycji, wyzwalających oraz podtrzymujących, które od lat znajdują zastosowanie w badaniach nad anoreksją i bulimią [93, 94, 95].

Wieloaspektowa natura ortoreksji sugeruje, że jej rozwój i utrwalanie wynika z dynamicznej interakcji czynników biologicznych, psychologicznych oraz społeczno-kulturowych, które determinują zarówno początki zaburzenia, jak i jego przebieg. W przeciwieństwie do klasycznych zaburzeń odżywiania, w których dominującą rolę odgrywa kontrola masy ciała i sylwetki, w ortoreksji podstawowym mechanizmem jest obsesyjna dbałość o „czystość” i jakość spożywanych pokarmów. Model przedstawiony poniżej integruje dostępne dane empiryczne oraz założenia teoretyczne, wskazując na specyficzne mechanizmy prowadzące do rozwoju i utrwalania ortoreksji. Jest to model teoretyczny bazujący na danych z literatury oraz obserwacjach klinicznych.

3.3.5 Czynniki predysponujące

Czynniki predysponujące do rozwoju ortoreksji obejmują zarówno indywidualne cechy osobowościowe i poznawcze, które mogą zwiększać podatność jednostki na zaburzenia związane z jedzeniem. Wśród nich warto zwrócić uwagę na wspomniane już wcześniej takie zmienne jak:

- Perfekcjonizm i potrzeba kontroli

Osoby o wysokim poziomie perfekcjonizmu wykazują skłonność do rygorystycznego przestrzegania określonych norm i zasad, co w przypadku ortoreksji manifestuje się w postaci obsesyjnego przestrzegania zasad „zdrowego i czystego” żywienia [96]. Podobnie jak w anoreksji, kontrola nad dietą może stać się mechanizmem kompensacyjnym w sytuacjach wzmożonego stresu i poczucia braku wpływu na inne aspekty życia [97].

- Neuropsychologiczne mechanizmy kontroli poznawczej

Badania neuropsychologiczne wskazują, że ortoreksja może wiązać się z deficytami w zakresie elastyczności poznawczej oraz sztywnością myślenia, co upodabnia ją do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD) oraz anoreksji [98]. Trudności w modyfikacji wzorców myślenia mogą prowadzić do utrwalania obsesyjnych rytuałów żywieniowych i unikania określonych produktów spożywczych.

3.3.6 Czynniki wyzwalające

Czynniki wyzwalające stanowią bodźce inicjujące rozwój ortoreksji, uruchamiając procesy związane z patologiczną kontrolą nad jedzeniem. Wśród nich warto zwrócić uwagę na wspomniane już wcześniej takie zmienne jak:

- Presja społeczna na zdrowe odżywianie

Rozwój ortoreksji jest silnie powiązany z dominującym w kulturze zachodniej przekazem promującym „czysty” i „zdrowy” styl życia. Media społecznościowe, programy dietetyczne oraz normy dotyczące konsumpcji żywności mogą kreować przekonanie, że jedynie restrykcyjna kontrola diety zapewnia zdrowie i dobrostan [99]. W przeciwieństwie do anoreksji, w której dominującą motywacją jest szczupłość, w ortoreksji kluczową rolę odgrywa dążenie do „doskonałego zdrowia”. Co więcej, wzrost popularności diet eliminacyjnych, ruchów oraz wpływ celebrytów i influencerów propagujących ekstremalne podejście do jedzenia mogą stanowić istotne czynniki inicjujące ortoreksję [100].

- Doświadczenie choroby lub problemów zdrowotnych

Częstym czynnikiem wyzwalającym ortoreksję jest historia choroby własnej lub bliskich osób, co prowadzi do obsesyjnej dbałości o dietę jako środka prewencyjnego. Osoby z ortoreksją często unikają określonych grup pokarmowych, wierząc, że ich spożycie może prowadzić do rozwoju chorób [101].

- Zmiany życiowe i stres emocjonalny

Okresy intensywnych zmian, takich jak rozpoczęcie studiów, zmiana pracy czy trudności interpersonalne, mogą prowadzić do nasilonej potrzeby kontroli, która manifestuje się w obszarze żywienia [102]. Dla niektórych osób przejęcie kontroli nad dietą staje się strategią radzenia sobie ze stresem i poczuciem niepewności.

3.3.7 Czynniki podtrzymujące

Mechanizmy podtrzymujące odgrywają kluczową rolę w utrwalaniu patologicznych wzorców żywieniowych i mogą prowadzić do chronicznego przebiegu ortoreksji. Wśród nich warto zwrócić uwagę na wspomniane już wcześniej takie zmienne jak:

- Społeczna aprobatą dla „zdrowego stylu życia”

W przeciwieństwie do anoreksji czy bulimii, ortoreksja często spotyka się z aprobatą społeczną, co może utrudniać jej rozpoznanie i leczenie. Osoby z tym zaburzeniem są często postrzegane jako zdyscyplinowane i świadome swojego zdrowia, co wzmacnia ich przekonania dotyczące słuszności podejmowanych działań [100]. Jak zatem widać czynnik społeczny może być zarówno czynnikiem wyzwalającym, jak i podtrzymującym.

- Unikanie poczucia winy

Dążenie do spożywania jedynie „czystych i zdrowych” produktów staje się strategią regulacji emocji i unikania poczucia winy związanego z jedzeniem produktów uznawanych za niezdrowe. W skrajnych przypadkach może prowadzić do izolacji społecznej i unikania wspólnych posiłków [103].

- Rytualizacja jedzenia

Osoby z ortoreksją często tworzą ściśle reguły dotyczące przygotowywania i spożywania posiłków. Każde odstępstwo od tych zasad wywołuje silny lęk i może skutkować dalszym zaostrzeniem objawów [104].

Analiza mechanizmów predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących ortoreksję wskazuje na jej bliskie powiązania z innymi zaburzeniami, a zwłaszcza wspomnianymi już wcześniej zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi i anoreksją. Pomimo licznych podobieństw, zasadniczą różnicą jest cel kontroli. W anoreksji kluczową rolę odgrywa redukcja masy ciała, natomiast w ortoreksji priorytetem jest jakość spożywanych produktów.

3.4 Narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie zaburzeń odżywiania, zwłaszcza ortoreksji

Proces diagnostyczny zaburzeń odżywiania stanowi istotne wyzwanie w praktyce klinicznej, szczególnie w kontekście dynamicznie zmieniających się kryteriów klasyfikacyjnych oraz rosnącej świadomości społecznej dotyczącej zdrowego stylu życia. Istniejące narzędzia przesiewowe pozwalają na identyfikację osób potencjalnie zagrożonych zaburzeniami odżywiania, jednak ich skuteczność i trafność w odniesieniu do subklinicznych form zaburzeń, takich jak ortoreksja, pozostają kwestią otwartą. Dotychczasowe badania wskazują na brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych dla ortoreksji, co utrudnia opracowanie rzetelnych i zwalidowanych testów oceniających jej rozpowszechnienie oraz mechanizmy psychopatologiczne [46, 105]. W niniejszym rozdziale przedstawiono najczęściej stosowane narzędzia przesiewowe w diagnostyce zaburzeń odżywiania oraz poddano krytycznej analizie ich przydatność w identyfikacji ortoreksji psychicznej.

3.4.1 Test EAT-26

Jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi przesiewowych w diagnostyce zaburzeń odżywiania jest Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), który stanowi skróconą wersję pierwotnej skali EAT-40, opracowanej w 1979 roku przez Garnera i Garfinkela [106]. Kwestionariusz składa się z 26 pozycji ocenianych w skali Likerta i obejmuje trzy podskale:

- dieting (restrykcyjne postawy wobec jedzenia),
- bulimia and food preoccupation (bulimiczne epizody i obsesja na punkcie jedzenia),
- oralcontrol (kontrola jedzenia).

Wynik powyżej 20 punktów uznawany jest za potencjalny wskaźnik zaburzeń odżywiania, jednak należy podkreślić, że test ten nie stanowi narzędzia diagnostycznego, a jedynie przesiewowy środek umożliwiający identyfikację grup ryzyka. Może być również wykorzystywany do monitorowania postępów w leczeniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania [106-108].

3.4.2 Eating Disorder Inventory (EDI) i EDI-2

Eating Disorder Inventory (EDI) to jedno z najbardziej kompleksowych narzędzi stosowanych w ocenie psychologicznych i behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania. Pierwsza wersja testu składała się z 64 pozycji pogrupowanych w 8 podskal, takich jak:

- obsesyjna kontrola wagi,
- zachowania bulimiczne,
- niezadowolenie z własnego ciała,
- perfekcjonizm,
- poczucie braku bezpieczeństwa i niskiej samooceny.

Każda z udzielonych odpowiedzi, oceniana jest za pomocą sześciopunktowej skali, zgodnie z własnymi odczuciami. Przydzielane są punkty od 0 do 3. Maksymalną wysokość punktów otrzymuje się w przypadku udzielenia odczucia: zawsze. Zaznaczając odczucie: zwykle, za odpowiedź należą się 2 punkty, zaś za odczucie: często, 1 punkt. W przypadku odczuć, takich jak czasem, rzadko i nigdy nie przypisuje się punktów [109].

W późniejszej wersji EDI-2 [110] dodano 3 dodatkowe podskale: lęk społeczny, ascetyzm, impulsywność. Kwestionariusz EDI-2 wykorzystywany jest zarówno w praktyce klinicznej, jak i badaniach naukowych, stanowiąc jedno z najbardziej rzetelnych narzędzi

oceny psychopatologii zaburzeń odżywiania. Chociaż EDI-2 dostarcza szczegółowych informacji na temat mechanizmów psychologicznych leżących u podstaw anoreksji i bulimii, jego przydatność w diagnostyce ortoreksji pozostaje ograniczona, gdyż nie uwzględnia specyficznych aspektów związanych z obsesją na punkcie zdrowego odżywiania [109, 110].

3.4.3 Test SCOFF

SCOFF Questionnaire to krótkie narzędzie przesiewowe, składające się z pięciu pytań [111]. Pytania dotyczą kluczowych objawów anoreksji i bulimii, a odpowiedź twierdząca na co najmniej dwa z nich może sugerować obecność zaburzeń odżywiania. Na każde z pięciu pytań, należy odpowiedzieć tak lub nie. Jeśli odpowiedź brzmi tak, należy przyznać jeden punkt [112]. Test ten cechuje się wysoką czułością (78–100%) i swoistością (87–88%). Jest szeroko stosowany w badaniach populacyjnych oraz przez lekarzy rodzinnych jako narzędzie wspierające decyzję o dalszej diagnostyce [111, 112].

3.4.4 Test ESP

ESP (Eating disorder Screen for Primarycare) to narzędzie diagnostyczne wykorzystywane głównie w podstawowej opiece zdrowotnej. Składa się z pięciu pytań, a wynik wskazujący na nieprawidłowości wymaga dalszej diagnostyki w kierunku zaburzeń odżywiania. Podczas, gdy pacjent odpowie na dwa pytania spośród pięciu nieprawidłowo, lekarz kieruje taką osobę do dalszej diagnostyki w kierunku zaburzeń odżywiania. Czułość testu ESP oceniana jest na 100%, a jego swoistość wynosi około 71% [113].

3.5 ORTO-15

Jednym z pierwszych narzędzi służących do oceny ortoreksji jest ORTO-15, opracowany przez Doniniego i wsp. [114]. Kwestionariusz składa się z 15 pytań ocenianych na skali Likerta, dotyczących aspektów poznawczych, emocjonalnych oraz behawioralnych związanych z obsesją na punkcie zdrowego odżywiania. Badana jest przede wszystkim postawa osoby ankietowanej wobec stosowanych wyborów w kontekście spożywanych artykułów spożywczych. Odpowiedzi otrzymują jeden punkt, jeśli dotyczą zachowań ortorektycznych, zaś odpowiedzi charakteryzujące odpowiednie podejście do odżywiania i żywności zyskują cztery punkty. Wynik poniżej 40 punktów sugeruje ortoreksję. Mimo szerokiego zastosowania w badaniach populacyjnych, ORTO-15 jest krytykowany za niską trafność diagnostyczną oraz brak jednoznacznych wartości odcięcia [115].

Aktualnie w badaniach naukowych najczęściej wykorzystuje się test ORTO-15 i jego adaptacje. Warto mieć na uwadze, że kwestionariusz ORTO-15 bazuje na teście BOT, który został stworzony przez Bratman'a i Knight'a w 2000 roku. Ich kwestionariusz jest

złożony z 10 pytań, które zostały uporządkowane na poszczególne kategorie, między innymi takie jak, negatywna samoocena, tolerancja, zaabsorbowanie, symptomy odstawienia, iluzoryczna kontrola i negatywne konsekwencje. Odpowiedzi udzielane są w systemie zamkniętym. Osoba ankietowana, która uzyska co najmniej cztery twierdzące odpowiedzi, otrzymuje wynik pozytywny, który świadczy o występowaniu zachowań ortorektycznych. Jednak należy pamiętać, że kwestionariusz BOT, który został stworzony przez Bratmana jest narzędziem wykorzystywanym głównie do autodiagnozy, z całą pewnością nie jest profesjonalnym narzędziem badawczo-diagnostycznym [115].

3.5.1 DOS (Düsseldorf Orthorexia Scale)

DOS to 10-itemowy kwestionariusz opracowany przez niemieckich badaczy, który cechuje się większą rzetelnością niż ORTO-15. Kwestionariusz złożony jest z dziesięciu zagadnień, na które respondent udziela odpowiedzi o treści zgadzam się, bądź nie zgadzam się. W teście maksymalnie można uzyskać 40 punktów. Wynik powyżej 30 punktów sugeruje obecność ortoreksji, a wartość od 25 do 29 punktów wskazuje na wysoką skłonność do zachowań ortorektycznych [116]. Powyższe narzędzie diagnostyczne oceniono prawidłowo pod względem właściwości psychometrycznych, a wręcz stwierdzono, że jest ono bardziej rzetelne i wiarygodne niż wcześniej omawiany test ORTO-15. Skala występowania ortoreksji zmierzona testem DOS w populacji ogólnej wyniosła od 1% do 3,3%. Jednak wskazano również dość istotne ograniczenie w stosowaniu tego testu, a mianowicie trudność w różnieniu osób chorujących na ortoreksję od osób z anoreksją [117, 118].

3.5.2 EHQ (Eating Habits Questionnaire)

EHQ to jedno z nowszych narzędzi przesiewowych, którego walidacja przeprowadzona przez Brytek-Materę i wsp. wykazała dobrą rzetelność w ocenie ortoreksji w populacji polskiej. Jest stosowane w coraz większej liczbie badań jako alternatywa dla ORTO-15 [119]. W odróżnieniu od swojego poprzednika, EHQ opiera się na trójczynnikowej strukturze, uwzględniającej poznawcze przekonania na temat zdrowego odżywiania, zachowania dietetyczne oraz konsekwencje emocjonalno-społeczne wynikające z obsesji na tle jedzenia. W polskiej adaptacji uzyskano wysokie współczynniki rzetelności wewnętrznej (α Cronbacha od 0,82 do 0,90), co świadczy o stabilności i spójności pomiaru. Co więcej, trafność teoretyczna oraz trafność zbieżna narzędzia zostały potwierdzone poprzez istotne korelacje z innymi miarami zaburzeń odżywiania, a także zdolność do różnicowania osób prezentujących cechy ortoreksji od tych, które jedynie stosują zdrową dietę bez nadmiernej kontroli czy sztywności poznawczej. Z perspektywy psychometrii EHQ jawi się więc jako narzędzie bardziej precyzyjne i adekwatne do aktualnego rozumienia ortoreksji niż wcześniej stosowane narzędzia, co czyni je szczególnie przydatnym w badaniach przesiewowych i eksploracyjnych w obrębie psychologii zdrowia oraz psychodietetyki [119].

3.5.3 TOS (Teruel Orthorexia Scale)

TOS to hiszpańskie narzędzie, które rozróżnia zdrową dbałość o dietę od patologicznej obsesji. Wskazuje na związek ortoreksji z perfekcjonizmem, negatywnym afektem i zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi [120]. Ten kwestionariusz również pomaga ocenić istnienie związku między ortoreksją, a perfekcjonizmem, negatywnym afektem, objawami zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i zaburzeń odżywiania [120, 121].

Wciąż brak jednoznacznego narzędzia pozwalającego na precyzyjną diagnostykę ortoreksji psychicznej. Istniejące kwestionariusze, mimo wysokiej czułości, cechują się niską swoistością i często mylnie klasyfikują zachowania zdrowotne jako patologiczne. Przyszłe badania powinny dążyć do opracowania nowych narzędzi o większej trafności diagnostycznej.

Tabela 7. Porównanie narzędzi diagnostycznych oceniających ortoreksję

Narzędzie	Liczba pytań	Główne obszary oceny	Zalety	Wady
ORTO-15	15	Aspekty poznawcze, emocjonalne, behawioralne	Najczęściej stosowany, łatwość w użyciu	Niska trafność, brak walidacji w różnych populacjach
DOS	10	Obsesyjna dbałość o zdrowe jedzenie	Większa rzetelność niż ORTO-15	Trudność w odróżnieniu od anoreksji
EHQ	21	Zachowania ortorektyczne, afektywne i poznawcze	Dobra rzetelność, zwalidowany w Polsce	Brak standaryzacji w innych krajach
TOS	17	Zdrowa ortoreksja vs. patologiczna ortoreksja	Wyróżnia osoby obsesyjnie dbające o dietę	Wciąż mało badań walidacyjnych

Obecnie dostępne narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie ortoreksji wciąż wymagają dalszej walidacji i doskonalenia. Pomimo rosnącej liczby badań nad tym zaburzeniem, konieczne jest opracowanie skal uwzględniających specyfikę zachowań ortorektycznych oraz ich granicę między normą a patologią.

3.6 Potencjalne skutki zdrowotne ortoreksji

Osoby z ortoreksją wykazują nadmierną koncentrację na zdrowotnych korzyściach wynikających z ich sposobu odżywiania, co prowadzi do nadmiernej restrykcyjności dietetycznej

i eliminowania określonych grup produktów spożywczych. Paradoksalnie, pomimo dążenia do optymalnego zdrowia, nadmierna kontrola nad dietą skutkuje licznymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, obejmującymi zarówno niedobory żywieniowe, jak i poważne skutki metaboliczne oraz psychologiczne. Sztywne unikanie określonych grup pokarmowych przyczynia się do niedożywienia, zaburzeń gospodarki elektrolitowej oraz niekontrolowanej utraty masy ciała, co może stanowić zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta [122].

Pruneti i wsp. [123] podkreślają, że ortoreksja prowadzi do zniekształcenia nawyków żywieniowych, charakteryzującego się eliminacją określonych grup pokarmowych i rygorystycznym przestrzeganiem określonych zasad dietetycznych. W konsekwencji może dojść do rozwoju znacznych deficytów składników odżywczych, które skutkują przewlekłym niedożywieniem oraz znacznym obniżeniem masy ciała, często poniżej wartości fizjologicznie optymalnych [123].

Długotrwałe niedożywienie, wynikające z ortorektycznych restrykcji dietetycznych, prowadzi do licznych konsekwencji somatycznych i psychologicznych [53]. Najczęściej obserwowane zmiany fizyczne i psychiczne u osób z ortoreksją zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. Konsekwencje fizyczne i psychiczne niedożywienia w ortoreksji

Konsekwencje fizyczne:	Konsekwencje psychologiczne i społeczne:
a) Niedobory pokarmowe – deficyt kluczowych składników odżywczych, w tym witamin i składników mineralnych (np. potasu, wapnia, żelaza), b) Zaburzenia równowagi elektrolitowej – wpływające na funkcjonowanie serca i układu nerwowego, c) Zaburzenia metaboliczne – upośledzona termoregulacja i zmniejszona efektywność energetyczna organizmu, d) Nieprawidłowości w funkcjonowaniu ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego – osłabienie funkcji poznawczych, zaburzenia koncentracji i pogorszenie pamięci, e) Zaburzenia miesiączkowania – w tym oligomenorrhea i amenorrhea, związane z obniżonym poziomem tkanki tłuszczowej, f) Odwodnienie i dyskomfort żołądkowo-jelitowy – w tym zaparcia, bóle brzucha i wzdęcia, wynikające z restrykcyjnej diety g) Osłabienie funkcji narządów wewnętrznych – w tym serca, wątroby i nerek, prowadzące do ich niewydolności, h) Zwiększona podatność na infekcje – wynikająca z niedożywienia i osłabienia układu immunologicznego.	a) Chroniczny stres i lęk – wynikający z obsesyjnej kontroli nad dietą i obawy przed spożyciem „niewłaściwego” pokarmu, b) Depresja i poczucie bezwartościowości – niskie poczucie własnej wartości związane z dążeniem do nierealistycznych standardów żywieniowych, c) Poczucie winy i wstydu – doświadczane w sytuacjach „niewłaściwego” odżywiania się lub złamania własnych reguł dietetycznych, d) Izolacja społeczna – unikanie sytuacji towarzyskich związanych z jedzeniem, np. wspólnych posiłków z rodziną czy przyjaciółmi, e) Perfekcjonizm żywieniowy – prowadzący do nadmiernej samokontroli i zwiększonej potrzeby przestrzegania restrykcyjnych zasad dietetycznych, f) Zaburzone postrzeganie siebie – nadmierna identyfikacja z własną dietą jako kluczowym elementem tożsamości, g) Wzrost ryzyka rozwoju innych zaburzeń odżywiania – w tym anoreksji i zaburzeń kompulsywnego objadania się.

3.7 Leczenie ortoreksji

Obecnie nie istnieją standardowe wytyczne dotyczące postępowania terapeutycznego w ON, a metody leczenia opierają się na podejściu stosowanym w terapii zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Interwencje obejmują terapię poznawczo-behawioralną, farmakoterapię, wsparcie dietetyczne oraz strategie modyfikacji zachowań, które mają na celu redukcję obsesyjnej kontroli nad dietą i odbudowę zdrowej relacji z jedzeniem [73].

Kluczowym elementem terapii ON jest identyfikacja głównych czynników psychologicznych napędzających zaburzenie, takich jak perfekcjonizm, lęk przed „niezdrowym” jedzeniem oraz poczucie moralnej wyższości wynikające ze ścisłej kontroli diety. Osoby z ON często nie postrzegają swojego zachowania jako problematycznego, co utrudnia proces leczenia i zwiększa ryzyko oporu wobec terapii. Dlatego ważnym krokiem terapeutycznym jest psychoedukacja, która pozwala pacjentowi zrozumieć, jak jego zachowania wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz jakie mechanizmy poznawcze podtrzymują obsesję na punkcie jedzenia [73].

W terapii ON kluczowe znaczenie ma terapia poznawczo-behawioralna (CBT), która jest szeroko stosowana w leczeniu zaburzeń odżywiania i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. CBT koncentruje się na identyfikacji i restrukturyzacji dysfunkcyjnych przekonań dotyczących jedzenia, redukcji zachowań kompulsywnych oraz stopniowym wprowadzaniu bardziej elastycznych nawyków żywieniowych. W ramach tego podejścia stosuje się ekspozycję na pokarmy uznawane przez pacjenta za „nieczyste”, co pozwala na stopniowe zmniejszanie lęku związanego z ich spożyciem. Istotnym elementem CBT jest także praca nad elastycznością poznawczą, która pomaga pacjentom stopniowo rezygnować z sztywnych zasad dietetycznych i rozwijać bardziej zrównoważone podejście do odżywiania. [73].

Obok terapii poznawczo-behawioralnej coraz większą rolę w leczeniu ON odgrywają podejścia terapii akceptacji i zaangażowania (ACT) oraz terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT). ACT pomaga pacjentom w zaakceptowaniu niepewności i niedoskonałości w nawykach żywieniowych, a także w rozwijaniu bardziej elastycznego podejścia do zdrowia i diety. Z kolei DBT, początkowo opracowana dla osób z zaburzeniami osobowości typu borderline, koncentruje się na regulacji emocji i redukcji impulsywnych zachowań związanych z obsesją na punkcie diety [73].

W przypadku pacjentów z silnym lękiem, depresją lub objawami obsesyjno-kompulsyjnymi wskazana może być farmakoterapia. Chociaż nie opracowano jeszcze specyficznych schematów farmakologicznych dla ON, w leczeniu objawów towarzyszących stosuje się selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), takie jak fluoksetyna czy sertralina. SSRI mogą pomagać w redukcji obsesyjnych myśli oraz lęku związanego z jedzeniem, co ułatwia pacjentom angażowanie się w terapię poznawczo-behawioralną. W przypadkach współistniejących zaburzeń lękowych lub depresyjnych stosuje się również

anxiolityki i stabilizatory nastroju, jednak ich skuteczność w ON wymaga dalszych badań [73].

Integralnym elementem leczenia jest wsparcie dietetyczne, które powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Dietetyk kliniczny, współpracując z zespołem terapeutycznym, pomaga pacjentowi stopniowo odbudować zbilansowaną dietę oraz wyeliminować sztywne przekonania dotyczące zdrowego odżywiania. Istotne jest, aby proces ten był stopniowy i dostosowany do poziomu gotowości pacjenta do zmian. Zbyt szybkie wprowadzanie nowych produktów do diety może bowiem prowadzić do nasilenia lęku i oporu wobec terapii [73]. Dodatkowo, Bratman i Knight zwrócili uwagę, że na początku należy przeprowadzić ocenę stanu występowania niedoborów żywieniowych u osoby chorej, zaś drugim krokiem powinno być stworzenie wraz z pacjentem racjonalnej diety [53].

Ważnym aspektem leczenia jest także terapia grupowa i wsparcie społeczne. Pacjenci z ON często doświadczają izolacji społecznej z powodu swoich restrykcyjnych zasad żywieniowych, co może prowadzić do utrwalenia zaburzenia. Włączenie pacjenta do grupy wsparcia, gdzie może dzielić się swoimi doświadczeniami z osobami o podobnych problemach, może pomóc mu w normalizacji nawyków żywieniowych oraz w przełamywaniu lęku przed spożywaniem „nieczystych” produktów [73].

Oprócz standardowych metod leczenia, takich jak terapia poznawczo-behawioralna, w leczeniu ortoreksji coraz częściej wykorzystuje się terapie wspomagające, które pozwalają pacjentom lepiej zrozumieć swoje emocje, poprawić akceptację własnego ciała oraz rozwijać zdrowsze mechanizmy radzenia sobie ze stresem. Zastosowanie technik takich jak muzykoterapia, psychodrama, psychorysunek oraz praca nad postrzeganiem własnego ciała może przyczynić się do poprawy skuteczności terapii oraz ograniczenia ryzyka nawrotów zaburzenia [124, 125].

Praca nad postrzeganiem własnego ciała jest kluczowym elementem procesu terapeutycznego, ponieważ u osób z ortoreksją często występują zniekształcone przekonania dotyczące własnej fizyczności i zdrowia. Zmiana tych przekonań jest trudnym i długotrwałym procesem, ponieważ negatywny obraz własnego ciała zazwyczaj wynika z ugruntowanych wzorców myślenia i emocji. Właściwa interwencja terapeutyczna koncentruje się na uświadomieniu pacjentowi, jak kształtuje się jego obraz ciała, jakie czynniki wpływają na jego percepcję oraz jak można pracować nad jego zmianą. W terapii stosuje się warsztatowe formy pracy, które angażują pacjenta i pozwalają mu w sposób praktyczny przełamywać sztywne schematy myślowe [124, 125].

Muzykoterapia jest kolejną metodą wspomagającą leczenie ortoreksji, której celem jest redukcja napięcia psychicznego oraz poprawa zdolności do relaksacji. Wykorzystanie muzyki w procesie terapeutycznym pomaga pacjentom wyciszyć się, zredukować lęk oraz zwiększyć świadomość własnych emocji. Metoda ta stymuluje zarówno sferę somatyczną, jak i psychiczną, co może być szczególnie korzystne dla pacjentów, którzy doświadczają wysokiego poziomu stresu i napięcia w związku z kontrolą nad dietą. Terapia muzyką

umożliwia również rozwijanie empatii, uważności oraz umiejętności wyrażania emocji, co jest istotne w kontekście pracy nad zaburzeniami odżywiania [124, 125].

Psychodrama jest kolejną techniką stosowaną w terapii zaburzeń odżywiania, w tym ortoreksji. Metoda ta pozwala pacjentowi eksplorować wewnętrzne konflikty poprzez działanie i odgrywanie ról. Osoby uczestniczące w psychodramie mogą ponownie przeżywać wydarzenia z przeszłości, symulować sytuacje terażniejsze lub przyszłe, a nawet eksplorować swoje sny i fantazje. Dzięki temu możliwe jest nie tylko przepracowanie traumatycznych doświadczeń, ale także kreowanie nowych, pozytywnych strategii radzenia sobie. Psychodrama umożliwia rozwijanie spontaniczności i kreatywności, co może pomóc pacjentom w budowaniu bardziej elastycznego podejścia do jedzenia i zdrowia [124, 125].

Psychorysunek to technika terapeutyczna wywodząca się z metod projekcyjnych, która pozwala pacjentom na wyrażenie trudnych emocji w sposób symboliczny. Uczestnicy zajęć mają za zadanie stworzyć rysunek zgodny z określonym tematem, a następnie omówić go w grupie. Proces ten pomaga pacjentom lepiej zrozumieć swoje emocje oraz dostrzec powiązania między ich myślami, uczuciami a zachowaniami. Praca z psychorysunkiem może ułatwić pacjentom identyfikację sztywnych schematów myślowych oraz stopniową ich modyfikację w bardziej adaptacyjny sposób. Przykładowe tematy prac mogą obejmować zagadnienia związane z tożsamością, relacjami społecznymi czy postrzeganiem własnego ciała [124, 125].

Zastosowanie powyższych metod terapeutycznych może wspomóc pacjentów z ortoreksją w przepracowaniu głęboko zakorzenionych schematów myślowych, poprawie akceptacji własnego ciała oraz redukcji lęku związanego z jedzeniem. Kluczowe znaczenie ma ich integracja z terapią poznawczo-behawioralną oraz innymi formami interwencji, co pozwala na bardziej kompleksowe podejście do leczenia tego zaburzenia. Ostatecznym celem terapii jest odbudowanie zdrowej relacji z jedzeniem, eliminacja obsesyjnej kontroli nad dietą oraz poprawa ogólnego funkcjonowania psychicznego i społecznego pacjenta [124, 125].

Jednym z kluczowych wyzwań terapeutycznych w ON jest utrzymanie długoterminowych efektów leczenia oraz zapobieganie nawrotom. Ortoreksja, podobnie jak inne zaburzenia odżywiania, może mieć charakter przewlekły, a pacjenci mogą doświadczać okresowych nawrotów obsesyjnych myśli i zachowań. Dlatego istotne jest, aby terapia obejmowała nauczanie strategii radzenia sobie ze stresem, rozwijanie zdrowszych mechanizmów kontroli oraz budowanie większej elastyczności w podejściu do jedzenia [73].

Chociaż nie istnieje jednoznaczny model terapeutyczny dla ON, dostępne metody leczenia sugerują, że skuteczne postępowanie powinno opierać się na interdyscyplinarnym podejściu, łączącym terapię poznawczo-behawioralną, wsparcie dietetyczne, farmakoterapię oraz techniki regulacji emocji. Ortoreksja jest zaburzeniem wymagającym kompleksowego podejścia, które nie tylko zmienia nawyki żywieniowe pacjenta, ale także pomaga mu odbudować zdrową relację z jedzeniem i własnym ciałem. Wymaga to długotrwałej pracy terapeutycznej oraz elastycznego podejścia, uwzględniającego indywidualne po-

trzeby pacjenta i kontekst, w jakim rozwijało się zaburzenie [73]. W tabeli poniżej przedstawiono podsumowanie podejść terapeutycznych w ortoreksji nervosies charateryzowane przez [126].

Tabela 9. Podejścia terapeutyczne w leczeniu ortoreksji – przegląd metod interwencyjnych [126]

Metoda leczenia	Opis
Psychoedukacja i CBT	Psychoedukacja zwiększa świadomość negatywnych skutków ortoreksji, a CBT pomaga zmieniać dysfunkcyjne przekonania i redukować lęk związany z jedzeniem.
Doradztwo żywieniowe i intuicyjne jedzenie	Wsparcie dietetyczne pomaga odbudować zbilansowaną dietę, a intuicyjne jedzenie uczy świadomości i elastyczności żywieniowej.
Podejście oparte na uważności i akceptacji (MBT, ACT)	Uważność zmniejsza obsesyjne myśli o jedzeniu, a akceptacja redukuje perfekcjonizm i lęk przed „nieczystym” jedzeniem.
Wsparcie społeczne i terapia rodzinna	Terapia rodzinna pomaga pacjentowi odbudować relacje społeczne i uzyskać wsparcie bliskich w procesie leczenia.

4. Ortoreksja wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów kierunków medycznych

Ortoreksja jest coraz częściej identyfikowanym problemem wśród osób związanych z ochroną zdrowia, w tym studentów kierunków medycznych oraz pracowników medycznych. Zjawisko to, charakteryzujące się obsesyjną dbałością o jakość spożywanych pokarmów, jest szczególnie powszechne w grupach zawodowych, które koncentrują się na zdrowym stylu życia, w tym żywieniu. Systematyczny przegląd literatury przeprowadzony przez McInerney, Stapleton i Baumanna [127] wykazał, że osoby pracujące lub studiujące w obszarze nauk o zdrowiu wykazują wyższy wskaźnik ortoreksji w porównaniu z populacją ogólną. Dodatkowo Motorga i wsp. [45] w badaniu oceniającym ryzyko zaburzeń odżywiania wśród studentów medycyny, przeprowadzonym przy użyciu kwestionariusza EDI-3, stwierdzili, że 37,1% badanych znajduje się w grupie ryzyka. Analiza wykazała, że ryzyko to dotyczyło 41% kobiet oraz 23% mężczyzn. W odniesieniu do wskaźników masy ciała (BMI), 14,42% studentów było niedożywionych, 65,05% miało prawidłową masę ciała, 16,99% miało nadwagę, a 3,53% było otyłych. W porównaniu z ogólnokrajową reprezentatywną próbą populacji Rumunii, studenci medycyny uzyskali istotnie wyższe wyniki w zakresie ryzyka zaburzeń odżywiania oraz wszystkich innych analizowanych czynników psychologicznych. Wyniki te wskazują na konieczność zwiększenia działań profilaktycznych i wsparcia psychologicznego w tej grupie akademickiej [45]. W innym badaniu przeprowadzonym przez Fidan i wsp. [128] oceniono częstość występowania ortoreksji wśród 878 studentów medycyny. W badanej grupie 464 (52,8%) stanowili mężczyźni, a 359 (40,9%) kobiety. Analiza wyników testu ORTO-11 wykazała, że 1,9% studentów osiągnęło wynik w zakresie 0–15, 57,5% w zakresie 16–30, a 21,1% powyżej 31 punktów. Średni wynik testu ORTO-11 wyniósł 27. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zależności od wieku, płci oraz nawyków związanych z paleniem tytoniu. Mężczyźni wykazywali istotnie wyższą tendencję do ortoreksji, a także zaobserwowano istotne różnice między grupami wiekowymi pod względem skłonności do tego zaburzenia.

4.1 Czynniki ryzyka ortoreksji wśród studentów i pracowników medycznych

Pracownicy ochrony zdrowia oraz studenci kierunków medycznych są szczególnie narażeni na rozwój ortoreksji ze względu na kilka kluczowych czynników. Przede wszystkim, osoby te posiadają wysoki poziom wiedzy żywieniowej, który paradoksalnie może prowadzić do bardziej rygorystycznych i obsesyjnych wzorców żywieniowych. Wiedza dotycząca składu pokarmów, ich wpływu na zdrowie oraz potencjalnych zagrożeń związanych z dietą może prowadzić do nadmiernej kontroli nad spożyciem pokarmów i eliminacji określonych produktów [127].

Innym istotnym czynnikiem ryzyka jest perfekcjonizm, który często występuje wśród studentów medycyny, dietetyki i innych zawodów związanych ze zdrowiem. Perfekcjonistyczne podejście do diety może prowadzić do sztywności poznawczej, silnego poczucia winy w przypadku spożycia „niezdrowej” żywności oraz stopniowego eliminowania kolejnych grup produktów spożywczych [128].

W literaturze psychologicznej coraz częściej dostrzega się, że środowisko akademickie nie jest neutralnym kontekstem rozwoju psychicznego, lecz przeciwnie może stanowić czynnik ryzyka, zwłaszcza w przypadku osób o określonym profilu poznawczo-osobowościowym. Studenci kierunków związanych ze zdrowiem, tacy jak dietetyka, medycyna czy psychologia zdrowia, są narażeni na intensywny kontakt z treściami dotyczącymi wpływu żywienia na zdrowie fizyczne i psychiczne. U osób o predyspozycjach do perfekcjonizmu, poznawczej sztywności czy wysokim poziomie lęku — czyli cechach wspólnych dla ortoreksji, anoreksji i OCD — może dojść do nadmiernej internalizacji tych treści [129].

Mechanizm ten działa poprzez zjawisko poznawczej nadinterpretacji i wzmacniania lęku: im bardziej student wierzy, że "idealna dieta" gwarantuje zdrowie i chroni przed chorobą, tym większy staje się jego niepokój związany z "niewłaściwym" jedzeniem. Wiedza, która z założenia ma edukować i promować zdrowie, zostaje zniekształcona przez filtry poznawcze charakterystyczne dla zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych m.in. katastrofizację, myślenie dychotomiczne („zdrowe vs niezdrowe”) czy iluzję kontroli.

Zatem sposób przekazywania wiedzy może nie tylko edukować, ale i stanowić czynnik wzywający niektóre zaburzenia, jeśli nie towarzyszy mu krytyczne myślenie, refleksja nad granicą zdrowego a obsesyjnego, oraz uwzględnienie kontekstu psychologicznego odbiorcy. Uczelnie powinny być świadome, że ich rola wychowawcza nie ogranicza się do przekazywania faktów, lecz obejmuje także kształtowanie zdrowych, elastycznych i zrównoważonych postaw wobec zdrowia i ciała [129].

Dodatkowo, media społecznościowe oraz wzorce kulturowe promujące zdrowy styl życia mogą wzmacniać tendencje ortorektyczne w tej grupie. Jak wskazuje badanie Yilmazela

[130], studenci i pracownicy medyczni, którzy aktywnie korzystają z platform takich jak Instagram, wykazują większe ryzyko ortoreksji niż osoby mniej aktywne w mediach społecznościowych [130].

4.2 Rozpowszechnienie ortoreksji wśród studentów i pracowników ochrony zdrowia

Badania epidemiologiczne nad ortoreksją wskazują na znaczną rozbieżność w szacunkach dotyczących częstości jej występowania. W badaniach uwzględnionych w przeglądzie systematycznym McInerneyi wsp. [127] stwierdzono, że ortoreksja występuje u 28–76% studentów kierunków medycznych i pracowników ochrony zdrowia [127]. Najwyższe wskaźniki odnotowano wśród studentów dietetyki i aktywnych zawodowo dietetyków, gdzie sięgały one nawet 72% [127, 131]. Według Skrzypek i wsp. [132] ponad 70% studentów uniwersytetu medycznego wykazywało zachowania ortorektyczne. Również w tym badaniu odnotowano największy odsetek wśród studentów dietetyki [132]. Podobne obserwacje zaobserwowano w badaniach Missbacha i wsp. [115]. Badacze wskazali, że u studentów kierunku dietetyka częściej występowały zachowania ortorektyczne niż u studentów innych kierunków [115]. Według badań zgłębianie wiedzy na temat żywienia, zdrowia, stosowanie diety oraz suplementów stanowi czynnik ryzyka zarówno dla ortoreksji jak i innych zaburzeń odżywiania [133]. Dodatkowo, wyraźną tendencję do ortoreksji obserwuje się wśród studentów żywienia lub kierunków związanych z aktywnością fizyczną [115]. Z kolei w innym badaniu stwierdzono, że rozpowszechnienie nie zależy od kierunku studiów (stwierdzono jej objawy wśród osób studiujących nauki społeczne, matematykę, żywienie, pielęgniarstwo i fizjoterapię) [74, 134].

Podobne wyniki uzyskano w badaniach nad studentami pielęgniarstwa i medycyny. W grupie studentów pielęgniarstwa 73,5% wykazywało objawy ortoreksji, podczas gdy wśród studentów medycyny odsetek ten wynosił 76,2% [135]. Wysoką częstość występowania ortoreksji odnotowano również wśród rezydentów medycyny oraz praktykujących lekarzy. W jednej z analiz obejmującej lekarzy rezydentów aż 45,5% uczestników wykazywało objawy tego zaburzenia [136].

Badania sugerują również, że ryzyko ortoreksji jest największe na początkowych etapach kariery zawodowej lub edukacji – pierwszych latach studiów. Osoby, które dopiero rozpoczynają studia medyczne lub dietetyczne, wydają się być bardziej narażone na ortoreksję niż osoby bardziej doświadczone zawodowo [137]. W jednym z badań wykazano, że początkowe lata studiów charakteryzują się wyższym poziomem ortoreksji, jednak tendencja ta maleje w późniejszych semestrach, co może sugerować adaptację do bardziej realistycznego podejścia do diety [138].

4.3 Prewencja ortoreksji wśród studentów i pracowników medycznych

W związku z wysoką częstością występowania ortoreksji wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów kierunków medycznych, istotne jest wdrażanie strategii prewencyjnych. W literaturze wskazuje się kilka kluczowych podejść, które mogą pomóc zmniejszyć ryzyko rozwoju tego zaburzenia:

1. Włączenie treści dotyczących zdrowia psychicznego i zaburzeń odżywiania do programów nauczania. Studenci medycyny i dietetyki powinni być świadomi ryzyka wynikającego z nadmiernej kontroli diety oraz konsekwencji psychologicznych związanych z ortoreksją [127].
2. Edukacja dotycząca elastycznego podejścia do diety. Promowanie podejścia intuicyjnego jedzenia i większej elastyczności żywieniowej może ograniczyć obsesyjne myślenie o jedzeniu [139].
3. Monitorowanie wpływu mediów społecznościowych. Studenci i pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi, że przekazy medialne promujące „idealne” wzorce zdrowego stylu życia mogą wzmacniać obsesyjne nawyki [130].
4. Wsparcie psychologiczne i terapeutyczne. Wprowadzenie programów wsparcia psychologicznego na uczelniach oraz w placówkach ochrony zdrowia może pomóc w identyfikacji i leczeniu ortoreksji na wczesnym etapie [140].

4.4 Kierunki dalszych badań nad ortoreksją wśród studentów kierunków medycznych i pracowników ochrony zdrowia

Wysoka częstość występowania ortoreksji wśród studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia podkreśla konieczność dalszych badań nad mechanizmami leżącymi u podstaw tego zjawiska oraz opracowania skutecznych strategii prewencyjnych. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że studenci dietetyki, medycyny i pielęgniarstwa wykazują istotnie wyższe wskaźniki ortoreksji w porównaniu z populacją ogólną, co sugeruje, że okres edukacji akademickiej może stanowić kluczowy moment dla interwencji profilaktycznych [128].

W szczególności istotne wydaje się pogłębienie analizy czynników środowiskowych i akademickich, które mogą wpływać na rozwój ortoreksji u studentów. Wysokie wymagania edukacyjne, intensywna ekspozycja na informacje dotyczące zdrowego stylu życia, a

także presja społeczna związana z wyglądem i postrzeganiem zdrowia mogą prowadzić do utrwalania sztywnych wzorców żywieniowych. Istnieją przesłanki, że ortorektyczne tendencje mogą ulegać nasileniu wraz z pogłębiającą się wiedzą dotyczącą diety i zdrowia, zwłaszcza jeśli nie jest ona równoważona przez świadomość psychologicznych aspektów odżywiania [140].

Prewencja ortoreksji na wczesnym etapie kształcenia medycznego może mieć istotne znaczenie dla ograniczenia jej negatywnych skutków w późniejszym okresie kariery zawodowej. Badania nad wpływem programów edukacyjnych uwzględniających problematykę ortoreksji mogłyby przyczynić się do opracowania bardziej zrównoważonego modelu nauczania, który promowałby elastyczne podejście do zdrowego stylu życia, zamiast wzmacniania skrajnych przekonań dotyczących diety.

Wybór studentów jako grupy badawczej w niniejszym badaniu wynika z przekonania, że okres studiów jest kluczowym momentem formowania nawyków żywieniowych oraz kształtowania przekonań dotyczących zdrowia. Wczesne wykrycie objawów ortoreksji u osób znajdujących się na początku swojej ścieżki zawodowej może umożliwić skuteczniejszą interwencję profilaktyczną, zanim zaburzenie ulegnie utrwaleniu i stanie się trudniejsze do modyfikacji. Ponadto, studenci stanowią grupę o dużej podatności na wpływ środowiska akademickiego i społecznego, co pozwala na analizę, w jaki sposób czynniki związane z edukacją i presją społeczną wpływają na kształtowanie się obsesyjnych wzorców żywieniowych [135].

Badania nad studentami mogą również dostarczyć cennych informacji na temat różnic w nasileniu ortoreksji między poszczególnymi grupami studentów kierunków medycznych, co pozwoliłoby na identyfikację czynników ryzyka specyficznych dla różnych specjalizacji. Porównawcza analiza różnych grup studentów umożliwia określenie, czy stopień ekspozycji na wiedzę dietetyczną, stres akademicki oraz presja społeczna różnicują częstość występowania ortoreksji. W związku z powyższym, przyszłe badania powinny skupić się na:

1. Analizie porównawczej różnych grup studentów, aby określić, które specjalizacje są najbardziej narażone na rozwój ortoreksji oraz jakie czynniki środowiskowe i edukacyjne mogą zwiększać lub zmniejszać ryzyko tego zaburzenia.
2. Identyfikacji czynników ochronnych, które mogą pomóc studentom medycyny i diety w rozwijaniu zdrowszego i bardziej elastycznego podejścia do odżywiania.
3. Oceny skuteczności interwencji profilaktycznych, takich jak włączenie do programów akademickich treści dotyczących zdrowia psychicznego i zaburzeń odżywiania.

Uwzględnienie tych aspektów w przyszłych badaniach mogłoby przyczynić się do poprawy jakości edukacji zdrowotnej oraz zapobiegania długofalowym konsekwencjom ortoreksji w grupach zawodowych związanych z ochroną zdrowia.

5. Cel pracy

Celem niniejszego badania była ocena ryzyka występowania zachowań typowych dla ortoreksji w grupie studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia. Badanie koncentrowało się na analizie występowania tego zaburzenia w różnych grupach studentów, ze szczególnym uwzględnieniem kierunku dietetyki. Wybór tej grupy wynika z faktu, że studenci dietetyki są najbardziej narażeni na rozwój ortoreksji ze względu na ich specjalistyczną wiedzę żywieniową oraz środowisko akademickie, w którym silnie promowane są zdrowe nawyki żywieniowe. W przeciwieństwie do innych studentów kierunków medycznych, dietetycy mają na co dzień większy kontakt z tematyką żywienia, co może wpływać na ich podejście do jedzenia oraz skłonność do obsesyjnej kontroli spożywanych produktów. Porównanie tej grupy z innymi studentami kierunków medycznych pozwoli na określenie, w jakim stopniu ortoreksja może być wynikiem czynników akademickich i zawodowych, a na ile jest to zaburzenie wynikające z innych uwarunkowań psychologicznych i środowiskowych. Dodatkowo, badanie ma na celu ocenę związku między nasileniem objawów typowych dla ortoreksji a wybranymi zmiennymi demograficznymi, wskaźnikiem masy ciała (BMI) oraz wybranymi zachowaniami żywieniowymi.

5.1 Problemy badawcze

W nawiązaniu do celu badania, sformułowano pytania badawcze, których celem była szczegółowa analiza rozpowszechnienia objawów typowych dla ortoreksji wśród studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia oraz identyfikacja potencjalnych czynników ryzyka tego zaburzenia. Istotnym aspektem analizy była ocena, czy istnieją różnice w częstotliwości występowania cech typowych dla ortoreksji między studentami dietetyki a studentami innych kierunków związanych z ochroną zdrowia. Ponadto, badanie miało na celu sprawdzenie, czy określone nawyki żywieniowe oraz wskaźnik BMI mogą stanowić istotne predyktory ryzyka ortoreksji. W związku z tym postawiono następujące pytania badawcze:

Pytanie badawcze 1: Jakie jest rozpowszechnienie nasilenia objawów typowych dla ortoreksji wśród studentów różnych kierunków studiów medycznych?

Pytanie badawcze 2: Czy istnieją różnice w nasileniu objawów ortoreksyjnych między studentami dietetyki a studentami innych kierunków związanych z ochroną zdrowia?

Pytanie badawcze 3: Jaki jest związek między wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów typowych dla ortoreksji?

Pytanie badawcze 4: Jakie zachowania żywieniowe są związane z nasileniem objawów ortoreksji?

Pytanie badawcze 5: Jakie cechy demograficzne i behawioralne charakteryzują osoby z nasilonymi objawami ortoreksji?

Odpowiedzi na te pytania pozwoliły na określenie stopnia ryzyka rozwoju ortoreksjiu studentów oraz wyłonienie czynników, które mogą mieć istotne znaczenie dla dalszych badań i działań profilaktycznych. W efekcie pozwoliło to na opracowanie działania edukacyjnego w postaci spotkania warsztatowego ze studentami mającego na celu zwiększenie ich świadomości na temat ortoreksji, a także zwrócenie uwagi na potencjalne czynniki ryzyka wystąpienia tego zaburzenia w ich najbliższym otoczeniu.

5.2 Hipotezy badawcze

W trakcie opracowywania metodyki realizacji celu badania sformułowanym pytaniom badawczym przypisano odpowiadające im hipotezy badawcze. Ich konstrukcja opierała się na przeglądzie zgromadzonego materiału naukowego dotyczącego ortoreksji, co pozwoliło na uwzględnienie dotychczasowych ustaleń badawczych oraz umożliwiło ich empiryczną weryfikację w kontekście analizowanej populacji.

Pytanie badawcze 1: Jakie jest rozpowszechnienie nasilenia objawów typowych dla ortoreksji wśród studentów różnych kierunków studiów medycznych?

Hipoteza 1: Osoby studiujące kierunki związane z żywieniem (np. dietetyka) wykazują wyższy poziom nasilenia objawów ortoreksyjnych w porównaniu do studentów innych kierunków medycznych.

Uzasadnienie: Dotychczasowe badania wskazują, że osoby studiujące kierunki medyczne i związane z ochroną zdrowia mogą być bardziej podatne na rozwój ortoreksji ze względu na dużą ekspozycję na treści dotyczące zdrowego stylu życia i diety [130-137, 140].

Pytanie badawcze 2: Czy istnieją różnice w nasileniu objawów ortoreksyjnych między studentami dietetyki a studentami innych kierunków?

Hipoteza 2: Studenci dietetyki wykazują istotnie wyższe nasilenie objawów ortoreksji w porównaniu do studentów pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii i medycyny.

Uzasadnienie: Badania sugerują, że osoby studiujące dietetykę, ze względu na swoją wiedzę oraz dążenie do promowania zdrowego odżywiania, mogą być szczególnie podatne na obsesyjną kontrolę spożycia pokarmów [130-140].

Pytanie badawcze 3: Jaki jest związek między wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów typowych dla ortoreksji?

Hipoteza 3a: Osoby z niższym wskaźnikiem BMI (niedowaga) częściej wykazują nasilone objawy ortoreksji niż osoby z prawidłową masą ciała (wskaźnikiem BMI w normie).

Uzasadnienie: Badania pokazują, że niższy wskaźnik BMI może być powiązany z większą tendencją do restrykcyjnych zachowań żywieniowych, co jest kluczowym elementem ortoreksji. Osoby z niedowagą mogą wykazywać silniejszą kontrolę nad spożywanym jedzeniem, co może przyczyniać się do wzrostu objawów typowych dla ortoreksji [138].

Hipoteza 3b: Wartości wskaźnika BMI są odwrotnie skorelowane z nasileniem objawów ortoreksji, co oznacza, że im niższa masa ciała, tym wyższe nasilenie objawów ortoreksyjnych.

Uzasadnienie: Osoby z wyższym poziomem restrykcji dietetycznych mogą mieć niższy wskaźnik BMI, co sugeruje, że wzmożona kontrola spożywania posiłków i eliminacja określonych produktów może prowadzić do zmniejszonej masy ciała. Taki mechanizm był wielokrotnie odnotowywany w badaniach dotyczących zaburzeń odżywiania takich jak anoreksja, ale nie ma badań w odniesieniu do ortoreksji [127, 138].

Pytanie badawcze 4: Jakie zachowania żywieniowe są związane z nasileniem objawów ortoreksji?

Hipoteza 4a: Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej eliminują określone grupy produktów (np. cukier, tłuszcze nasycone, gluten).

Uzasadnienie: Eliminacja określonych składników diety jest jednym z kluczowych aspektów ortoreksji. Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji mogą unikać niektórych produktów, postrzegając je jako „niezdrowe” lub „toksyczne”, co odzwierciedla ich nadmierną troskę o jakość spożywanego jedzenia [127].

Hipoteza 4b: Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji poświęcają więcej czasu na analizowanie składu produktów spożywczych niż osoby bez tych objawów.

Uzasadnienie: Nadmierne skupienie na składzie produktów spożywczych może wynikać z potrzeby kontroli i unikania określonych składników diety, co jest charakterystyczne dla ortorektycznych wzorców żywieniowych. Badania wskazują, że osoby z tendencjami ortorektycznymi często spędzają znacznie więcej czasu na analizowaniu wartości odżywczych produktów [127].

Hipoteza 4c: Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji rzadziej spożywają jedzenie pod wpływem emocji niż osoby bez tych objawów.

Uzasadnienie: Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji mogą wykazywać większą kontrolę nad procesem jedzenia i unikać impulsywnych decyzji związanych ze spożywaniem posiłków. W przeciwieństwie do osób przejadających się emocjonalnie, osoby z ortoreksją postrzegają jedzenie jako świadomy wybór, co może skutkować unikaniem jedzenia w odpowiedzi na stres czy inne bodźce emocjonalne [127,137].

Pytanie badawcze 5: Jakie cechy demograficzne i behawioralne charakteryzują osoby z nasilonymi objawami ortoreksji?

Hipoteza 5a: Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej należą do określonych grup demograficznych (np. są kobietami, mają niższy wskaźnik BMI).

Uzasadnienie: Badania nad zaburzeniami odżywiania wskazują, że kobiety są bardziej podatne na restrykcyjne nawyki żywieniowe i zaburzenia związane z kontrolą masy ciała w porównaniu do mężczyzn. Ponadto, osoby z niedowagą mogą przejawiać większą skłonność do rygorystycznych zasad żywieniowych, co może sprzyjać nasileniu objawów ortoreksji w porównaniu do osób z prawidłową masą ciała lub nadwagą czy otyłością [127].

Hipoteza 5b: W grupie osób z nasilonymi objawami ortoreksji występuje wyższy odsetek studentów określonych kierunków studiów, np. dietetyki.

Uzasadnienie: Kierunki studiów związane z naukami o zdrowiu i żywieniu mogą sprzyjać większej dbałości o jakość spożywanych produktów. Osoby studiujące dietetykę mogą być bardziej świadome składu i wpływu diety na organizm, co może prowadzić do bardziej restrykcyjnych zachowań żywieniowych [136].

Hipoteza 5c: Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej stosują restrykcyjne nawyki żywieniowe i wykazują różnice w zachowaniach żywieniowych.

Uzasadnienie: Literatura wskazuje, że osoby przejawiające tendencje ortorektyczne często eliminują określone grupy pokarmowe i kontrolują spożycie jedzenia w sposób bardziej rygorystyczny niż populacja ogólna. Może to prowadzić do zmniejszonej elastyczności dietetycznej i większego ryzyka problemów zdrowotnych związanych z niedoborami pokarmowymi [127].

6. Materiał i metody

W niniejszym badaniu zastosowano podejście ilościowe o charakterze przekrojowym. Badania ilościowe pozwalają na gromadzenie danych liczbowych i ich analizę statystyczną, co umożliwia identyfikację zależności oraz określenie częstości występowania określonych zjawisk w populacji. Metoda ta jest szczególnie przydatna w badaniach epidemiologicznych i behawioralnych, w których kluczowe znaczenie ma obiektywna ocena nasilenia badanego problemu oraz jego rozpowszechnienia wśród wybranej grupy [141].

Zdecydowano się na zastosowanie badania przekrojowego, które umożliwia ocenę rozpowszechnienia zachowań typowych dla ortoreksji w określonym punkcie czasowym wśród studentów kierunków medycznych. Charakter przekrojowy oznacza, że dane zostały zebrane jednorazowo, co pozwala na analizę związku między zmiennymi w danym momencie, ale nie umożliwia śledzenia dynamiki zmian w czasie. Mimo tej ograniczonej perspektywy, badania przekrojowe są często wykorzystywane w naukach medycznych i społecznych ze względu na ich efektywność czasową oraz możliwość uzyskania dużej próby badawczej w stosunkowo krótkim okresie [141].

Wybór metody ilościowej i przekrojowej był podyktowany specyfiką celu badania, jakim było określenie poziomu nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji wśród studentów oraz identyfikacja potencjalnych czynników ryzyka związanych z nawykami żywieniowymi i wskaźnikiem masy ciała (BMI). Badania ilościowe zapewniają możliwość precyzyjnego określenia częstości występowania zjawiska oraz jego statystycznych uwarunkowań, co jest kluczowe dla opracowania wniosków o charakterze populacyjnym. Ponadto, zastosowanie podejścia przekrojowego pozwala na porównanie wyników między grupami studentów różnych kierunków, co umożliwia identyfikację specyficznych zależności i różnic między nimi.

Ograniczenia badania wynikają z faktu, że analiza opiera się na danych zgromadzonych w jednym momencie czasowym, co uniemożliwia ocenę kierunku zależności przyczynowo-skutkowych. Niemniej jednak, wybór tej metody pozwala na uzyskanie wartościowych informacji na temat rozpowszechnienia ortoreksji oraz czynników ryzyka, które mogą stanowić podstawę dla przyszłych badań podłużnych oraz interwencyjnych.

6.1 Kryteria włączenia i wyłączenia

Dobór odpowiednich kryteriów włączenia do badania stanowi kluczowy aspekt metodologiczny, zapewniający rzetelność oraz trafność wyników. Właściwa selekcja uczestników umożliwia precyzyjne określenie populacji badanej oraz minimalizację potencjalnych czynników zakłócających [141]. W kontekście badań nad ortoreksją wśród studentów kierunków

związanych z ochroną zdrowia istotne było uwzględnienie zarówno aspektów demograficznych, jak i specyfiki akademickiej tej grupy. Kryteria włączenia zostały opracowane w taki sposób, aby badanie obejmowało uczestników spełniających określone warunki pozwalające na uzyskanie wiarygodnych wyników dotyczących rozpowszechnienia ortoreksji i jej potencjalnych predyktorów.

Kryteria włączenia

- Dobrowolna zgoda respondenta na udział w badaniu. Uczestnictwo w badaniu wymaga świadomej zgody, co jest kluczowym aspektem etycznym badań naukowych. Zapewnia to, że uczestnicy są w pełni poinformowani o celach badania oraz sposobie przetwarzania danych. Warto zauważyć, że zasada dobrowolności uczestnictwa w badaniu, choć stanowi kluczowy element etyki badań naukowych, może jednocześnie generować pewne ograniczenia metodologiczne. Istnieje ryzyko, że osoby dotknięte najbardziej nasilonymi objawami ortoreksji mogą unikać udziału w badaniu, co może prowadzić do niedoreprezentowania tej grupy w uzyskanych wynikach. W konsekwencji, uzyskane dane mogą nie w pełni odzwierciedlać rzeczywistego rozpowszechnienia ortoreksji w populacji akademickiej, co stanowi potencjalne ograniczenie w zakresie generalizacji wyników. Niemniej jednak, przestrzeganie zasad etyki, w tym poszanowanie autonomii uczestników i zapewnienie świadomej zgody, pozostaje nadrzędnym priorytetem w badaniach naukowych, co uzasadnia przyjęcie tego kryterium. Świadoma decyzja uczestnika o wzięciu udziału w badaniu stanowi również istotny element zapewnienia jakości uzyskanych danych, gdyż zmniejsza ryzyko odpowiedzi udzielanych pod przymusem lub w warunkach ograniczonego zrozumienia celów badania.
- Status studenta kierunków związanych z ochroną zdrowia na polskich uczelniach wyższych (studia I stopnia, tryb stacjonarny). Wybór tej grupy wynika z założenia, że edukacja akademicka w zakresie nauk o zdrowiu może mieć wpływ na rozwój zachowań typowych dla ortoreksji u osób podatnych na jej rozwój. Ograniczenie do studentów umożliwia ocenę ryzyka tego zaburzenia wśród osób na różnych etapach edukacji.
- Wiek powyżej 18. roku życia. Kryterium to zostało przyjęte w celu zapewnienia pełnej zdolności uczestników do świadomego wyrażenia zgody na udział w badaniu oraz minimalizacji wpływu czynników rozwojowych typowych dla okresu adolescencji na kształtowanie nawyków żywieniowych i postaw wobec zdrowia. A także jest zgodne z polskim systemem szkolnictwa wyższego.

Przyjęcie powyższych kryteriów pozwoliło na uzyskanie jednorodnej grupy, co zwiększyło wiarygodność uzyskanych wyników oraz umożliwiło ich porównywalność z wynikami badań prowadzonych w innych populacjach akademickich.

Kryteria wyłączenia

Podobnie jak kryteria włączenia, kryteria wyłączenia odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu spójności metodologicznej oraz wysokiej jakości wyników badania. Wykluczenie z badania uczestników, którzy nie spełniali określonych warunków, pozwoliło na ograniczenie wielu, choć nie wszystkich, wpływu czynników zakłócających i zwiększenie trafności uzyskanych danych [141]. W kontekście badania nad ortoreksją wśród studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia precyzyjne określenie kryteriów wyłączenia umożliwiło lepsze odwzorowanie rzeczywistych wzorców występowania tego zaburzenia oraz uniknięcie potencjalnych błędów interpretacyjnych.

- Brak zgody na udział w badaniu. Uczestnictwo w badaniu opiera się na zasadzie dobrowolności, zgodnie z normami etycznymi badań naukowych [141]. Wyłączenie osób, które nie wyraziły zgody, zapewniło zgodność z zasadą autonomii uczestnika oraz respektowanie jego prawa do samostanowienia.
- Nieznajomość języka polskiego w stopniu umożliwiającym prawidłowe wypełnienie kwestionariusza ankiety. Badanie prowadzone było w języku polskim, dlatego znajomość tego języka była niezbędna do prawidłowego zrozumienia pytań i udzielenia rzetelnych odpowiedzi. Wyłączenie osób nieposługujących się językiem polskim zminimalizowało ryzyko błędnej interpretacji pytań oraz potencjalnych nieścisłości w odpowiedziach, co mogłoby negatywnie wpłynąć na jakość danych.
- Zdiagnozowane przez psychiatrę zaburzenia odżywiania. W narzędziu badawczym uwzględniono pytanie: „Czy kiedykolwiek lekarz psychiatra zdiagnozowała u Ciebie zaburzenia odżywiania?”. Na to pytanie uczestniczki i uczestnicy badania mogli udzielić odpowiedzi tak lub nie. Osoby, które udzieliły odpowiedzi tak zostały wyłączone z badania.

Zastosowanie powyższych kryteriów wyłączenia pozwoliło na uzyskanie precyzyjnych i wiarygodnych wyników, które odzwierciedlają rzeczywisty obraz ortoreksji wśród badanej populacji. Dzięki temu możliwe było zachowanie spójności metodologicznej oraz uniknięcie zakłóceń, które mogłyby wpłynąć na interpretację wyników i ich generalizację.

6.2 Termin i forma realizacji badania

Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia 2023 roku do marca 2024 roku. Z uwagi na konieczność zapewnienia pełnej anonimowości respondentów oraz minimalizacji wpływu czynników zewnętrznych na uzyskiwane odpowiedzi, zastosowano tradycyjną metodę papier-ołówek (*paper-pencil*).

Proces rekrutacji placówek do udziału w badaniu przebiegał wieloetapowo. W pierwszej kolejności uzyskano formalną zgodę na realizację badania na terenie danej jednostki

akademickiej (uniwersytetu). W porozumieniu z władzami placówki wyznaczono osobę kontaktową – koordynatora instytucjonalnego, która pełniła rolę pośrednika organizacyjnego oraz wspierała logistykę procesu badawczego. Po uzyskaniu pisemnej zgody koordynatora, ustalono konkretne terminy i zajęcia dydaktyczne, podczas których możliwe było przeprowadzenie badania.

W wyznaczonym terminie główna badaczka dostarczyła uprzednio przygotowane, wydrukowane zestawy narzędzi badawczych do sali dydaktycznej. Przed rozpoczęciem badania uczestnikom przekazano standardową informację dotyczącą celu i charakteru badania, podkreślając jego dobrowolność, anonimowość oraz możliwość rezygnacji z udziału na dowolnym etapie bez podania przyczyny. Badaczka przedstawiła również szczegółowe instrukcje dotyczące sposobu udzielania odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu. Po zakończeniu części instruktażowej badaczka opuściła salę, pozostawiając uczestników samodzielnie wypełniających ankiety, co miało na celu wyeliminowanie wpływu osoby prowadzącej badanie na proces udzielania odpowiedzi. Powróciła do sali dopiero po zakończeniu badania, kiedy ostatni uczestnik złożył wypełniony formularz.

Taki sposób organizacji badania pozwolił na zapewnienie warunków maksymalnie zbliżonych do naturalnych, jednocześnie gwarantując wysoki poziom standaryzacji i kontrolę nad przebiegiem procedury badawczej. Ponadto, spełniono wszystkie wymogi etyczne, w tym zasady wynikające z Kodeksu Etycznego.

W badaniu wzięło udział 1270 osób, jednak po weryfikacji do dalszej analizy zakwalifikowano 1217 pełnych odpowiedzi. Należy zaznaczyć, że 53 kwestionariusze zostały odrzucone ze względu na brak kluczowych danych, takich jak niepełne uzupełnienie testu ORTO-15, brak informacji o masie ciała lub pominięcie odpowiedzi na pytania dotyczące zachowań żywieniowych. Wśród nich były trzy kwestionariusze w których uczestnicy wskazywali, że mieli zdiagnozowane zaburzenia odżywiania.

6.3 Rekrutacja uczestników do badania

Rekrutacja uczestników stanowi kluczowy etap procesu badawczego, decydujący o jakości i reprezentatywności uzyskanych wyników. Odpowiedni dobór próby pozwala na rzetelne odwzorowanie struktury badanej populacji oraz minimalizację błędów związanych z selekcją uczestników.

W badaniu zastosowano dobór celowy (*purposive sampling*) z elementami doboru opartego na dostępności (*convenience sampling*). Strategia ta należy do metod doboru nielosowego i znajduje szerokie zastosowanie w badaniach o charakterze eksploracyjnym, aplikacyjnym lub trudnym do zrealizowania w warunkach pełnej randomizacji.

Dobór celowy polega na intencjonalnym wyselekcjonowaniu jednostek, które spełniają określone kryteria istotne z punktu widzenia celów badania. W tym przypadku kryterium kluczowym była przynależność uczestników do populacji studentów akademickich,

uczęszczających na zajęcia dydaktyczne na wybranych kierunkach. Założono, że osoby te posiadają wystarczające kompetencje poznawcze i doświadczenia akademickie, aby trafnie i świadomie udzielać odpowiedzi na pytania zawarte w narzędziach zastosowanych w badaniu.

Element doboru opartego na dostępności (*convenience sampling*) przejawiał się w praktycznym ograniczeniu rekrutacji do tych jednostek akademickich, które wyraziły zgodę na realizację badania oraz umożliwiły jego przeprowadzenie w trakcie regularnych zajęć dydaktycznych. Tym samym, uczestnicy zostali zrekrutowani spośród studentów dostępnych w określonym czasie i miejscu, co miało istotne znaczenie dla efektywności organizacyjnej i logistyki badania.

Taki schemat doboru umożliwia pozyskanie danych od grupy reprezentatywnej dla analizowanej populacji *w sensie funkcjonalnym*, lecz nie *statystycznym*. Nielosowy charakter próby sprawia, że nie można mówić o jej pełnej reprezentatywności dla całej populacji studentów, niemniej jednak umożliwia on wartościowe wnioskowanie w kontekście zidentyfikowanych zmiennych psychologicznych oraz sformułowanie hipotez do dalszych badań o szerszym zasięgu [142].

Badaniami objęto studentów studiów I stopnia następujących kierunków:

- ratownictwo medyczne,
- dietetyka,
- położnictwo,
- pielęgniarstwo,
- fizjoterapia,
- medycyna (I i II rok studiów).

Wybór studentów medycyny do badania włączono wyłącznie studentów z I i II roku (z pominięciem starszych lat). Takie działanie można uzasadnić ograniczeniem zmienności wynikającej z doświadczenia klinicznego i praktyk zawodowych. U studentów starszych lat medycyny doświadczenie kliniczne, kontakt z pacjentem oraz bezpośrednie uczestnictwo w leczeniu mogą znacząco wpływać na sposób postrzegania zdrowia, w tym również na zachowania żywieniowe i związane z nimi mechanizmy kontroli. Może to stanowić czynnik zakłócający przy porównywaniu ich z innymi kierunkami (np. dietetyka czy położnictwo). Dodatkowo, w badaniu ujęto studentów I–III roku z innych kierunków: dietetyki, położnictwa, pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i fizjoterapii. Ponieważ długość trwania studiów na kierunku lekarskim (6 lat) różni się od pozostałych (zwykle 3 lata na studiach licencjackich), dla zachowania równoważnego poziomu edukacji i wieku badanych,

uwzględnienie jedynie I i II roku studiów medycznych pozwala uniknąć błędów wynikających z różnic w przebiegu kształcenia.

Wszystkie dane zostały zebrane zgodnie z przyjętymi standardami etycznymi oraz zasadami ochrony danych osobowych, a udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Szczegółowa charakterystyka próby została przedstawiona w Tabeli 10.

Tabela 10. Liczebność studentów z poszczególnych kierunkach zakwalifikowanych do badania

Kierunek studiów	rok 1	rok 2	rok 3
Pielęgniarstwo	55	74	75
Położnictwo	90	62	50
Dietetyka	100	68	34
Fizjoterapia	92	69	40
Ratownictwo medyczne	99	55	51
Medycyna	150	53	0

6.4 Komisja Bioetyczna

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi zgoda komisji bioetycznej jest wymagana w przypadku badań klinicznych oraz badań naukowych obejmujących interwencje medyczne, stosowanie środków farmakologicznych, inwazyjne metody diagnostyczne lub inne procedury mogące wpłynąć na stan zdrowia uczestników. Ponadto, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, każda interwencja badawcza mogąca wpływać na integralność fizyczną lub psychiczną pacjenta wymaga uzyskania formalnej zgody Komisji Bioetycznej [143].

Niniejsze badanie, będące badaniem ilościowym o charakterze przekrojowym, nie spełnia kryteriów badań wymagających zgody komisji bioetycznej, ponieważ:

- nie obejmuje żadnych interwencji medycznych ani procedur diagnostycznych,
- nie wiąże się z ingerencją w stan zdrowia fizycznego ani psychicznego uczestników,
- nie wymaga zbierania danych wrażliwych w rozumieniu RODO (takich jak dane dotyczące stanu zdrowia, historii chorób, wyników badań laboratoryjnych czy danych genetycznych),
- polega wyłącznie na dobrowolnym i anonimowym wypełnieniu kwestionariuszy dotyczących nawyków żywieniowych i oceny ryzyka ortoreksji.

Przepisy krajowe wskazują, że badania ankietowe, które nie obejmują eksperymentów medycznych ani interwencji o charakterze klinicznym, nie wymagają uzyskania zgody Komisji Bioetycznej. Warto podkreślić, że w przypadku badań naukowych obejmujących ocenę zachowań zdrowotnych i stylu życia, kluczowe znaczenie ma zapewnienie ochrony prywatności respondentów oraz spełnienie zasad etyki badań naukowych. W tym kontekście niniejsze badanie spełnia standardy etyczne, gwarantując pełną anonimowość uczestników, dobrowolność udziału oraz możliwość wycofania się z badania na każdym etapie bez podawania przyczyny [144].

Brak konieczności uzyskania zgody Komisji Bioetycznej wynika zarówno z przepisów prawa, jak i charakteru metodologii zastosowanej w badaniu. Jednakże, w trosce o najwyższe standardy etyczne, w trakcie realizacji badania przestrzegano zasad Deklaracji Helsińskiej oraz standardów określonych w Kodeksie Etyki Badań Naukowych.

6.5 Analizowane zmienne i ich wskaźniki

W ramach niniejszego badania dokonano analizy szeregu zmiennych mających na celu ocenę rozpowszechnienia zachowań typowych dla ortoreksji wśród studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia oraz identyfikację potencjalnych czynników ryzyka tego zaburzenia.

Zmienne zastosowane w analizie można podzielić na cztery główne kategorie:

1. Zmienne demograficzne:

- Wiek (w latach) – zmienna ilościowa mierzona w latach pełnych, analizowana w kontekście różnic międzypokoleniowych w podejściu do żywienia.
- Płeć – zmienna jakościowa nominalna, kodowana jako kobieta/mężczyzna, umożliwiająca analizę różnic w poziomie ryzyka ortoreksji między płciami. Uczestnicy badania mieli możliwość odmowy udzielania odpowiedzi na to pytanie.
- Kierunek studiów – zmienna jakościowa, przyporządkowująca respondentów do określonych grup akademickich (ratownictwo medyczne, dietetyka, położnictwo, pielęgniarstwo, fizjoterapia, medycyna). Zmienna ta umożliwia analizę wpływu specyfiki kierunku studiów na poziom ryzyka ortoreksji.

2. Zmienne związane z nawykami żywieniowymi i stylem życia:

- Liczba spożywanych posiłków dziennie – zmienna ilościowa określająca nawyki żywieniowe badanych.
- Podjadanie między posiłkami – zmienna binarna (tak/nie), odnosząca się do obecności epizodów jedzenia poza głównymi posiłkami. Może świadczyć o nieregularnych wzorcach żywieniowych.

- Rodzaj wybieranych przekąsek – zmienna nominalna wielokrotnego wyboru, pozwalająca ocenić preferencje dotyczące przekąsek (np. produkty wysoko przetworzone vs. produkty naturalne), co może odzwierciedlać poziom kontroli nad jakością spożywanych produktów.
- Stosowanie tłuszczu do smarowania – zmienna binarna (tak/nie), mogąca wskazywać na stosowane praktyki kulinarne i podejście do produktów zawierających tłuszcze.
- Słodzenie napojów (kawa/herbata) – zmienna binarna (tak/nie), która może obrazować preferencje dotyczące unikania cukru w codziennej diecie.
- Codzienne spożycie warzyw – zmienna binarna (tak/nie), istotna w kontekście przestrzegania zasad zdrowego żywienia.
- Codzienne spożycie owoców – zmienna binarna (tak/nie), podobnie jak powyższa, służy ocenie jakości diety.
- Spożycie fast foodów – zmienna binarna (tak/nie), wskazująca na obecność produktów wysokoprzetworzonych w diecie.
- Spożycie pieczywa razowego – zmienna binarna (tak/nie), odzwierciedlająca preferencje dotyczące rodzaju pieczywa, które może mieć związek z próbami zwiększania wartości odżywczej diety.
- Spożycie mięsa – zmienna binarna (tak/nie), stanowiąca część charakterystyki diety badanych (np. fleksitariańskiej, wegetariańskiej).
- Spożycie ryb – zmienna binarna (tak/nie), odnosząca się do konsumpcji produktów bogatych w nienasycone kwasy tłuszczowe.
- Spożycie serów żółtych – zmienna binarna (tak/nie), pozwalająca ocenić udział produktów mlecznych bogatych w tłuszcze nasycone.
- Spożycie jaj – zmienna binarna (tak/nie), obrazująca podejście do spożycia produktów odzwierzęcych.
- Spożycie nasion roślin strączkowych – zmienna binarna (tak/nie), mogąca świadczyć o preferencjach roślinnych źródeł białka.
- Częstotliwość spożycia ziemniaków – zmienna porządkowa, odnosząca się do spożycia tradycyjnego składnika diety polskiej.
- Spożycie napojów gazowanych typu cola – zmienna binarna (tak/nie), ważna w ocenie konsumpcji napojów zawierających cukry proste i dodatki chemiczne.
- Częstotliwość spożycia napojów gazowanych – zmienna porządkowa, umożliwiającą analizę skali tego spożycia.
- Spożycie alkoholu – zmienna binarna (tak/nie), istotna z punktu widzenia ogólnego stylu życia i możliwego wpływu na wybory żywieniowe.

- Częstotliwość spożycia alkoholu – zmienna porządkowa, pozwalająca oszacować stopień regularności spożycia alkoholu.
- Nawykowe przejadanie się – zmienna ilościowa, która określa skłonność do jedzenia mimo braku uczucia głodu oraz tendencję do kompulsywnego spożywania pokarmu.
- Emocjonalne przejadanie się – zmienna ilościowa, która charakteryzuje wpływ negatywnych emocji na zwiększoną konsumpcję jedzenia.
- Restrykcyjne zachowania dietetyczne – zmienna ilościowa, która mierzy tendencję do stosowania diet ograniczających spożycie kalorii oraz kontrolowania masy ciała

3. Zmienne związane z ortoreksją:

- Nasilenie zachowań typowych dla ortoreksji – mierzony za pomocą testu ORTO-15, który umożliwia klasyfikację respondentów pod względem nasilenia ortorekcyjnych tendencji.

4. Indeks masy ciała (BMI) – obliczany na podstawie masy ciała i wzrostu uczestników, pozwalający na ocenę zależności między masą ciała a ryzykiem ortoreksji. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia - WHO [145].

Analiza zmiennych została przeprowadzona za pomocą metod statystycznych obejmujących testy porównawcze oraz analizę regresji, co umożliwiło ocenę zależności między poszczególnymi czynnikami a ryzykiem występowania ortoreksji.

6.6 Wykorzystane wystandaryzowane narzędzia

W celu uzyskania materiału badawczego opracowano narzędzie składające się z trzech głównych części:

1. Instrukcji, w której respondenci zostali poinformowani o celu badania oraz sposobie wypełnienia ankiety. Instrukcja zawierała również informacje o dobrowolności udziału, anonimowości oraz sposobie analizy zgromadzonych danych.
2. Metryczki, obejmującej podstawowe pytania dotyczące cech demograficznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie oraz kierunek studiów, co umożliwiło późniejszą analizę zależności między zmiennymi demograficznymi a ryzykiem ortoreksji. W tej części uwzględniono także pytanie o diagnozę zaburzeń odżywiania.
3. Części właściwej, zawierającej narzędzia badawcze, w tym:

- Autorski kwestionariusz ankiety badający wybrane zachowania żywieniowe, umożliwiający ocenę nawyków dietetycznych respondentów oraz ich potencjalnego związku z ryzykiem wystąpienia ortoreksji. Pytania zawarte w tym narzędziu zaprezentowano w Aneksie – Załącznik 1.
- Kwestionariusz ORTO-15, wykorzystywany do oceny nasilenia zachowań ortorektycznych, opartych na aspektach poznawczych i emocjonalnych zaburzeń odżywiania [146].
- Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem, mierzący nawykowe przejadanie się, emocjonalne przejadanie się oraz restrykcje dietetyczne [147].

6.6.1 Kwestionariusz ORTO-15

Kwestionariusz ORTO-15 jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi przesiewowych do identyfikacji ryzyka ortoreksji. Składa się z 15 pytań wielokrotnego wyboru, w których badany określa, w jakim stopniu zgadza się z danym twierdzeniem (zawsze, często, czasem, nigdy). W odpowiedziach przyznawane są punkty od 1 do 4, przy czym zachowania sugerujące ortoreksję otrzymują jeden punkt, a prawidłowe wzorce żywieniowe cztery punkty. Suma uzyskanych wyników mieści się w zakresie 15–60 punktów, gdzie punkt odcięcia ustalono na ≤ 35 punktów – osoby uzyskujące wynik poniżej tej wartości są klasyfikowane jako będące w grupie ryzyka ortoreksji [146].

Kwestionariusz ORTO-15 bada trzy główne obszary zachowań typowych dla ortoreksji [151]:

- Obszar poznawczy dotyczący obsesyjnego podejścia do wyboru, zakupu, przygotowywania i spożywania posiłków uznawanych za zdrowe (pytania 1, 5, 6, 11, 12, 14).
- Aspekty kliniczne związane z objawami fizycznymi i zachowaniami restrykcyjnymi w zakresie jedzenia (pytania 3, 7–9, 15).
- Komponent emocjonalny odnoszący się do emocjonalnych aspektów związanych z kontrolą jakości spożywanego jedzenia (pytania 2, 4, 10, 13). Pytania zawarte w tym narzędziu zaprezentowano w Aneksie – Załącznik 1.

Analiza rzetelności tego narzędzia wykazała zadowalający poziom zgodności wewnętrznej (α Cronbacha = 0,78), co świadczy o spójności pozycji kwestionariusza. W badaniu test-retest stwierdzono bardzo dobrą powtarzalność odpowiedzi dla pięciu pozycji (κ = 0,81–1,00) oraz dobrą dla pozostałych (κ = 0,61–0,80), a także stabilność ogólnego wyniku potwierdzoną analizą Blanda-Altmana. Trafność zewnętrzna, oceniana poprzez korelację z wynikami EAT-26, okazała się statystycznie istotna, choć niska (r = –0,12; p = 0,01). Zgodność diagnostyczna pomiędzy ORTO-15 a EAT-26 była ograniczona (κ = 0,04 dla

punktu odcięcia 40; $\kappa = 0,32$ dla punktu 35), co wskazuje na umiarkowaną trafność narzędzia. Wyniki potwierdzają, że polska adaptacja ORTO-15 jest rzetelna i adekwatna do badań przesiewowych wśród młodzieży [146].

Należy zaznaczyć, że pomimo szerokiego zastosowania kwestionariusza ORTO-15, jego trafność diagnostyczna jest przedmiotem dyskusji w literaturze. Podkreśla się, że na wynik testu mogą wpływać czynniki takie jak nastrój, poziom dochodów, cechy demograficzne respondenta oraz inne przejściowe aspekty życia codziennego. Z tego względu uzyskane wyniki interpretowano w kontekście dodatkowych zmiennych.

6.6.2 Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe

Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe (MZŻ) jest narzędziem przeznaczonym do pomiaru nawyków żywieniowych u osób dorosłych i starszej młodzieży. Został opracowany w celu diagnozowania zachowań związanych z jedzeniem, które mogą predysponować do nadwagi, otyłości lub innych zaburzeń odżywiania. Składa się z 30 twierdzeń, na które respondenci udzielają odpowiedzi tak lub nie. Odpowiedzi diagnostyczne otrzymują jeden punkt, natomiast odpowiedzi nie diagnostyczne zero punktów [147].

MZŻ mierzy trzy kluczowe obszary zachowań żywieniowych:

- Nawykowe przejadanie się, które określa skłonność do jedzenia mimo braku uczucia głodu oraz tendencję do kompulsywnego spożywania pokarmu.
- Emocjonalne przejadanie się, które charakteryzuje wpływ negatywnych emocji na zwiększoną konsumpcję jedzenia.
- Restrykcyjne zachowania dietetyczne, które mierzą tendencję do stosowania diet ograniczających spożycie kalorii oraz kontrolowania masy ciała [147]. Pytania zawarte w tym narzędziu zaprezentowano w Aneksie – Załącznik 1.

Rzetelność kwestionariusza została oceniona na podstawie współczynnika alfa Cronbacha. Jego wartość równa 0,89 świadczy o wysokiej rzetelności. Trafność kwestionariusza potwierdzono w badaniach porównujących osoby z nadwagą i osoby z prawidłową masą ciała, wykazując, że wyższe wyniki są skorelowane z wyższym wskaźnikiem BMI oraz nieprawidłowymi wzorcami żywieniowymi. MZŻ jest narzędziem użytecznym zarówno w badaniach epidemiologicznych, jak i w diagnostyce klinicznej, szczególnie w kontekście oceny zachowań prowadzących do rozwoju zaburzeń odżywiania [147].

Zastosowanie powyższych narzędzi pozwoliło na uzyskanie obiektywnych i porównywalnych wyników, które umożliwiły identyfikację czynników związanych z ryzykiem ortoreksji w badanej populacji.

6.7 Działanie edukacyjne jako element aplikacyjny wyników badań - działanie pilotażowe

W ramach badania przewidziano również opracowanie działania edukacyjnego o charakterze warsztatowo-refleksyjnym, które stanowi integralny element aplikacyjny wyników niniejszego badania. Celem tego działania było przełożenie wyników analiz statystycznych na praktykę edukacyjną, ukierunkowaną na zwiększenie świadomości studentów w zakresie ryzyka rozwoju ortoreksji oraz wspieranie autorefleksji dotyczącej własnych zachowań żywieniowych.

Działanie edukacyjne zostało zaprojektowane na podstawie uzyskanych danych empirycznych, w szczególności z uwzględnieniem:

- wyników testu ORTO-15,
- odpowiedzi w kwestionariuszu „Moje Zwyczaje Żywieniowe” (MZŻ),
- oraz statystycznie istotnych zależności między nimi.

W ramach badania przewidziano przeprowadzenie warsztatu pilotażowego, który posłużył jako wstępna ocena skuteczności oraz odbioru planowanej interwencji edukacyjnej. Pilotaż został zrealizowany w grupie 15 studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia, wyłonionych spośród ochotników spełniających podstawowe kryteria włączenia. Celem pilotażu była wstępna ewaluacja treści merytorycznych warsztatu, użytych metod dydaktycznych oraz potencjalnego wpływu spotkania na zmianę postrzegania własnych postaw żywieniowych przez uczestników.

6.8 Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki zostały poddane szczegółowej analizie statystycznej przy użyciu pakietu Statistica (wersja 13.1, StatSoft) oraz SPSS (wersja 26, IBM). Analizy miały na celu określenie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi oraz identyfikację czynników wpływających na ryzyko ortoreksji i wybranych zachowań żywieniowych wśród studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia.

W badaniu uwzględniono następujące zmienne:

a) Zmienne zależne:

- Częstość występowania pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród badanych osób.
- Wybrane zachowania żywieniowe wśród badanych osób.

b) Zmienne niezależne:

- Demograficzne: płeć, wiek, kierunek studiów.
- Czynniki dietetyczne: rodzaj stosowanej diety, liczba spożywanych posiłków dziennie, samodzielne przygotowywanie posiłków.
- Czynniki związane z ortoreksją: wynik ORTO-15, BMI.

W celu zapewnienia rzetelności wyników zastosowano szereg metod analizy statystycznej:

1. Analiza wariancji (ANOVA) oraz test Kruskala-Wallisa – wykorzystano do porównania różnic między grupami pod względem analizowanych zmiennych. Test ANOVA stosowano w przypadkach spełnienia założeń normalności rozkładu danych, natomiast test Kruskala-Wallisa stosowano w sytuacjach, gdy dane nie miały rozkładu normalnego.
2. Regresja liniowa prosta – zastosowana w celu określenia związku pomiędzy dwiema zmiennymi ilościowymi, np. między wynikiem ORTO-15 a wskaźnikiem BMI.
3. Regresja krokowa wielozmiennowa – pozwoliła na analizę wpływu wielu predyktorów na zmienne zależne. Dzięki tej metodzie zidentyfikowano czynniki mające największy wpływ na poziom ryzyka ortoreksji oraz zachowania żywieniowe.
4. Test chi-kwadrat (χ^2) – wykorzystano do analizy zależności pomiędzy zmiennymi nominalnymi, np. płcią a ryzykiem ortoreksji, co pozwoliło określić, czy istnieją istotne różnice w rozkładzie tych zmiennych w badanych grupach.

Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzono przy poziomie istotności $p < 0,05$, co oznacza, że wyniki uznawano za istotne statystycznie, jeśli prawdopodobieństwo ich przypadkowego wystąpienia wynosiło poniżej 5%. Dzięki temu możliwe było wyciągnięcie wiarygodnych wniosków dotyczących relacji między badanymi zmiennymi.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na identyfikację czynników związanych z ortoreksją oraz ocenę ich wpływu na nawyki żywieniowe studentów. Uzyskane wyniki stanowią podstawę do dalszych badań nad mechanizmami powstawania ortoreksji i jej prewencją w grupach wysokiego ryzyka.

7. Wyniki

7.1 Charakterystyka badanej grupy pod względem zmiennych socjodemograficznych

Badana grupa obejmowała 1200 osób, z czego 82% stanowiły kobiety. Większość uczestników (85%) mieściła się w przedziale wiekowym 18–30 lat. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła $M = 25$ lat ($SD = 4,49$). Najmłodszy respondent miał 19 lat, natomiast najstarszy 33 lata. Pod względem poziomu wykształcenia największą część próby stanowiły osoby z wykształceniem średnim (84%). Wśród badanych nie odnotowano osób posiadających wykształcenie wyższe II stopnia. Szczegółowa charakterystykę socjodemograficzną badanych przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Charakterystyka grupy badawczej pod względem zmiennych socjodemograficznych

Zmienna	Liczba odpowiedzi	% Grupy
Płeć		
Kobieta	981	82
Mężczyzna	219	18
Wiek		
18-30 lat	1015	85
31-40 lat	185	15
Wykształcenie		
Średnie	1016	85
Wyższe I stopnia	184	15
Wyższe II stopnia	0	0
Kierunek studiów		
Pielęgniarstwo	200	17
Położnictwo	200	17
Ratownictwo Medyczne	200	17
Fizjoterapia	200	17
Dietetyka	200	17
Medycyna	200	17

7.2 Charakterystyka respondentów pod względem wskaźnika masy ciała (BMI)

W odniesieniu do wskaźnika BMI, studenci kierunków takich jak ratownictwo medyczne oraz fizjoterapia charakteryzowali się istotnie niższym odsetkiem osób z nadwagą lub otyłością (2–4%) w porównaniu z osobami studiującymi pielęgniarstwo, położnictwo oraz medycynę, gdzie nadmierna masa ciała dotyczyła 31–34% badanych. Największy odsetek osób z prawidłową masą ciała odnotowano wśród studentów fizjoterapii (93%) i ratownictwa medycznego (91%). Różnice te były istotne statystycznie ($\chi^2 = 208,382$, $p < 0,001$). Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 12.

Tabela 12. Charakterystyka grup pod względem wskaźnika masy ciała BMI

Zmienna	N	%
Pielęgniarstwo		
Niedowaga	18	9
Normowaga	119	60
Nadwaga / otyłość	63	32
Położnictwo		
Niedowaga	20	10
Normowaga	112	56
Nadwaga / otyłość	68	34
Ratownictwo medyczne		
Niedowaga	16	8
Normowaga	181	91
Nadwaga / otyłość	3	2
Fizjoterapia		
Niedowaga	6	3
Normowaga	186	93
Nadwaga / otyłość	8	4
Dietetyka		
Niedowaga	22	11
Normowaga	175	88
Nadwaga / otyłość	3	2
Medycyna		
Niedowaga	22	11
Normowaga	117	59
Nadwaga / otyłość	61	31

N – liczba respondentów; % - odsetek w grupie

7.3 Charakterystyka respondentów pod względem wybranych zachowań żywieniowych zawartych w autorskim narzędziu badawczym

Tabela 13 przedstawia rozkład odpowiedzi dotyczących wybranych zachowań żywieniowych wśród studentów sześciu kierunków: pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, fizjoterapii, dietetyki oraz medycyny. W analizie uwzględniono m.in. zmienne dotyczące liczby spożywanych posiłków, częstotliwości podjadania, rodzaju wybieranych

przekąsek, stosowania tłuszczu do smarowania, słodzenia kawy/herbaty, konsumpcji fast-foodów oraz spożycia mięsa, w tym najczęściej wybieranego gatunku.

W zakresie liczby spożywanych posiłków dominującą grupę stanowili studenci spożywający 4–5 posiłków dziennie (89–91% w zależności od kierunku). Mniejszy odsetek badanych deklarował spożywanie mniej niż trzech posiłków dziennie (7–11%), a jedynie 2% studentów we wszystkich grupach spożywało powyżej pięciu posiłków dziennie. Analiza statystyczna wykazała jednak istotne różnice w odsetku studentów spożywających mniej niż trzy posiłki dziennie ($\chi^2 = 26,684$, $p = 0,031$), co było bardziej powszechne wśród studentów pielęgniarstwa oraz ratownictwa medycznego.

Podjadanie między posiłkami było powszechną praktyką wśród studentów, deklarowaną przez 87–89% uczestników badania, niezależnie od kierunku studiów. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupami pod względem tego nawyku ($\chi^2 = 1,370$, $p = 0,928$). W odniesieniu do rodzaju podjadanych produktów, najczęściej wybieranymi przekąskami były słone produkty (44–45%) oraz owoce (31–33%). Mniejsza część studentów sięgała po orzechy (14–15%) oraz słodczyce (8–10%). Wyniki analizy statystycznej nie wskazywały na istotne różnice w tym zakresie pomiędzy grupami ($\chi^2 = 1,497$, $p = 1,000$).

W zakresie stosowania tłuszczu do smarowania pieczywa, podobny odsetek studentów (91%) zadeklarował jego używanie, niezależnie od kierunku studiów. Analiza statystyczna potwierdziła brak istotnych różnic ($\chi^2 = 0,752$, $p = 0,980$). Słodzenie kawy lub herbaty było bardziej zróżnicowane – największy odsetek osób niesłodzących napojów odnotowano wśród studentów ratownictwa medycznego (18%), natomiast w pozostałych grupach odsetek ten wynosił 9–13%. Jednak różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($\chi^2 = 3,352$, $p = 0,646$).

Codziennie spożywanie fast-foodów deklarowało około 54–55% studentów wszystkich kierunków, co wskazuje na dużą popularność tego rodzaju żywności w badanej populacji. Jednak analiza statystyczna wykazała brak istotnych różnic pomiędzy kierunkami studiów w tym zakresie ($\chi^2 = 0,282$, $p = 0,998$).

W kontekście spożycia mięsa, większość studentów (71–74%) uwzględniała je w swojej diecie, natomiast 26–29% zadeklarowało dietę bezmięsną. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w tym zakresie ($\chi^2 = 6,368$, $p = 0,272$). Najczęściej spożywanym gatunkiem mięsa był drób (87–89% w zależności od kierunku), podczas gdy wieprzowinę wybierało 8–9% badanych, a wołowinę jedynie 3%. Chociaż analiza statystyczna wykazała pewne różnice pomiędzy kierunkami studiów ($\chi^2 = 24,790$, $p = 0,053$), nie były one istotne na poziomie $p < 0,05$.

Dane zawarte w tabeli 13 wskazują na względną jednorodność nawyków żywieniowych wśród studentów różnych kierunków, z wyjątkiem różnic w liczbie spożywanych posiłków i preferencjach dotyczących słodzenia napojów. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 13.

Tabela 13. Nawyki żywieniowe studentów różnych kierunków studiów

Zmienna	Pielęgniarstwo	Położnictwo	Ratownictwo medyczne	Fizjoterapia	Dietetyka	Medycyna
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Liczba posiłków						
Poniżej 3	18 (9.0)	22 (11.0)	14 (7.0)	18 (9.0)	18 (9.0)	22 (11.0)
4-5	178 (89.0)	174 (87.0)	182 (91.0)	178 (89.0)	178 (89.0)	174 (87.0)
Powyżej 5	4 (2.0)	4 (2.0)	4 (2.0)	4 (2.0)	4 (2.0)	0
Podjadanie						
Tak	173 (87.0)	173 (87.0)	177 (89.0)	173 (87.0)	173 (87.0)	169 (85.0)
Nie	27 (14.0)	27 (14.0)	23 (12.0)	27 (14.0)	27 (14.0)	31 (16.0)
Rodzaj podjadanych produktów spożywczych						
Słodycze	13 (8.0)	15 (9.0)	18 (10)	13 (8.0)	13 (8.0)	13 (8.0)
Owoce	56 (33.0)	54 (31.0)	56 (32.0)	56 (33.0)	56 (33.0)	52 (31.0)
Słone przeką- ski	78 (45.0)	79 (45.0)	78 (44.0)	78 (45.0)	78 (45.0)	78 (46.0)
Orzechy	25 (15.0)	26 (15.0)	25 (14.0)	35 (15.0)	25 (15.0)	25 (15.0)
Używanie tłuszczu do smarowania						
Tak	182 (91.0)	181 (91.0)	182 (91.0)	182 (91.0)	182 (91.0)	178 (89.0)
Nie	18 (9.0)	19 (10)	18 (9.0)	18 (9.0)	18 (9.0)	22 (11.0)
Słodzenie kawy/herbaty						
Tak	182 (91.0)	174 (87.0)	165 (83.0)	175 (88.0)	175 (88.0)	171 (86.0)
Nie	18 (9.0)	26 (13.0)	35 (18.0)	25 (13.0)	25 (13.0)	29 (15.0)
Codzienne spożywanie żywności typu fast-food						
Tak	110 (55.0)	108 (54.0)	110 (55.0)	110 (55.0)	110 (55.0)	106 (53.0)
Nie	90 (45.0)	92 (46.0)	90 (45.0)	90 (45.0)	90 (45.0)	94 (47.0)
Spożywanie mięsa						
Tak	51 (74.0)	49 (71.0)	51 (74.0)	51 (74.0)	51 (74.0)	115 (84.0)
Nie	18 (26.0)	20 (29.0)	18 (26.0)	18 (26.0)	18 (26.0)	22 (16.0)
Najczęściej spożywany gatunek mięsa						
Drób	104 (87.0)	104 (89.0)	104 (87.0)	104 (87.0)	104 (87.0)	101 (88.0)
Wieprzowina	11 (9.0)	9 (8.0)	11 (9.0)	11 (9.0)	11 (9.0)	10 (9.0)
Wołowina	4 (3.0)	4 (3.0)	4 (3.0)	4 (3.0)	4 (3.0)	0

Tabela 14 przedstawia częstotliwość spożywania napojów typu cola oraz napojów alkoholowych wśród analizowanych grup studentów. Dane zostały podzielone według kategorii konsumpcji, obejmujących spożycie codzienne, tygodniowe oraz miesięczne. Analiza wyników wskazuje, że najczęściej wybieraną częstotliwością spożywania napojów typu cola była konsumpcja raz w tygodniu, którą zadeklarowało 77–85% badanych w zależności od kierunku studiów. Znacznie mniejszy odsetek studentów sięgał po tego rodzaju napoje codziennie (8–10%). Spożycie coli kilka razy w tygodniu nie zostało odnotowane w żadnej z grup. Osoby deklarujące sporadyczne spożycie (tj. raz w miesiącu) stanowiły 5–15% badanych. Wyniki analizy statystycznej nie wykazały istotnych różnic pomiędzy kierunkami studiów w zakresie spożycia napojów typu cola ($\chi^2 = 9,263$, $p = 0,507$), co sugeruje, że ten nawyk jest stosunkowo jednorodny wśród badanych grup.

Wszystkie analizowane grupy studentów zadeklarowały spożycie napojów alkoholowych raz w miesiącu. Brak jakichkolwiek innych deklarowanych częstotliwości uniemożliwił przeprowadzenie analizy statystycznej i porównania pomiędzy kierunkami.

Tabela 14. Częstotliwość spożycia napojów typu cola oraz napojów alkoholowych wśród studentów różnych kierunków studiów

Zmienna	Pielęgniarstwo	Położnictwo	Ratownictwo	Fizjoterapia	Dietetyka	Medycyna
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Częstotliwość spożycia napojów typu cola						
Codziennie	10 (8.0)	12 (10.0)	10 (8.0)	10 (8.0)	10 (8.0)	12 (10.0)
Raz w tygodniu	93 (77.0)	105 (85.0)	93 (77.0)	93 (77.0)	93 (77.0)	91 (75.0)
Kilka razy w tygodniu	0	0	0	0	0	0
Raz w miesiącu	18 (15.0)	6 (5.0)	18 (15.0)	18 (15.0)	18 (15.0)	18 (15.0)
Częstotliwość spożycia napojów alkoholowych						
Codziennie	0	0	0	0	0	0
Kilka razy w tygodniu	0	0	0	0	0	0
Raz w miesiącu	6 (100)	6 (100)	5 (100)	5 (100)	6 (100)	4 (100)

7.4 Charakterystyka respondentów pod względem nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji mierzonych przy zastosowaniu kwestionariusza ORTO-15

Osoby, których wynik ogólny w teście ORTO-15 był niższy niż 35, klasyfikowano do grupy z dużym ryzykiem ortoreksji. Kryterium to ustalono na podstawie rekomendacji wynikających z wcześniejszych badań [7, 48, 146, 148, 149]. Średnia wartość wyniku ogólnego w badanej populacji studentów wyniosła $M = 35,99$ ($SD = 3,17$). Występowanie podwyższonego ryzyka zachowań typowych dla ortoreksji stwierdzono u 10,5% badanych, niezależnie od kierunku studiów. Tabela 15 przedstawia średnie wyniki testu ORTO-15 dla poszczególnych grup studentów.

Tabela 15. Średnie wyniki testu ORTO-15 dla każdej z badanych grup

Badana grupa	ORTO-15	SD	Min.	Max.	N-ORTO	Różnica test ANOVA + wielkość efektu
Pielęgniarstwo	36,98	2,82	25	39	7,5%	$F_{(15, 1199)} = 24,558$ $p < 0,01$ $\eta^2 = 0,093$
Położnictwo	34,19	4,17	20	39	22,5%	
Ratownictwo Medyczne	35,52	2,40	25	39	7,5%	
Fizjoterapia	35,76	2,00	27	38	6,0%	
Dietetyka	36,70	3,17	25	38	10,0%	
Medycyna	36,78	3,11	25	39	9,5%	

ORTO-15 – wynik testu w kwestionariuszu ORTO-15; SD – odchylenie standardowe; Min. – Najmniejsza wartość uzyskana w kwestionariuszu ORTO-15; Max. – największa wartość uzyskana w kwestionariuszu ORTO-15; N-ORTO – Liczba osób spełniająca kryterium rozpoznania ortoreksji

Analiza wyników porównań wielokrotnych ujawniła istotne różnice w poziomie nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji wśród studentów różnych kierunków (Tabela 16). Studenci pielęgniarstwa ($M=36,98$) wykazali istotnie niższy poziom nasilenia tych objawów w porównaniu do studentów położnictwa ($M=34,19$, $p<0,001$), ratownictwa medycznego ($M=35,52$, $p<0,001$) oraz fizjoterapii ($M=35,76$, $p<0,001$). Sugeruje to, że studenci pielęgniarstwa mogą mieć najmniejsze skłonności do ortoreksji w porównaniu do swoich rówieśników z tych kierunków.

Studenci położnictwa ($M=34,19$) osiągnęli najwyższe wyniki w zakresie nasilenia objawów typowych dla ortoreksji, co znacząco odróżnia ich nie tylko od studentów pielęgniarstwa, ale również od studentów ratownictwa medycznego ($M=35,52$, $p=0,002$), fizjoterapii ($M=35,76$, $p<0,001$), dietetyki ($M=36,70$, $p<0,001$) oraz kierunku lekarskiego ($M=36,78$, $p<0,001$). Wyniki te wskazują na największe skłonności do ortoreksji wśród studentów położnictwa.

Studenci ratownictwa medycznego ($M=35,52$) wykazali wyższy poziom nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji w porównaniu do studentów dietetyki ($M=36,70$, $p=0,001$) oraz kierunku lekarskiego ($M=36,78$, $p<0,001$), ale ich wyniki nie różniły się istotnie od studentów fizjoterapii ($M=35,76$, $p=0,992$).

Studenci fizjoterapii ($M=35,76$) wykazali wyższy poziom nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji w porównaniu do studentów dietetyki ($M=36,70$, $p=0,007$) oraz kierunku lekarskiego ($M=36,78$, $p=0,002$), ale podobny poziom jak studenci ratownictwa medycznego ($M=35,52$, $p=0,992$).

Studenci dietetyki ($M=36,70$) różnili się istotnie od studentów położnictwa ($M=34,19$, $p<0,001$), ratownictwa medycznego ($M=35,52$, $p=0,001$) oraz fizjoterapii ($M=35,76$, $p=0,007$),

co wskazuje na niższy poziom nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji. Nie wykazano jednak istotnej różnicy między studentami dietetyki a studentami pielęgniarstwa ($M=36,98$, $p=0,998$) oraz kierunku lekarskiego ($M=36,78$, $p=1,000$).

Wreszcie, studenci medycyny ($M=36,78$) wykazali niższy wyższy poziom ortoreksji w porównaniu do studentów położnictwa ($M=34,19$, $p<0,001$), ratownictwa medycznego ($M=35,52$, $p<0,001$) oraz fizjoterapii ($M=35,76$, $p=0,002$), ale poziomy te były podobne do tych uzyskanych przez studentów dietetyki ($M=36,70$, $p=1,000$) i pielęgniarstwa ($M=36,98$, $p=1,000$).

Tabela 16. Porównania wielokrotne, Testem Dunnetta T3, wyników testu ORTO-15 w grupach studentów różnych kierunków medycznych

Kierunek studiów		Różnica średnich	Błąd standardowy	Istotność
Pielęgniarstwo	Położnictwo	2.78990*	0.356	0.000
	Ratownictwo	1.45990*	0.262	0.000
	Fizjoterapia	1.21990*	0.244	0.000
	Dietetyka	0.280	0.300	0.998
	Medycyna	0.205	0.297	1.000
Położnictwo	Pielęgniarstwo	-2.78990*	0.356	0.000
	Ratownictwo	-1.33000*	0.340	0.002
	Fizjoterapia	-1.57000*	0.327	0.000
	Dietetyka	-2.51000*	0.370	0.000
	Medycyna	-2.58500*	0.368	0.000
Ratownictwo	Pielęgniarstwo	-1.45990*	0.262	0.000
	Położnictwo	1.33000*	0.340	0.002
	Fizjoterapia	-0.240	0.221	0.992
	Dietetyka	-1.18000*	0.282	0.001
	Medycyna	-1.25500*	0.278	0.000
Fizjoterapia	Pielęgniarstwo	-1.21990*	0.244	0.000
	Położnictwo	1.57000*	0.327	0.000
	Ratownictwo	0.240	0.221	0.992
	Dietetyka	-0.94000*	0.265	0.007
	Medycyna	-1.01500*	0.262	0.002
Dietetyka	Pielęgniarstwo	-0.280	0.300	0.998
	Położnictwo	2.51000*	0.370	0.000
	Ratownictwo	1.18000*	0.282	0.001
	Fizjoterapia	0.94000*	0.265	0.007
	Medycyna	-0.075	0.314	1.000
Medycyna	Pielęgniarstwo	-0.205	0.297	1.000
	Położnictwo	2.58500*	0.368	0.000
	Ratownictwo	1.25500*	0.278	0.000
	Fizjoterapia	1.01500*	0.262	0.002
	Dietetyka	0.075	0.314	1.000

7.5 Analiza związku pomiędzy nasileniem objawów typowych dla ortoreksji a zwyczajami żywieniowymi uwzględnionymi w autorskim narzędziu badawczym

Wyniki analizy dotyczącej związku między wybranymi zachowaniami żywieniowymi a nasileniem objawów typowych dla ortoreksji wykazały istotne statystycznie różnice między osobami z wyraźnym nasileniem tych objawów a badanymi, u których nie zaobserwowano ich w znaczącym stopniu (Tabela 17).

Osoby z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji istotnie częściej spożywały mniej niż trzy posiłki dziennie (64% w porównaniu do 3% w grupie bez nasilonych objawów, $\chi^2 = 488,445$, $p < 0,001$) oraz rzadziej podjadały (33% vs. 93%, $\chi^2 = 351,032$, $p < 0,001$).

Wybór spożywanych przekąsek również różnił się istotnie między grupami. Osoby z nasileniem objawów ortorektycznych częściej sięgały po słodyczne (54% vs. 6%), a znacznie rzadziej po owoce (22% vs. 32%) oraz słone przekąski (22% vs. 46%, $\chi^2 = 118,145$, $p < 0,001$).

Pod względem stosowania tłuszczu do smarowania, 71% osób z nasileniem objawów ortorektycznych nie stosowało go w ogóle, podczas gdy w grupie bez tych objawów 98% badanych deklarowało jego używanie ($\chi^2 = 618,534$, $p < 0,001$). Podobnie, osoby wykazujące nasilenie objawów rzadziej słodziły kawę lub herbatę (35% vs. 92%, $\chi^2 = 312,765$, $p < 0,001$).

Istotne różnice zaobserwowano także w zakresie codziennego spożycia fast-foodów – 72% osób z nasileniem objawów ortorektycznych unikało tego typu żywności, podczas gdy w grupie bez tych objawów 58% badanych spożywało fast-foody codziennie ($\chi^2 = 40,540$, $p < 0,001$). Ponadto, osoby z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji znacznie częściej eliminowały mięso z diety (70% vs. 7%, $\chi^2 = 201,559$, $p < 0,001$).

W prezentowanym badaniu zaobserwowano, że respondenci wykazujący nasilenie objawów typowych dla ortoreksji charakteryzowali się znacznie bardziej restrykcyjnymi i kontrolowanymi nawykami żywieniowymi w porównaniu do osób, u których objawy te nie były obecne lub miały niewielkie nasilenie.

Tabela 17. Zwyczaje żywieniowe a nasilenie objawów typowych dla ortoreksji

Zmienna	Objawy typowe dla ortoreksji		Brak objawów typowych dla ortoreksji		χ^2	p
	Liczba	% Grupy	Liczba	% Grupy		
Liczba posiłków						
Poniżej 3	80	64	32	3	488.445	<0.001
4–5	46	37	1018	95		
Powyżej 5	0	0	20	2		
Podjadanie						
Tak	41	33	997	93	351.032	<0.001
Nie	85	68	77	7		
Rodzaj podjadanych produktów spożywczych						
Słodycze	22	54	63	6	118.145	<0.001
Owoce	9	22	321	32		
Słone przekąski	9	22	460	46		
Orzechy	1	2	150	15		
Używanie tłuszczu do smarowania						
Tak	37	29	1050	98	618.534	<0.001
Nie	89	71	24	2		
Słodzenie kawy/herbaty						
Tak	44	35	991	92	312.765	<0.001
Nie	82	65	83	8		
Codzienne spożywanie fast-food						
Tak	35	28	619	58	40.540	<0.001
Nie	91	72	455	42		
Spożywanie mięsa						
Tak	38	30	330	93	201.559	<0.001
Nie	88	70	26	7		
Najczęściej spożywany gatunek mięsa						
Drób	25	66	596	89	30.412	<0.001
Wieprzowina	7	18	56	8		
Wołowina	6	16	14	2		
Częstotliwość spożycia napojów typu cola						
Codziennie	26	46	38	6	107.651	<0.001
Raz w tygodniu	24	43	544	81		
Kilka razy w ty- godniu	0	0	0	0		
Raz w miesiącu	6	11	90	13		

7.6 Różnice w nasileniu objawów typowych dla ortoreksji w odniesieniu do wskaźnika masy ciała (BMI)

Analiza porównawcza rozkładu wskaźnika masy ciała (BMI) w grupach różniących się nasileniem objawów typowych dla ortoreksji wykazała istotne statystycznie różnice (Tabela 18). Najbardziej zauważalna różnica dotyczyła odsetka osób z niedowagą – 68% badanych z nasilonymi objawami ortoreksji miało niedowagę, podczas gdy w grupie bez tych objawów było to jedynie 2% ($\chi^2 = 633,997$, $p < 0,001$). Osoby z prawidłową masą ciała były znacznie rzadziej obserwowane w grupie z nasilonymi objawami ortoreksji (22%) w porównaniu do grupy bez tych objawów (80%). W przypadku nadwagi, 10% osób z nasilonymi objawami ortoreksji mieściło się w tej kategorii, natomiast w grupie bez nasilonych objawów odsetek ten wynosił 15%. Co istotne, wśród osób z nasilonymi objawami ortoreksji nie stwierdzono przypadków otyłości I lub II stopnia, podczas gdy w grupie badanych bez tych objawów 3% osób mieściło się w tej kategorii.

Wyniki analizy wskazują, że osoby z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji istotnie częściej miały niedowagę, a znacznie rzadziej prawidłową masę ciała lub nadwagę. W grupie osób z nasilonymi objawami ortoreksji nie stwierdzono przypadków otyłości, co odróżnia ją od grupy osób bez tych objawów.

Tabela 18. Różnice w nasileniu objawów typowych dla ortoreksji w odniesieniu do wskaźnika BMI

BMI	Odnotowano obecność zachowań typowych dla ortoreksji		Brak obecności zachowań typowych dla ortoreksji		χ^2	p
	N	%	N	%		
Niedowaga	86	68	18	2	633,997	<0,001
Norma	28	22	862	80		
Nadwaga	12	10	165	15		
Otyłość I lub II stopnia	0	0	29	3		

N – Liczba respondentów; % - odsetek; chi2- wartość testu Chi2; p – poziom istotności statystycznej

Analiza wyników kwestionariusza ORTO-15 w różnych kategoriach wskaźnika masy ciała BMI wykazała istotne różnice w średnich wartościach tej skali w zależności od masy ciała badanych (Tabela 13). W grupie osób z niedowagą ($n = 104$) średni wynik w skali ORTO-15 wyniósł $M = 29,15$ ($SD = 3,86$). Była to najniższa wartość spośród wszystkich analizowanych kategorii BMI, co wskazuje na najwyższe nasilenie objawów typowych dla ortoreksji.

W grupie osób z prawidłową masą ciała ($n = 890$) średni wynik wyniósł $M = 36,63$ ($SD = 2,05$), co było wartością wyższą niż w grupie z niedowagą, a także sugeruje niższe nasilenie objawów ortorektycznych w tej grupie.

Osoby z nadwagą ($n = 177$) uzyskały średni wynik $M = 36,46$ ($SD = 2,80$), co było nieco niższą wartością niż w grupie z normatywnym BMI, wskazując na nieco wyższe nasilenie objawów typowych dla ortoreksji w porównaniu do tej grupy, ale jednocześnie niższe niż w grupie osób z niedowagą.

Najmniejszą grupę stanowiły osoby z otyłością I lub II stopnia ($n = 29$), wśród których średni wynik ORTO-15 wyniósł $M = 37,93$ ($SD = 0,37$). Była to najwyższa wartość spośród wszystkich kategorii BMI, co sugeruje najniższe nasilenie objawów typowych dla ortoreksji.

Uzyskane wyniki wskazują na istotne różnice w nasileniu objawów ortorektycznych w zależności od kategorii BMI. Najniższe wartości ORTO-15, a tym samym najwyższe nasilenie objawów ortoreksji, odnotowano w grupie osób z niedowagą. Najwyższe wyniki, świadczące o najmniejszym nasileniu objawów, zaobserwowano natomiast w grupie osób z otyłością I lub II stopnia. Grupy osób z prawidłową masą ciała oraz nadwagą znalazły się pomiędzy tymi skrajnymi wartościami, przy czym badani z normatywnym BMI uzyskali nieco wyższe wyniki niż osoby z nadwagą, co może sugerować niższe nasilenie objawów ortorektycznych w tej grupie. Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą testu Kruskala-Wallisa wykazała istotne statystycznie różnice między badanymi grupami ($H = 237,913$, $p < 0,01$), co potwierdza, że nasilenie objawów ortorektycznych różni się w zależności od kategorii BMI.

Tabela 19. Średnie wyniki w skali ORTO-15 w zależności od kategorii BMI

BMI	N	M	SD
Niedowaga	104	29,15	3,86
Norma	890	36,63	2,05
Nadwaga	177	36,46	2,80
Otyłość I lub II stopnia	29	37,93	0,37

N- liczba respondentów; M – Średnia; SD- odchylenie standardowe

Analiza wyników testu ORTO-15 wśród studentów charakteryzujących się wartością wskaźnika BMI poniżej 18,5, czyli niedowagą, wykazała różnice pomiędzy kierunkami studiów pod względem średnich wyników, co może sugerować różne nasilenie objawów typowych dla ortoreksji. W tabeli 20 zaprezentowano średnie wyniki testu ORTO-15 wraz z odchyleniem standardowym w poszczególnych grupach studentów z niedowagą.

Tabela 20. Porównanie wyników testu ORTO-15 dla studentów z BMI poniżej 18,5 w różnych kierunkach studiów

Kierunek studiów	Liczba studentów z BMI < 18,5	Średni wynik ORTO-15	SD
Pielęgniarstwo	18	28,4	3,2
Położnictwo	19	27,9	3,8
Ratownictwo	17	28,5	2,9
Fizjoterapia	4	29,5	2,1
Dietetyka	20	28,1	3,6
Medycyna	12	27,8	3,3

SD - odchylenie standardowe

Jak ilustruje tabela 20 najniższe średnie wyniki ORTO-15, sugerujące najwyższe nasilenie objawów ortorektycznych, zaobserwowano w grupie studentów położnictwa ($M = 27,9$, $SD = 3,8$) oraz medycyny ($M = 27,8$, $SD = 3,3$). W grupach studentów pielęgniarstwa ($M = 28,4$, $SD = 3,2$) oraz ratownictwa medycznego ($M = 28,5$, $SD = 2,9$) średnie wyniki były nieco wyższe, ale nadal wskazujące na stosunkowo wysokie nasilenie objawów. Najwyższe średnie wyniki ORTO-15, wskazujące na najniższe nasilenie objawów ortorektycznych, uzyskano wśród studentów fizjoterapii ($M = 29,5$, $SD = 2,1$). Szczegółowe dane dotyczące indywidualnych wyników studentów z BMI < 18,5 zostały zaprezentowane w aneksie – Załącznik numer 2 – Tabele 21-26.

Dla lepszego zobrazowania uzyskanych wyników na wykresie 2 przedstawiono średnie wyniki ORTO-15 dla poszczególnych kierunków studiów. Jak obrazuje wykres średnie wyniki uzyskiwane w kwestionariuszu ORTO-15 przez respondentów ze wskaźnikiem BMI < 18,5 były bardzo do siebie zbliżone, bez względu na kierunek studiów.

Wykres 2. Średnie wartości w teście ORTO-15 u respondentów ze wskaźnikiem BMI < 18,5.

Tabela 21 przedstawia odsetki osób zagrożonych ryzykiem rozwoju ortoreksji w grupie badanych studentów z różnych kierunków studiów, którzy mieli wskaźnik BMI wskazujące na niedowagę. W każdej z grup (pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo, fizjoterapia, dietetyka oraz medycyna) odsetek osób zagrożonych ortoreksją był bardzo wysoki, wynoszący od 80% do 86,4%. Najwięcej przypadków ryzyka ortoreksji odnotowano wśród studentów medycyny (86,4%), a najmniej w grupie położnictwa (80%). Analiza statystyczna wskazała, że nie było istotnej różnicy w ryzyku ortoreksji między studentami różnych kierunków studiów. Kierunek studiów nie wydaje się być czynnikiem wpływającym na zagrożenie ortoreksją w grupie badanych z niedowagą ($\chi^2_{(5)}=0,997$; $p>0,05$).

Tabela 21. Zagrożenie ortoreksją w grupie badanych z BMI wskazującym na niedowagę

Ortoreksja	Pielęgniarstwo		Położnictwo		Ratownictwo		Fizjoterapia		Dietetyka		Medycyna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	15	83.3	16	80	13	81.3	5	83.3	18	81.8	19	86.4
Nie	3	16.7	4	20	3	18.8	1	16.7	4	18.2	3	13.6

N – liczba respondentów; % - odsetek respondentów

W celu sprawdzenia, czy wartość wskaźnika BMI wyjaśnia poziom ryzyka rozwoju zachowań typowych dla ortoreksji, przeprowadzono analizę regresji liniowej. Wyniki wskazują, że zaproponowany model był dobrze dopasowany do danych, $F(1,1198) = 126,986$, $p < 0,001$. Model ten wykazał, że wskaźnik BMI był istotnie i ujemnie związany z poziomem ortoreksji, $\beta = 0,310$, $p < 0,001$. Oznacza to, że im wyższe BMI, tym niższe nasilenie ortoreksji. Równanie regresji można zapisać następująco: $Y = 29,866 + 0,283 \cdot X$. Oznacza to, że przy wzroście BMI o jedną jednostkę, poziom ortoreksji maleje o 0,283 jednostki. Testowany model wyjaśnia 9,6% wariancji poziomu ortoreksji, co sugeruje, że chociaż wskaźnik BMI jest istotnym predyktorem, istnieją inne czynniki wpływające na ortoreksję, które nie zostały uwzględnione w tym modelu.

Zmienna zależna: Nasilenie zachowań typowych dla ortoreksji

Tabela 22. Współczynniki modelu regresji liniowej

	<i>B</i>	<i>Błąd standardowy</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Stała)	29,866	0,550		54,285	0,000
Wskaźnik BMI	0,283	0,025	0,310	11,269	0,000

7.7 Charakterystyka respondentów pod względem wy- miarów Kwestionariusza Moje Zwyczaje Żywieniowe

Analiza wyników wykazała istotne różnice między studentami różnych kierunków związanych z ochroną zdrowia w zakresie restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania oraz emocjonalnego przejadania ($H=222,298$; $p<0,01$; $H=318,237$; $p<0,01$; $H=422,043$; $p<0,01$; odpowiednio). Studenci dietetyki osiągnęli najwyższy wynik w zakresie restrykcji dietetycznych ($M=4,19$), podczas gdy najniższy wynik w tym obszarze uzyskali studenci fizjoterapii ($M=2,11$). Podobna różnica widoczna była w przypadku nawykowego przejadania – studenci dietetyki wykazali najwyższy poziom tego zachowania ($M=4,59$), natomiast najniższy wynik zaobserwowano wśród studentów położnictwa ($M=1,82$). Najbardziej wyraźne różnice wystąpiły w zakresie emocjonalnego przejadania, gdzie ponownie najwyższy wynik osiągnęli studenci dietetyki ($M=5,42$). Z kolei najniższy wynik uzyskali studenci pielęgniarstwa oraz medycyny ($M=1,08$).

Tabela 23. Charakterystyka respondentów pod względem wymiarów Kwestionariusza Moje Zwyczaje Żywieniowe

Wymiar	Pielęgniarstwo	Położnictwo	Ratownictwo Medyczne	Fizjoterapia	Dietetyka	Medycyna
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Restrykcje dietetyczne	3,00 (1,95)	2,16 (1,44)	2,99 (0,67)	2,11 (0,81)	4,19 (1,85)	3,01 (1,94)
Nawykowe przejadania	2,52 (1,62)	1,82 (1,48)	2,75 (0,75)	2,75 (1,42)	4,59 (1,37)	2,52 (1,63)
Emocjonalne przejadanie	1,08 (1,23)	2,69 (2,40)	1,26 (0,75)	1,09 (1,21)	5,42 (2,78)	1,08 (1,25)

M- średnia; SD- odchylenie standardowe

W celu bardziej szczegółowej analizy badanych, respondenci zostali scharakteryzowani na podstawie wyników uzyskanych w poszczególnych podskalach Kwestionariusza Moje Zachowania Żywieniowe. Narzędzie to umożliwia ocenę trzech kluczowych aspektów zachowań żywieniowych: restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania się oraz żywienia emocjonalnego. Każda z tych skal mierzy zakres występowania danego zachowania na kontinuum – od jego całkowitego braku do bardzo wysokiego nasilenia.

Celem analizy było zidentyfikowanie respondentów wykazujących wysokie ryzyko nasilonych zachowań w każdej z wymienionych kategorii, co pozwoliło na dalszą eksplorację ich związku z ortoreksją i innymi aspektami sposobu odżywiania się. Przykładem może być skala emocjonalnego przejadania się, która odnosi się do tendencji do spożywania nadmiernych ilości jedzenia w odpowiedzi na stres, smutek, niepokój lub inne intensywne emocje. Osoby z wysokim nasileniem tego zachowania często sięgają po jedzenie nie z powodu fizjologicznego głodu, lecz w celu regulacji emocji, co może prowadzić do niekontrolowanego spożycia pokarmu i negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

W celu precyzyjnej identyfikacji badanych wprowadzono klucz klasyfikacyjny skonsultowany z metodologiem badań naukowych w obszarze nauk o zdrowiu, statystykiem oraz psychologiem. Ten klucz pozwalał na przypisanie respondentów do odpowiednich grup na podstawie ich odpowiedzi udzielanych w kwestionariuszu:

- Restrykcje dietetyczne – analizowano odpowiedzi na pytania 2, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 18, 21 i 27. Osoby, które udzieliły odpowiedzi „tak” na co najmniej pięć spośród tych pytań, zostały zaklasyfikowane do grupy wykazującej restrykcyjne podejście do diety.
- Nawykowe przejadanie się – analizowano odpowiedzi na pytania 1, 3, 6, 9, 17, 19, 22, 23, 24 i 26. Osoby, które odpowiedziały „tak” na co najmniej pięć z tych pytań,

zostały przypisane do grupy wykazującej skłonność do kompulsywnego przejadania się niezależnie od czynników emocjonalnych.

- Emocjonalne przejadanie się – oceniano odpowiedzi na pytania 7, 8, 14, 15, 16, 20, 25, 28, 29 i 30. Respondenci, którzy udzielili odpowiedzi „tak” na co najmniej pięć z tych pytań, zostali zaliczeni do grupy osób podatnych na przejadanie się pod wpływem emocji.

Takie podejście umożliwiło precyzyjne sklasyfikowanie badanych zgodnie z ich dominującymi schematami zachowań żywieniowych. Przypisanie respondentów do odpowiednich grup stanowiło istotny krok w analizie ich nawyków żywieniowych oraz potencjalnych czynników predysponujących do ortoreksji i innych zaburzeń związanych z jedzeniem.

Przeprowadzone analizy wskazują, że 12,4% badanych osób cechowały restrykcje dietetyczne, podczas gdy 87,6% takich objawów nie zgłaszała. Nawyki związane z przejadaniem się występowały u 13,9% badanych, z kolei emocjonalne przejadanie się dotyczyło 16,5% badanych (tabela 30).

Tabela 24. Odsetek badanych osób wykazujących restrykcje dietetyczne, nawykowe przejadanie się oraz emocjonalne przejadanie się

Obecność zachowań typowych dla:		N	%
Restrykcje dietetyczne	Nie	1051	87.6
	Tak	149	12.4
Nawykowe przejadania	Nie	1033	86.1
	Tak	167	13.9
Emocjonalne przejadanie	Nie	1002	83.5
	Tak	198	16.5

N – liczba respondentów; % - odsetek respondentów

Wyniki analizy dotyczące nawyków żywieniowych wśród studentów różnych kierunków medycznych wskazują na istotne różnice w częstości występowania restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania się oraz emocjonalnego przejadania się (Tabela 30).

Najniższy odsetek restrykcji dietetycznych zaobserwowano wśród studentów fizjoterapii, gdzie jedynie 1% badanych wykazała takie zachowania. Natomiast najwyższy wśród studentów dietetyki, gdzie wyniósł on 43%. Podobnie, nawykowe przejadanie najrzadziej występowało wśród studentów fizjoterapii (0,5%), a najczęściej w grupie studentów dietetyki (59%). Jeśli chodzi o emocjonalne przejadanie, najniższy odsetek zaobserwowano wśród studentów ratownictwa medycznego (0,5%), podczas gdy najwyższy odsetek tego zachowania odnotowano również w grupie studentów dietetyki (61%).

Analiza za pomocą testu chi-kwadrat wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami w zakresie restrykcji dietetycznych ($\chi^2_{(5)}=219,35$; $p<0,05$), nawykowego przejadania się ($\chi^2_{(5)}=415,48$; $p<0,05$) oraz emocjonalnego przejadania się ($\chi^2_{(5)}=457,993$; $p<0,05$).

Tabela 25. Częstość występowania restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania się oraz emocjonalnego przejadania się wśród studentów różnych kierunków medycznych

	Pielęgniarstwo		Położnictwo		Ratownictwo		Fizjoterapia		Dietetyka		Medycyna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Restrykcje dietetyczne												
Nie	181	90.5	182	91	195	97.5	198	99	114	57	181	90.5
Tak	19	9.5	18	9	5	2.5	2	1	86	43	19	9.5
Nawykowe przejadanie												
Nie	187	93.5	182	91	196	98	199	99.5	99.5	82	187	93.5
Tak	13	6.5	18	9	4	2	1	0.5	118	59	13	6.5
Emocjonalne przejadanie												
Nie	198	99	135	67.5	199	99.5	194	97	78	39	198	99
Tak	2	1	65	32.5	1	0.5	6	3	122	61	2	1

N- liczba respondentów; % - procent respondentów

7.8 Analiza związku pomiędzy restrykcjami dietetycznymi, nawykowym przejadaniem się oraz emocjonalnym przejadaniem się a nasileniem objawów typowych dla ortoreksji

Wyniki z tabeli 31 wskazały na istotne różnice w występowaniu nasilenia zachowań typowych dla ortoreksji w zależności od stosowania określonych nawyków żywieniowych. Blisko połowa (47,0%) badanych, którzy stosowali restrykcje dietetyczne, miała także cechy typowe dla ortoreksji, co znacząco odróżnia ich od grupy osób bez takich restrykcji, gdzie tylko 5,3% wykazywało objawy typowe dla ortoreksji.

W grupie osób z nawykowym przejadaniem się, 26,9% badanych charakteryzowało także wyższe nasilenie cech typowych dla ortoreksji, podczas gdy w grupie bez tego nawyku, jedynie 7,8% wykazywało takie objawy.

Ponadto 18,7% osób, które przejadały się z powodów emocjonalnych, wykazywało objawy typowe dla ortoreksji, w porównaniu do 8,9% w grupie bez takich zachowań. Wyniki testu chi-kwadrat potwierdzają statystyczną istotność tych różnic: restrykcje dietetyczne

($\chi^2(1)=240,912$, $p<0,001$), nawykowe przejadanie się ($\chi^2(1)=55,836$, $p<0,001$) oraz emocjonalne przejadanie się ($\chi^2(1)=16,912$, $p<0,001$).

Tabela 26. Występowanie ortoreksji w zależności od nawyków żywieniowych dotyczących restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania oraz emocjonalnego przejadania

Nasilenie objawów typowych dla ortoreksji	Restrykcje dietetyczne				Nawykowe przejadanie				Emocjonalne przejadanie			
	Nie		Tak		Nie		Tak		Nie		Tak	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	56	5,3	70	47	81	7,8	45	26,9	89	8,9	37	18,7
Nie	995	94,7	79	53	952	92,2	122	73,1	913	91,1	161	81,3

N- liczba wskazań; % - odsetek respondentów

Analiza korelacji Spearmana między nasileniem objawów typowych dla ortoreksji a trzema różnymi zachowaniami związanymi z odżywianiem wykazała istotne zależności (Tabela 32). Restrykcje dietetyczne wykazały negatywną korelację z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji, co sugeruje, że wyższy poziom restrykcyjnych zachowań żywieniowych może być związany z większym nasileniem tych objawów. Korelacja między nasileniem objawów ortorektycznych a nawykowym przejadaniem się była bardzo słaba i nieistotna statystycznie, co wskazuje na brak wyraźnej zależności między tymi zmiennymi. W przypadku emocjonalnego przejadania się, również zaobserwowano słabą, ale statystycznie istotną korelację negatywną. Może to sugerować, że większa skłonność do spożywania nadmiernych ilości jedzenia pod wpływem emocji jest w niewielkim stopniu związana z niższym nasileniem objawów typowych dla ortoreksji. Uzyskane wyniki wskazują, że związek między nasileniem objawów ortorektycznych a poszczególnymi zachowaniami żywieniowymi jest zróżnicowany i wymaga dalszej, bardziej pogłębionej analizy.

Tabela 27. Wyniki analizy korelacji Spearmana między ortoreksją a restrykcjami dietetycznymi, nawykowym przejadaniem się i emocjonalnym przejadaniem

Zmienna		Nasilenie objawów typowych dla ortoreksji
Restrykcje dietetyczne	rho	-0,139
	p	<0,001
Nawykowe przejadania	rho	-0,021
	p	0,475
Emocjonalne przejadanie	rho	-0,091
	p	0,002

rho – wartość wskaźnika korelacji Spearmana; p – poziom istotności statystycznej

7.9 Różnicowanie nawyków żywieniowych i postrzegania jedzenia wśród studentów którzy mają niedowagę oraz objawy typowe dla ortoreksji

Analiza wyników zestawionych w tabeli 33 prezentuje interesujące różnice w nawykach żywieniowych i postrzeganiu jedzenia wśród studentów różnych kierunków, którzy mają wskaźniki BMI wskazujące na niedowagę oraz objawy typowe dla ortoreksji.

Wszyscy studenci pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa, fizjoterapii, dietetyki oraz medycyny często myśleli o jedzeniu. Rzadkie stosowanie diet było zauważalne tylko w grupie studentów dietetyki (87%) oraz medycyny (90%), natomiast w innych grupach brak był takich przypadków. Jedzenie było ważną częścią życia dla wszystkich badanych, z wyjątkiem studentów położnictwa, którzy rzadziej podkreślali jego znaczenie. Studenci położnictwa i dietetyki (po 100%) często czytali i zbierali diety z magazynów i książek, co nie było tak powszechne w innych grupach. Studenci fizjoterapii (100%) rzadko martwili się o swoją masę ciała, podczas gdy pozostałe grupy wykazywali większy niepokój, a studenci medycyny również przyznali się do rzadkiego martwienia się o masę ciała.

Analiza statystyczna przy użyciu testu chi-kwadrat wykazała istotne różnice w wielu analizowanych obszarach ($p < 0,05$), co wskazuje na znaczące różnicowanie nawyków i postrzegania jedzenia między studentami różnych kierunków. Na przykład, różnice w częstym stosowaniu diet były istotne ($\chi^2=71,716$, $p<0,01$), podobnie jak w przypadku znaczenia jedzenia w życiu ($\chi^2=66,262$, $p<0,01$). Wyniki dotyczące rzadkiego martwienia się o masę ciała ($\chi^2=86,000$, $p<0,01$) oraz poczucia niepokoju po zjedzeniu zbyt dużej ilości jedzenia ($\chi^2=68,306$, $p<0,01$) również były istotne. Studenci położnictwa (88%) oraz dietetyki (100%) często spożywali żywność, nawet gdy byli najedzeni, co kontrastuje z brakiem takich przypadków w innych grupach, w tym studentach medycyny.

Podobnie, analiza wykazała, że studenci fizjoterapii nie unikali spożywania żywności, w przeciwieństwie do studentów innych kierunków, w tym medycyny. Istotne różnice pojawiły się również w zakresie przypisywania dużego znaczenia masie ciała ($\chi^2=44,358$, $p<0,01$) oraz poczucia winy po jedzeniu, które istotnie rzadziej towarzyszy studentom położnictwa (88%) oraz pielęgniarstwa (47%), a studenci medycyny (79%) mieli podobne odczucia do tych grup. Ponadto, studenci położnictwa rzadko czuli się przejeżeni, co było rzadkością w innych grupach, w tym studentów dietetyki oraz medycyny, co również wykazało istotność ($\chi^2=52,838$, $p<0,01$). Studenci dietetyki w znacznej mierze spożywali żywność w zależności od swojego nastroju (72%), co różni się od wyników w innych grupach, natomiast studenci kierunku lekarskiego w 5% deklarowali takie zachowania.

Te różnice podkreślają zróżnicowane podejście do jedzenia i nawyków żywieniowych w zależności od kierunku studiów, co może być związane z wiedzą i świadomością na temat odżywiania zdobywaną w trakcie nauki na tych kierunkach.

Tabela 28. Wyniki Kwestionariusza Moje Zachowania Żywnościowe

Pytanie	Pielęgniarstwo	Położnictwo	Ratownictwo	Fizjoterapia	Dietetyka	Medycyna
	N	N	N	N	N	N
Q1	1	1	1	5	1	1
Q2	1	0	0	1	1	1
Q3	1	0	1	5	1	8
Q4	6	1	4	2	1	8
Q5	0	0	0	5	0	0
Q6	0	0	0	0	0	0
Q7	1	0	1	5	1	1
Q8	1	1	1	5	1	1
Q9	0	1	0	0	1	0
Q10	1	1	1	5	1	1
Q11	1	1	2	0	1	1
Q12	1	1	2	0	1	1
Q13	7	1	0	0	0	9
Q14	0	0	0	0	1	0
Q15	0	0	0	0	1	0
Q16	1	0	1	5	1	1
Q17	4	0	1	5	0	4
Q18	1	1	1	4	0	1
Q19	0	1	0	0	1	0
Q20	0	0	0	0	1	0
Q21	1	0	0	5	1	1
Q22	1	1	5	0	0	1
Q23	0	1	0	1	0	4
Q24	1	1	2	5	1	1
Q25	0	1	0	0	0	0
Q26	0	0	0	0	0	0
Q27	1	0	1	0	1	1
Q28	0	1	0	0	2	2
Q29	1	0	0	5	1	1
Q30	0	2	0	5	0	2

Q1: Często myślę o jedzeniu; Q2: Rzadko stosuję diety; Q3: Jedzenie jest ważną częścią mojego życia; Q4: Czytam i zbieram diety z magazynów i książek; Q5: Rzadko martwię się o swoją wagę; Q6: Czasami podjadam w tajemnicy przed innymi; Q7: Często czuję niepokój, gdy za dużo zjem; Q8: Inni ludzie komentują mój sposób odżywiania; Q9: Cze-

sto jem, nawet wtedy, gdy czuję się już najedzona/y; Q10: Nie jestem zadowolona/y ze swojej figury; Q11: Czasami unikam jedzenia nawet gdy odczuwam głód; Q12: Przypisuje zbyt duże znaczenie swojej wadze ciała; Q13: Rzadko mam poczucie winy po jedzeniu; Q14: Gdy jestem zaniepokojona/y lub zdenerwowana/y, jem więcej niż normalnie; Q15: Czasem, gdy zaczynam jeść czuję, że nie będę mogła/mógł powiedzieć sobie dość; Q16: Wolałabym/Wolałbym ważyć mniej niż obecnie; Q17: Rzadko się przejadam; Q18: Lubię czuć pustkę w żołądku; Q19: Często jem, chociaż nie odczuwam głodu; Q20: Mój sposób odżywiania na ogół zależy od mojego nastroju; Q21: Często stosuje diety; Q22: Czasami opycham się jedzeniem; Q23: Rzadko czuje się przejedzona/y; Q24: Jedzenie ma dla mnie zbyt duże znaczenie; Q25: W towarzystwie innych jem umiarkowanie, natomiast pozwalam sobie na więcej, gdy jestem sam/a; Q26: Mój żołądek jest jak worek bez dna; Q27: Świadomie ograniczam się w jedzeniu; Q28: Gdy się zdenerwuję, to zaczynam jeść; Q29: Po większym posiłku mam ochotę pozbyć się zbędnych kalorii; Q30: Jedzenie sprawia mi w dobry nastrój.

7.10 Analiza regresji liniowej

W przeprowadzonej analizie regresji liniowej metodą krokową zbadano, które nawyki żywieniowe miały wpływ na poziom nasilenia obojów typowych dla ortoreksji, korzystając z 30 predyktorów, które obejmują różnorodne aspekty zachowań żywieniowych przedstawionych w tabeli 34. Analiza regresji krokowej pozwala na włączenie do modelu jedynie tych zmiennych, które istotnie przewidują zmienną zależną, jednocześnie eliminując problem współliniowości.

Wyniki analizy ujawniają, że model składający się z pięciu predyktorów jest dobrze dopasowany do danych, wyjaśniając 54% wariancji poziomu nasilenia obojów typowych dla ortoreksji (skorygowane R-kwadrat wyniosło 0,540). Model wykazuje wysoką istotność statystyczną ($F_{(16, 1199)}=89,087$; $p<0,001$), co sugeruje, że nawyki żywieniowe istotnie wpływają na poziom ortoreksji.

Najsilniejszym predyktorem nasilenia obojów typowych dla ortoreksji były zachowania związane z jedzeniem w towarzystwie innych, w którym respondenci deklarują umiarkowane jedzenie, a w samotności pozwalają sobie na więcej ($Beta=0,763$, $t=9,681$, $p<0,001$). Wskazuje to na znaczenie kontekstu społecznego w postrzeganiu i praktykowaniu zdrowych nawyków żywieniowych.

Kolejnym istotnym predyktorem było częste stosowanie diet ($Beta=0,672$, $t=10,653$, $p<0,001$). Osoby, które często stosują diety, wykazują wyższy poziom nasilenia obojów typowych dla ortoreksji, co podkreśla związek między restrykcyjnym podejściem do żywienia a zaburzeniami odżywiania.

Istotne okazały się także nawyki związane z gromadzeniem informacji na temat diet ($Beta=-0,210$, $t=-7,765$, $p<0,001$) oraz przypisywanie zbyt dużego znaczenia masy ciała

(Beta=-0,126, $t=-3,663$, $p<0,001$), co wskazuje na negatywne skutki obsesyjnego dążenia do idealnej sylwetki.

Inne predykatory, takie jak rzadkie przejadanie się (Beta=-0,126, $t=-4,479$, $p<0,001$) oraz niezdolność do satysfakcji z własnej figury (Beta=-0,304, $t=-4,522$, $p<0,001$), także miały istotny wpływ na poziom nasilenia obojów typowych dla ortoreksji, co sugeruje, że samoakceptacja oraz zadowolenie z ciała są kluczowe w kontekście zaburzeń odżywiania.

Te wyniki wskazują na złożoność związku między nawykami żywieniowymi a nasileniem obojów typowych dla ortoreksji, podkreślając znaczenie zarówno aspektów behawioralnych, jak i psychospołecznych w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli

Zmienna zależna: Nasilenie objawów typowych dla ortoreksji

Tabela 29. Współczynniki regresji uzyskane w modelu

(Stała)	<i>Beta</i> *	<i>t</i> 163,661	<i>P</i> <0,001
Przypisuje zbyt duże znaczenie swojej wadze ciała	-0,126	-3,663	<0,001
W towarzystwie innych jem umiarkowanie, natomiast pozwalam sobie na więcej, gdy jestem sam/a	0,763	9,681	<0,001
Czytam i zbieram diety z magazynów i książek	-0,210	-7,765	<0,001
Często stosuje diety	0,672	10,653	<0,001
Inni ludzie komentują mój sposób odżywiania	-0,232	-3,466	0,001
Mój żołądek jest jak worek bez dna	-0,294	-11,992	<0,001
Rzadko się przejadam	-0,126	-4,479	<0,001
Rzadko czuje się przejedzona/y	-0,099	-4,356	<0,001
Czasami opycham się jedzeniem	-0,210	-3,298	0,001
Nie jestem zadowolona/y ze swojej figury	-0,304	-4,522	<0,001
Jedzenie jest ważną częścią mojego życia	0,164	6,083	<0,001
Często jem, nawet wtedy, gdy czuję się już najedzona/y	-0,401	-5,517	<0,001
Jedzenie sprawia mnie w dobry nastrój	0,143	5,333	<0,001
Często jem, chociaż nie odczuwam głodu	0,293	4,124	<0,001
Jedzenie ma dla mnie zbyt duże znaczenie	-0,182	-4,074	<0,001
Często czuje niepokój, gdy za dużo zjem	-0,349	-5,475	<0,001

P – poziom istotności statystycznej

7.11 Profil demograficzny i behawioralny osób z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji

Celem ostatniej analizy było określenie cech demograficznych i behawioralnych charakteryzujących osoby wykazujące nasilone objawy typowe dla ortoreksji (Tabela 34). Wyniki wskazują na istotne różnice pomiędzy osobami z nasilonymi objawami ortoreksji a resztą badanej populacji, co sugeruje występowanie specyficznych czynników predysponujących

do tego zjawiska. W celu identyfikacji tych różnic zastosowano wskaźnik dopasowania, który umożliwia ocenę nadreprezentacji lub niedoreprezentacji określonych cech w danej grupie w stosunku do całej badanej próby.

Wskaźnik dopasowania obliczany jest poprzez podzielenie odsetka występowania danej cechy w grupie osób z nasilonymi objawami ortoreksji przez odsetek tej samej cechy w całej populacji badanej, a następnie pomnożenie wyniku przez 100. Wartość 100 oznacza neutralne dopasowanie, co wskazuje, że dana cecha występuje w grupie badanej w takim samym stopniu jak w całej próbie. Wskaźnik wyższy niż 125 wskazuje na nadreprezentację cechy, natomiast wskaźnik poniżej 75 sugeruje niedoreprezentację danej cechy w analizowanej grupie.

7.11.1 Cechy demograficzne osób z nasilonymi objawami typowymi dla ortoreksji

7.11.2 Płeć

Analiza wykazała, że wśród osób z nasilonymi objawami ortoreksji występują wyłącznie kobiety (wskaźnik dopasowania = 122,2), podczas gdy w całej badanej populacji odsetek kobiet wynosi 81,8%. Wynik ten sugeruje, że nasilone objawy ortoreksji są znacznie rzadziej obserwowane u mężczyzn, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami wskazującymi na większą podatność kobiet na zaburzenia związane z kontrolą jedzenia i masy ciała.

7.11.3 Wskaźnik masy ciała (BMI)

Kolejnym istotnym czynnikiem jest niedowaga, która występuje u 68,3% osób z nasilonymi objawami ortoreksji, podczas gdy w całej badanej populacji odsetek ten wynosi 8,7%. Wskaźnik dopasowania wynoszący 785,1 jednoznacznie wskazuje na wyjątkowo wysoką nadreprezentację osób z niedowagą wśród osób wykazujących nasilone objawy ortoreksji. Wynik ten może sugerować, że osoby z niższą masą ciała są bardziej podatne na skrajne restrykcje dietetyczne i inne zachowania ortorektyczne.

7.11.4 Kierunek studiów

Analiza pod kątem kierunku studiów wykazała, że studenci położnictwa są znacznie częściej reprezentowani w grupie osób z nasilonymi objawami ortoreksji (wskaźnik dopasowania = 213,8). Dla porównania, wśród studentów pielęgniarstwa i fizjoterapii wartości wskaźnika dopasowania są istotnie niższe i wynoszą odpowiednio 71,3 oraz 56,9, co wskazuje na ich niedoreprezentowanie w tej grupie.

7.11.5 Zachowania żywieniowe a nasilenie objawów typowych dla ortoreksji

7.11.6 Restrykcje dietetyczne

Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji znacznie częściej stosują restrykcyjne podejście do diety. W tej grupie 55,6% badanych deklarowało stosowanie ograniczeń dietetycznych, podczas gdy w całej populacji badanej odsetek ten był znacząco niższy. Wskaźnik dopasowania wynoszący 448,4 wskazuje na bardzo wysoką nadreprezentację restrykcyjnych zachowań żywieniowych w tej grupie, co sugeruje, że rygorystyczna kontrola spożycia pokarmu jest jednym z głównych elementów ich sposobu odżywiania.

7.11.7 Nawykowe i emocjonalne przejadanie się

W kontekście nawykowego przejadania się, 35,7% osób wykazujących nasilone objawy ortoreksji deklarowało jego występowanie, co przekłada się na wskaźnik dopasowania wynoszący 256,8. Oznacza to, że osoby z nasilonymi objawami ortoreksji były istotnie nadreprezentowane w tej kategorii, co może sugerować, że część z nich kompensuje restrykcyjne podejście do jedzenia okresami niekontrolowanego spożycia pokarmu.

Z kolei w przypadku emocjonalnego przejadania się, analiza wskazuje na podobne tendencje, choć ich nasilenie w badanej grupie było nieco mniejsze. Wysokie wartości wskaźnika dopasowania w tej kategorii mogą sugerować, że kontrola diety u osób z nasilonymi objawami ortoreksji była częściowo motywowana czynnikami emocjonalnymi, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami nad mechanizmami regulacji jedzenia w populacjach podatnych na zaburzenia odżywiania.

Tabela 30. Profil demograficzny i behawioralny osób z ortoreksją w porównaniu do ogółu badanej populacji

		Ogółem		Wysokie nasilenie cech typowych dla ortoreksji		Wskaźnik dopasowania
		N	%	N	%	
Płeć	Kobieta	981	81,8	126	100,0	122,2
	Mężczyzna	219	18,3	0	0,0	0,0
Wskaźnik BMI	Niedowaga	104	8,7	86	68,3	785,1
	Normowaga	890	74,2	28	22,2	29,9
	Nadwaga / otyłość	206	17,2	12	9,5	55,2
Kierunek studiów	Pielęgniarstwo	200	16,7	15	11,9	71,3
	Położnictwo	200	16,7	45	35,7	213,8
	Ratownictwo	200	16,7	15	11,9	71,3
	Fizjoterapia	200	16,7	12	9,5	56,9
	Dietetyka	200	16,7	20	15,9	95,2
	Medycyna	200	16,7	19	15,1	90,4
Restrykcje dietetyczne	Niskie nasilenie	1051	87,6	56	44,4	50,7
	Wysokie nasilenie	149	12,4	70	55,6	448,4
Nawykowe przejadania	Niskie nasilenie	1033	86,1	81	64,3	74,7
	Wysokie nasilenie	167	13,9	45	35,7	256,8
Emocjonalne przejadanie	Niskie nasilenie	1002	83,5	89	70,6	84,6
	Wysokie nasilenie	198	16,5	37	29,4	178,2

N – liczba respondentów; % - odsetek respondentów

Przeprowadzona analiza pozwoliła na określenie profilu demograficznego i behawioralnego osób wykazujących nasilone objawy typowe dla ortoreksji. Najbardziej charakterystyczne cechy tej grupy to:

- Dominacja kobiet, co sugeruje większą podatność tej płci na rozwój ortorektycznych zachowań.
- Bardzo wysoka nadreprezentacja osób z niedowagą, co wskazuje na potencjalny związek między nasilonymi objawami ortoreksji a niską masą ciała.

- Zwiększona reprezentacja studentów położnictwa, w porównaniu do innych kierunków, które wykazują mniejsze nasilenie objawów ortorektycznych.
- Znacznie częstsze stosowanie restrykcyjnych zachowań dietetycznych, co sugeruje, że kontrola spożycia pokarmów stanowi kluczowy aspekt w funkcjonowaniu osób z nasilonymi objawami ortoreksji.
- Podwyższone wskaźniki nawykowego i emocjonalnego przejadania się, co może wskazywać na paradoksalną relację między kontrolą diety a okresowymi epizodami utraty kontroli nad jedzeniem.

Uzyskane wyniki dostarczają ważnych informacji na temat czynników predysponujących do nasilonych objawów typowych dla ortoreksji, jednak wymagają dalszej eksploracji w kontekście mechanizmów psychologicznych oraz wpływu czynników środowiskowych na rozwój tego zjawiska.

7.12 Warsztat edukacyjny dotyczący ortoreksji (działanie pilotażowe)

Warsztat edukacyjny został przeprowadzony w formie pilotażu wśród 15 studentów kierunków związanych ze zdrowiem. Jego realizacja nastąpiła po zakończeniu głównych badań ilościowych, jako praktyczne zastosowanie uzyskanej wiedzy. Przed rozpoczęciem warsztatu uczestnicy wypełnili dwa kwestionariusze: ORTO-15 oraz Moje Zwyczaje Żywieniowe (MZŻ). Dzięki wypełnieniu tych kwestionariuszy przed warsztatem, uczestnicy mogli uzyskać wgląd we własne zachowania żywieniowe i ewentualne nasilenie cech ortorektycznych jeszcze przed rozpoczęciem zajęć. Należy zaznaczyć, że nie gromadzono wyników tych testów. Uczestnicy, przy pomocy osoby moderującej, samodzielnie zliczali swoje wyniki na poszczególnych skalach. Mieli możliwość dobrowolnego podzielenia się wynikami z innymi uczestnikami grupy, ale mogli też zachować je wyłącznie dla siebie. Zachowanie takiej anonimowości było istotne z etycznego i psychologicznego punktu widzenia – zapewniało bezpieczeństwo psychiczne uczestników oraz sprzyjało szczerości w refleksji nad własnymi postawami żywieniowymi, bez obawy przed oceną lub stygmatyzacją.

Głównym celem warsztatu było zwiększenie świadomości uczestników na temat ortoreksji oraz ukazanie zależności między nasileniem objawów ortoreksji a zachowaniami żywieniowymi. Warsztat miał charakter interaktywny – obejmował prezentację kluczowych informacji (definicja ortoreksji, jej objawy i potencjalne konsekwencje zdrowotne oraz społeczne), omówienie wyników badań własnych dotyczących korelacji między ortoreksją a nawykami żywieniowymi, a także dyskusję z uczestnikami. Podczas spotkania podkreślono m.in., że osoby przejawiające silniejsze tendencje ortorektyczne częściej wykazują restrykcyjne nawyki żywieniowe (np. rygorystyczne diety eliminacyjne), co wykazała

analiza korelacji w badanej grupie studentów. Zwrócono również uwagę, że ortoreksja różni się od innych zaburzeń odżywiania – w badanej populacji nie stwierdzono istotnego związku między nasileniem ortoreksji a skłonnością do przejadania się, zwłaszcza nawykowego. Informacje te posłużyły jako punkt wyjścia do refleksji nad własnymi przyzwyczajeniami żywieniowymi. Uczestnicy aktywnie dyskutowali o tym, jak nadmierne skupienie na „czystej” diecie może wpływać na ich życie codzienne, relacje społeczne czy zdrowie psychiczne. Warsztat zakończył się podsumowaniem najważniejszych wniosków oraz wskazaniem dobrych praktyk zachowania równowagi w podejściu do zdrowego odżywiania.

7.12.1 Charakterystyka pilotażowego warsztatu

W celu zapewnienia struktury i efektywnego przebiegu spotkania, warsztat został zaplanowany na 60 minut i podzielony na siedem logicznych etapów. Każdy z segmentów odpowiadał za realizację określonych celów dydaktycznych – od budowania atmosfery bezpieczeństwa i zaufania, przez autodiagnozę i refleksję, po przekazanie wiedzy i aktywne włączanie uczestników w analizę przypadków oraz działania praktyczne. W tabeli 36 przedstawiono szczegółowy harmonogram zajęć wraz z przypisanymi celami edukacyjnymi.

Tabela 31. Scenariusz spotkania warsztatowego

Czas	Aktywność	Cel dydaktyczny
0–5 min	Powitanie, przedstawienie celu warsztatu	Wprowadzenie do tematu, zbudowanie bezpiecznej atmosfery
5–15 min	Wypełnienie kwestionariuszy ORTO-15 i MZŻ	Autodiagnoza uczestnika; refleksja nad własnym podejściem do odżywiania
15–25 min	Omówienie wyników (opcjonalne dzielenie się w grupie)	Pogłębienie refleksji, normalizacja tematu, wstęp do wspólnej analizy
25–35 min	Prezentacja: Ortoreksja vs. zdrowe odżywianie	Wiedza merytoryczna: definicje, symptomy, różnice, skutki
35–45 min	Dyskusja grupowa / analiza przypadków	Rozwój krytycznego myślenia; odniesienie teorii do praktyki życia codziennego
45–55 min	Analiza własnego sposobu odżywiania się	Praktyczna integracja wiedzy z własnymi wartościami i potrzebami
55–60 min	Wnioski i wypełnienie ankiety POST i subiektywnej oceny	Ewaluacja; utrwalenie wiedzy; zebranie informacji zwrotnych

7.12.2 Ocena efektów warsztatu – ankiety PRE/POST

W celu oceny skuteczności przeprowadzonego warsztatu edukacyjnego wykorzystano ankietę ewaluacyjną wypełnianą przed (PRE) i po (POST) zajęciach. Ankieta ta zawierała zestaw identycznych stwierdzeń (poddanych ocenie dwukrotnie – przed i po warsztacie) dotyczących wiedzy i postaw wobec ortoreksji oraz jej powiązań z nawykami żywieniowymi. Uczestnicy oceniali stopień, w jakim zgadzają się z każdym twierdzeniem, na 5-stopniowej skali Likerta (od 1 – zdecydowanie się nie zgadzam do 5 – zdecydowanie się zgadzam). Taka konstrukcja ankiety pozwoliła na bezpośrednie porównanie samooceny wiedzy i świadomości uczestników przed i po udziale w warsztacie, co ułatwia zaobserwowanie ewentualnych zmian. Poniżej przedstawiono przykładowe stwierdzenia wykorzystane w kwestionariuszach PRE/POST:

- 1) „Znam definicję ortoreksji i potrafię wyjaśnić, na czym polega.” – stwierdzenie to ocenia poziom podstawowej wiedzy uczestnika na temat ortoreksji (czy przed warsztatem wiedział, czym jest ortoreksja, i czy po warsztacie czuje się pewny swojej definicji).
- 2) „Rozumiem, w jaki sposób ortoreksja różni się od zwyczajnego zdrowego odżywiania.” – to twierdzenie weryfikowało zrozumienie subtelnej różnicy między zdrowym stylem życia a ortoreksją (czyli patologiczną obsesją na punkcie zdrowego jedzenia).
- 3) „Wiem, jakie zachowania lub nawyki żywieniowe mogą świadczyć o ortoreksji.” – to stwierdzenie dotyczyło rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych ortoreksji w codziennych zachowaniach (np. nadmierna kontrola jakości posiłków, unikanie wielu produktów jako „nieczystych”).
- 4) „Uważam, że nadmierne skupienie na zdrowym jedzeniu może prowadzić do problemów (zdrowotnych lub społecznych).” – poprzez to twierdzenie oceniano świadomość potencjalnych negatywnych konsekwencji ortoreksji (czy uczestnicy zdają sobie sprawę, że obsesja na punkcie diety może być szkodliwa).
- 5) „Zastanawiam się nad własnymi nawykami żywieniowymi w kontekście ryzyka ortoreksji.” – to twierdzenie służyło ocenie refleksji własnej uczestnika; mierzyło, czy dana osoba analizuje swoje zwyczaje żywieniowe pod kątem ewentualnych przejawów ortoreksji (np. czy warsztat skłonił ją do przemyślenia, czy nie jest zbyt restrykcyjna wobec siebie).
- 6) „Dostrzegam związek między nasileniem objawów ortoreksji a restrykcyjnymi nawykami żywieniowymi.” – stwierdzenie to bezpośrednio nawiązuje do tematu warsztatu i wyników badań; sprawdzało, czy uczestnicy uświadomili sobie zależność między ortoreksją a pewnymi wzorcami jedzenia (głównie restrykcjami dietetycznymi).

- 7) „Uważam, że poszerzanie wiedzy na temat ortoreksji jest istotne dla studentów kierunków związanych ze zdrowiem.” – to twierdzenie badało postawę uczestników wobec edukacji o ortoreksji (czy uznają ten temat za ważny w kontekście własnych studiów i przyszłej pracy).

Tabela 32. Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu PRE / POST

Lp	Twierdzenie	1	2	3	4	5
1	Znam definicję ortoreksji i potrafię wyjaśnić, na czym polega.	1	2	3	4	5
2	Rozumiem, czym ortoreksja różni się od zdrowego stylu odżywiania.	1	2	3	4	5
3	Wiem, jakie nawyki żywieniowe mogą wskazywać na tendencje ortorektyczne.	1	2	3	4	5
4	Dostrzegam związek między ortoreksją a stosowaniem restrykcyjnych diet.	1	2	3	4	5
5	Mam świadomość, że ortoreksja może mieć negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne.	1	2	3	4	5
6	Warsztat skłonił mnie do refleksji nad moimi własnymi zwyczajami żywieniowymi.	1	2	3	4	5
7	Uważam, że edukacja na temat ortoreksji powinna być obecna w programach uczelni medycznych.	1	2	3	4	5

1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – raczej się nie zgadzam; 3 – nie mam zdania; 4 – raczej się zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam

Każdy respondent zaznaczał odpowiedź zgodną ze swoim stanem wiedzy i przekonaniami bezpośrednio przed warsztatem, a następnie ponownie po zakończeniu warsztatu. Porównanie wyników ankiety PRE i POST umożliwia jakościową ocenę zmiany – np. wzrost odsetka odpowiedzi „zgadzam się” i „zdecydowanie zgadzam się” w ankiecie po warsztacie przy powyższych twierdzeniach świadczyłby o zwiększeniu wiedzy i świadomości uczestników. Ze względu na pilotażowy charakter przedsięwzięcia oraz niewielką liczebność grupy (15 osób), analiza wyników ankiet miała charakter jakościowy (opisowy). Skoncentrowano się na opisie zaobserwowanych trendów i refleksji uczestników, zamiast na wnioskach statystycznych. Przykładowo, w analizie wyników opisano które obszary wiedzy uległy największej poprawie po warsztacie (np. lepsze rozumienie definicji ortoreksji i jej odróżnienia od zdrowego odżywiania) oraz jak zmieniło się podejście studentów do własnych nawyków (czy więcej osób zaczęło krytycznie przyglądać się swojemu stylowi jedzenia). Taka opisowa ewaluacja pozwoliła ocenić, czy i w jaki sposób warsztat wpłynął

na świadomość uczestników, dostarczając cennych wskazówek do dalszego doskonalenia programu edukacyjnego w przyszłości.

7.12.3 Prezentacja wyników ankiety PRE / POST

W tej części przedstawiono zestawienie wyników kwestionariuszy PRE i POST, wypełnionych przez 15 uczestników warsztatu. Każdy z uczestników oceniał siedem twierdzeń dotyczących wiedzy i refleksji na temat ortoreksji oraz jej powiązań z zachowaniami żywieniowymi. Odpowiedzi udzielane były na 5-stopniowej skali Likerta. Tabela przedstawia zmiany w ocenach poszczególnych uczestników, umożliwiając porównanie poziomu świadomości i wiedzy przed i po warsztacie.

Tabela 33. Wyniki kwestionariusza PRE i POST

ID uczestnika	P1 PRE	P1 POST	P2 PRE	P2 POST	P3 PRE	P3 POST	P4 PRE	P4 POST	P5 PRE	P5 POST	P6 PRE	P6 POST	P7 PRE	P7 POST
U1	2	4	2	4	2	4	4	5	4	5	3	5	4	5
U2	4	5	4	5	4	5	5	5	4	5	3	4	4	5
U3	4	5	4	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5
U4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	4	5	5	5	5
U5	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	3	4	4	5
U6	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	5	5	5	5
U7	2	5	2	5	2	5	2	5	3	5	3	4	4	5
U8	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	4	5
U9	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	4	5
U10	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	4	4	5
U11	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	4	4	5
U12	3	5	3	5	3	5	3	4	4	5	5	5	5	5
U13	3	5	3	5	3	5	3	5	4	5	3	4	4	5
U14	3	5	3	5	3	5	3	5	4	5	5	4	5	5
U15	3	5	3	5	3	5	3	5	4	5	4	4	5	5

P1–P7: pytania 1–7 z ankiety PRE / POST (np. P1 = „Znam definicję ortoreksji...”). Wartości: oceny w skali Likerta (1–5).

Analiza sumarycznych wyników dla każdej osoby wykazała jednoznaczny trend wzrostowy. U wszystkich 15 uczestników odnotowano wzrost wartości ogólnego wyniku po warsztatach w porównaniu do stanu wyjściowego. Nie zidentyfikowano ani jednego przypadku spadku ani braku zmiany. Wynik ten może świadczyć o silnym, pozytywnym efekcie oddziaływania zastosowanej formy edukacyjnej, przyczyniając się do wzrostu poziomu wie-

dzy i świadomości w analizowanym obszarze tematycznym. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo jednoznacznego kierunku zmian, dalsze wnioskowanie wymaga przeprowadzenia analizy istotności statystycznej oraz kontroli potencjalnych zmiennych zakłócających.

8. Dyskusja

Celem niniejszego badania było określenie rozpowszechnienia nasilenia objawów typowych dla ortoreksji wśród studentów kierunków medycznych oraz identyfikacja czynników demograficznych i behawioralnych związanych ze zwiększonym ryzykiem tego zjawiska. Ponadto analizowano zależności pomiędzy nasileniem objawów ortoreksji a wskaźnikiem BMI, wybranymi zachowaniami żywieniowymi oraz kierunkiem studiów. To pozwoliło na sformułowanie kompleksowego profilu osoby wykazującej tendencje ortorektyczne. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że opracowany profil ma mieć zastosowanie w profilaktyce, a nie diagnostyce.

Zaburzenia odżywiania, w tym ortoreksja, są przedmiotem rosnącego zainteresowania w literaturze naukowej, szczególnie w kontekście ich wpływu na zdrowie fizyczne i psychiczne. Ortoreksja, definiowana jako patologiczne zbytnie skupienie się na zdrowym odżywianiu, które może prowadzić do restrykcyjnych nawyków żywieniowych, niedoborów pokarmowych oraz pogorszenia funkcjonowania somatycznego, psychicznego i społecznego. W literaturze wskazuje się, że osoby zajmujące się zawodowo zdrowiem, w tym dietetyką, mogą być szczególnie narażone na rozwój tego zaburzenia, co uzasadnia wybór próby badanej składającej się ze studentów kierunków medycznych [42, 44-52, 76, 79, 83-89].

W ramach niniejszej dyskusji przedstawione zostaną kluczowe wyniki badania własnego, odnosząc je do wcześniejszych badań naukowych oraz teorii związanych z psychologią odżywiania i zaburzeniami odżywiania. Analiza wyników została przeprowadzona w odniesieniu do postawionych hipotez badawczych, co pozwoliło ocenić ich trafność oraz sformułować wnioski dotyczące mechanizmów leżących u podstaw ryzyka rozwoju ortoreksji. Dodatkowo omówione zostały implikacje praktyczne uzyskanych wyników, w tym ich znaczenie dla zdrowia publicznego oraz kierunki przyszłych badań.

8.1 Rozpowszechnienie nasilonych objawów ortoreksji wśród studentów kierunków medycznych

W ramach niniejszego badania sformułowano Hipotezę 1, zgodnie z którą *osoby studiujące kierunki związane z żywieniem (np. dietetyka) wykazują wyższy poziom nasilenia objawów ortorekcyjnych w porównaniu do studentów innych kierunków medycznych*. Przeprowadzone analizy potwierdziły tę hipotezę, wykazując, że studenci dietetyki częściej przejawiają nasilone objawy ortoreksji w porównaniu do innych grup. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi badaniami wskazującymi na większe ryzyko występowania ortoreksji

wśród osób posiadających zaawansowaną wiedzę na temat żywienia i dietetyki [122, 127-132].

Według wyników badań własnych, w zastosowanym teście ORTO-15, około 10% badanych studentów znajdowało się w grupie ryzyka wystąpienia ortoreksji. Dalsza analiza ujawniła, że wśród studentów dietetyki odsetek ten wynosił 11%, co sugeruje istotny związek pomiędzy specjalizacją akademicką a nasileniem ortoreksyjnych tendencji. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami, ryzyko wystąpienia ortoreksji jest wyższe wśród studentów kierunków związanych z żywieniem i zdrowiem, a zjawisko to może wynikać z głębszego zainteresowania kwestiami dietetycznymi oraz potrzeby stosowania zdobytej wiedzy w praktyce [122, 127-132, 149].

Jednym z kluczowych zagadnień związanych z wynikami badań jest kwestia wpływu wiedzy o żywieniu na podejście do diety i zachowań żywieniowych. Wyniki niniejszej analizy potwierdzają wcześniejsze badania sugerujące, że osoby zdobywające wiedzę na temat odżywiania mogą być bardziej podatne na restrykcyjną kontrolę spożycia pokarmów [149, 150]. Wskazuje to na potencjalne ryzyko, że świadomość żywieniowa nie zawsze prowadzi do zdrowego podejścia do jedzenia, a w niektórych przypadkach może skutkować zbyt nadmierną kontrolą diety, która negatywnie wpłynie na funkcjonowanie jednostki. W literaturze podkreśla się, że obsesyjne skupienie na jakości spożywanych produktów i dążenie do „czystego” odżywiania mogą stanowić czynnik ryzyka dla rozwoju zaburzeń odżywiania, zwłaszcza ortoreksji [67].

Mechanizm ten może być związany z kilkoma aspektami psychologicznymi i behawioralnymi. Po pierwsze, osoby o wysokim poziomie wiedzy żywieniowej mogą postrzegać jedzenie nie tylko jako źródło energii, ale także jako kluczowy element zdrowego stylu życia, co może prowadzić do nadmiernej analizy spożywanych produktów i wykluczania określonych grup pokarmowych [67, 149, 150]. Po drugie, dążenie do perfekcji w diecie może być wynikiem społecznych i kulturowych nacisków promujących idealny obraz zdrowia i ciała, szczególnie wśród przyszłych specjalistów do spraw żywienia [151, 152]. W rezultacie, osoby te mogą być bardziej skłonne do przyjmowania postaw ortorektycznych, które w skrajnych przypadkach mogą przyczyniać się do rozwoju zaburzeń odżywiania. Wymagałoby to jednak dalszych analiz empirycznych. Po trzecie, może to być związane z obawami o własne zdrowie mające swoje położenie w hipochondrii.

Dotychczasowe badania wskazują na szerokie zróżnicowanie częstości występowania ortoreksji w populacji ogólnej. Szacuje się, że odsetek osób spełniających kryteria ortoreksji waha się od mniej niż 1% do niemal 60%, przy czym w populacjach uznawanych za grupy wysokiego ryzyka wartości te mogą sięgać nawet 90% [42, 44, 46, 48, 51]. Do grup szczególnie narażonych na rozwój ortoreksji zalicza się m.in. studentów dietetyki, sportowców, trenerów personalnych oraz osoby pracujące w branży zdrowego stylu życia [122, 127-132].

Interesującym aspektem wyników badań własnych było stwierdzenie, że osoby uży-

skujące wynik poniżej 35 punktów w teście ORTO-15 często eliminowały mięso ze swojej diety. Zależność ta została potwierdzona także w innych badaniach, m.in. przez Hessler-Kaufmanna i wsp., którzy analizując grupę ponad 500 uczestników, wykazali, że osoby eliminujące produkty mięsne wykazują większą podatność na rozwój ortoreksji [154]. Może to wynikać z faktu, że diety eliminacyjne wymagają bardziej szczegółowej kontroli spożywanych produktów oraz poszukiwania alternatywnych źródeł składników odżywczych, co może sprzyjać nadmiernemu skupieniu się na kontroli jakości jedzenia.

Mając na uwadze zaprezentowane wyniki można powiedzieć, że przeprowadzone badanie potwierdza istotny związek pomiędzy specjalizacją akademicką a ryzykiem rozwoju ortorektycznych tendencji. Studenci dietetyki, w porównaniu do innych grup, częściej wykazują skłonność do restrykcyjnego podejścia do żywienia, co może wynikać zarówno z czynników edukacyjnych, jak i psychologicznych. W kontekście przyszłych badań istotne wydaje się dalsze eksplorowanie mechanizmów stojących za tym zjawiskiem oraz opracowanie strategii edukacyjnych wspierających zrównoważone podejście do zdrowego odżywiania.

8.2 Różnice w nasileniu objawów ortoreksji między studentami różnych kierunków

Hipoteza 2 zakładała, że *studenci dietetyki wykazują istotnie wyższe nasilenie objawów ortoreksji w porównaniu do studentów pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii i kierunku lekarskiego*. Wyniki przeprowadzonej analizy częściowo potwierdziły tę hipotezę, wskazując, że najwyższe nasilenie objawów ortoreksji odnotowano wśród studentów dietetyki i położnictwa, natomiast najniższe wśród studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa. Według wiedzy autorki prezentowane badanie jest pierwszym tego typu badaniem porównawczym, a także wskazującym na wysokie ryzyko zachowań ortorektycznych wśród studentek i studentów położnictwa. W literaturze publikowane są analizy porównawcze pomiędzy studentami, ale najczęściej dwóch kierunków, maksymalnie trzech. Zastosowane przez autorkę podejście umożliwia równoczesne porównanie wyników studentów z sześciu kierunków. W związku z tym w tej części uzyskane wyniki zostały porównane pośrednio, a nie bezpośrednio, z doniesieniami innych badaczy.

W badaniach przeprowadzonych w różnych krajach odnotowano, że studenci kierunków związanych z żywieniem częściej przejawiali postawy charakterystyczne dla ortoreksji. To sugeruje, że edukacja żywieniowa może mieć istotny wpływ na sposób postrzegania diety i kontroli spożycia pokarmów [122, 127-132, 150]. Polskie badanie przeprowadzone przez Plichtę i wsp. [148] wykazało, że 30% studentów wydziału żywności i żywienia wykazuje wysokie ryzyko ortoreksji. W tej grupie nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy ortoreksją a niezadowoleniem z własnego ciała oraz wskaźnikiem BMI, co wskazuje, że

zaburzenie to może być niezależne od klasycznych predyktorów zaburzeń odżywiania, takich jak negatywny obraz ciała czy dążenie do redukcji masy ciała.

Jak już wspomniano, dotychczasowe badania epidemiologiczne wskazują na znaczne zróżnicowanie częstości występowania ortoreksji w populacji ogólnej, natomiast w populacjach uznawanych za grupy wysokiego ryzyka wartości te mogą sięgać nawet 90% [42, 44, 46, 48, 51]. Szczególnie narażeni na rozwój ortoreksji są przedstawiciele zawodów związanych z żywieniem, zdrowiem i aktywnością fizyczną, co może wynikać z ich podwyższonej świadomości żywieniowej oraz ekspozycji na informacje promujące ścisłą kontrolę diety.

Jednym z możliwych wyjaśnień zaobserwowanych różnic pomiędzy poszczególnymi kierunkami studiów jest odmienne podejście do kwestii żywienia i jego roli w zdrowiu. Studenci dietetyki, którzy w trakcie edukacji zdobywają zaawansowaną wiedzę na temat żywienia, metabolizmu oraz konsekwencji zdrowotnych różnych wzorców dietetycznych, mogą wykazywać zwiększoną tendencję do kontroli spożywanych pokarmów [155]. Ich intensywne kształcenie w zakresie dietoterapii, analizy składników odżywczych oraz wpływu diety na funkcjonowanie organizmu może prowadzić do nadmiernego skoncentrowania się na jakości i wartości odżywczej jedzenia, co z kolei sprzyja przyjmowaniu postaw ortorektycznych. Wiedza o zagrożeniach wynikających ze spożycia określonych grup produktów, takich jak przetworzona żywność, węglowodany proste czy tłuszcze trans, może prowadzić do ich eliminacji w sposób bardziej restrykcyjny niż jest to konieczne z punktu widzenia zdrowego stylu życia.

Z kolei studenci położnictwa, mimo że nie są kształceni w tak specjalistycznym zakresie jak studenci dietetyki, mogą być szczególnie wyczuleni na znaczenie zdrowego odżywiania w kontekście ciąży i rozwoju płodu. W trakcie studiów zdobywają wiedzę dotyczącą wpływu diety na przebieg ciąży, zdrowie matki oraz prawidłowy rozwój dziecka, co może skutkować większą świadomością żywieniową i bardziej ustrukturyzowanym podejściem do wyboru produktów spożywczych [156]. Świadomość konieczności dostarczania organizmowi kluczowych składników odżywczych, takich jak kwas foliowy, żelazo, wapń i kwasy omega-3, może prowadzić do starannego planowania posiłków, jednak w niektórych przypadkach również do nadmiernej kontroli i eliminacji produktów postrzeganych jako potencjalnie szkodliwe.

Zupełnie inne podejście do diety obserwuje się wśród studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa. Osoby studiujące fizjoterapię często traktują dietę jako element wspierający zdrowie i procesy regeneracyjne organizmu, ale niekoniecznie wymagający skrajnych restrykcji. Ich edukacja koncentruje się głównie na biomechanice, fizjologii wysiłku oraz terapii ruchem, a żywienie postrzegane jest w kontekście optymalizacji wydolności fizycznej i zdrowia układu ruchu [157]. Może to skutkować bardziej pragmatycznym podejściem do diety, w którym priorytetem jest bilans energetyczny oraz odpowiednia podaż makro- i mikroskładników, a nie restrykcyjne eliminowanie poszczególnych grup produktów.

Podobnie studenci pielęgniarstwa, mimo że mają podstawową wiedzę na temat wpływu

żywienia na zdrowie, rzadziej wykazują skłonność do nadmiernej kontroli diety. Ich edukacja koncentruje się głównie na aspektach klinicznych i opiece nad pacjentem, co sprawia, że podejście do żywienia ma charakter bardziej praktyczny, a nie restrykcyjny. Pielęgniarstwo jako zawód wymaga umiejętności holistycznego spojrzenia na pacjenta, w tym także na jego sposób odżywiania, jednak nie koncentruje się na analizie szczegółowej składu diety w takim stopniu jak dietetyka [158]. To może tłumaczyć, dlaczego studenci tego kierunku rzadziej przejawiają ortorektyczne tendencje.

Wyniki te podkreślają istotną rolę edukacji i przekonań dotyczących żywienia w kształtowaniu postaw wobec jedzenia oraz potencjalnej podatności na ortoreksję. O ile wysoka świadomość dietetyczna może przyczyniać się do podejmowania zdrowych wyborów żywieniowych, o tyle w niektórych przypadkach może również sprzyjać nadmiernej kontroli i lękowi przed spożyciem „niezdrowych” produktów. Zrozumienie tych mechanizmów może mieć istotne znaczenie dla profilaktyki zaburzeń odżywiania wśród studentów kierunków medycznych i związanych z żywieniem. W kontekście przyszłych badań istotne byłoby dalsze eksplorowanie wpływu treści programowych oraz sposobu nauczania na kształtowanie się nawyków żywieniowych studentów, a także analiza czynników psychologicznych, które mogą sprzyjać rozwijaniu się ortorektycznych postaw w poszczególnych grupach zawodowych.

8.3 Związek między BMI a nasileniem objawów ortoreksji

W ramach badania sformułowano Hipotezę 3a, zgodnie z którą *osoby z niższym BMI częściej wykazują nasilone objawy ortoreksji niż osoby z prawidłową masą ciała*. Dodatkowo sformułowano Hipotezę 3b, zakładającą, że *wartości BMI są odwrotnie skorelowane z nasileniem objawów ortoreksji, co oznacza, że im niższa masa ciała, tym wyższe nasilenie objawów ortorekcyjnych*. Wyniki badań potwierdziły obie hipotezy, wykazując istotną odwrotną korelację pomiędzy wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów ortoreksji.

Obserwowany związek można tłumaczyć kilkoma czynnikami. Po pierwsze, osoby o niższym wskaźniku BMI mogą być bardziej podatne na restrykcyjne nawyki żywieniowe i nadmierną kontrolę diety, co sprzyja rozwijaniu ortorektycznych wzorców żywieniowych. Wysoka świadomość żywieniowa, połączona z dążeniem do zachowania niskiej masy ciała, może skutkować eliminacją określonych grup produktów, co z czasem prowadzi do nadmiernej kontroli spożywanych posiłków oraz obsesyjnego skupienia się na ich jakości. Jest to mechanizm powszechnie obserwowany u osób z zaburzeniami odżywiania w którym kluczową rolę pełnią czynniki wyzwalające i podtrzymujące [93, 94].

Po drugie, możliwe jest, że osoby o niższym wskaźnikiem BMI w większym stopniu dążą do utrzymania określonej masy ciała poprzez stosowanie rygorystycznych zasad die-

tetycznych [64-66]. W kontekście społecznym i kulturowym szczupła sylwetka jest często utożsamiana ze zdrowym stylem życia, co może skłaniać osoby o niższym wskaźniku BMI do utrwalania restrykcyjnych nawyków żywieniowych [99, 100]. Literatura przedmiotu wskazuje, że osoby z niższą masą ciała częściej przejawiają skłonność do zachowań restrykcyjnych w zakresie diety, co może zwiększać ryzyko rozwoju ortoreksji [42, 44, 97].

Zależność ta została odnotowana również w innych badaniach, w których wykazano, że osoby o niższym wskaźniku BMI wykazują większą tendencję do kontroli spożycia kalorii oraz eliminowania produktów postrzeganych jako „niezdrowe” [42, 44]. Co więcej, badania nad zaburzeniami odżywiania, takimi jak anoreksja, wskazują na podobny mechanizm – osoby z niską masą ciała często stosują rygorystyczne strategie kontroli jedzenia, które mogą stopniowo przeradzać się w patologiczne wzorce żywieniowe [93, 94].

Analiza relacji pomiędzy wskaźnikiem BMI a ortoreksją skłania również do rozważań nad podobieństwami pomiędzy ortoreksją a anoreksją. Oba zaburzenia łączy silne dążenie do kontroli nad sposobem odżywiania oraz obsesyjne skupienie się na jedzeniu, jednak różnią się one pod względem głównej motywacji. W przypadku anoreksji głównym celem jest redukcja masy ciała i osiągnięcie szczupłej sylwetki, natomiast w ortoreksji nadrzędnym celem jest spożywanie jedynie „czystych” i „zdrowych” produktów, niezależnie od ich wpływu na masę ciała [50, 73-75].

Mimo tych różnic, badania sugerują, że osoby z ortoreksją mogą wykazywać cechy wspólne dla pacjentów z anoreksją, takie jak lęk przed spożywaniem określonych produktów, potrzeba kontroli nad dietą oraz poczucie wyższości moralnej związane ze sposobem odżywiania. Co więcej, ortoreksja może stanowić wczesny etap rozwoju anoreksji u osób, które początkowo eliminują niektóre grupy produktów ze względu na ich postrzeganą „niezdrowość”, a następnie przechodzą do coraz bardziej restrykcyjnych strategii dietetycznych, prowadzących do znaczącej utraty masy ciała [50, 73-75].

Dodatkowo, badania neuropsychologiczne sugerują, że zarówno w ortoreksji, jak i anoreksji, istotną rolę mogą odgrywać zaburzenia w funkcjonowaniu kory przedczołowej, odpowiedzialnej za kontrolę impulsów i podejmowanie decyzji, oraz układu nagrody, co może tłumaczyć trudności w rezygnacji z rygorystycznych zasad dietetycznych [71, 73].

Co istotne, wyniki niniejszego badania nie pozwalają jednoznacznie określić, czy to niski wskaźnik BMI sprzyja rozwojowi ortoreksji, czy też ortorektyczne nawyki żywieniowe prowadzą do obniżenia masy ciała. Możliwe jest, że zależność ta jest dwukierunkowa – z jednej strony osoby o niskiej masie ciała mogą mieć większą tendencję do ścisłej kontroli diety, a z drugiej – ortorektyczne postawy mogą prowadzić do spadku masy ciała na skutek eliminacji wielu produktów spożywczych.

W przyszłych badaniach warto rozważyć zastosowanie podejścia podłużnego, które umożliwiłoby lepsze zrozumienie kierunku tej zależności. Badania kohortowe śledzące zmiany w masie ciała i nasileniu objawów ortoreksji na przestrzeni kilku lat mogłyby dostarczyć bardziej precyzyjnych danych na temat dynamiki tej relacji. Dodatkowo, analiza

czynników psychologicznych, takich jak perfekcjonizm, lęk przed chorobami czy wpływ mediów społecznościowych, mogłaby pomóc w identyfikacji mechanizmów stojących za ortorektycznymi tendencjami i ich potencjalnym związkiem z BMI.

Uzyskane wyniki potwierdzają istnienie odwrotnej korelacji między wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów ortoreksji, sugerując, że osoby o niższej masie ciała mogą być bardziej narażone na rozwój tego zaburzenia. Ponadto, podobieństwa między ortoreksją a anoreksją wskazują na konieczność dalszych badań w celu dokładniejszego określenia relacji między tymi jednostkami. Wyniki te mają istotne implikacje zarówno dla diagnostyki ortoreksji, jak i dla strategii jej zapobiegania, zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka, takich jak osoby dążące do restrykcyjnej kontroli diety w imię zdrowego stylu życia.

8.4 Nawyki żywieniowe osób z nasilonymi objawami ortoreksji

Sformułowano Hipotezę 4a, zgodnie z którą *osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej eliminują określone grupy produktów (np. cukier, tłuszcze nasycone, gluten)*. Dodatkowo sformułowano Hipotezę 4b, zakładającą, że *osoby z nasilonymi objawami ortoreksji poświęcają więcej czasu na analizowanie składu produktów spożywczych niż osoby bez tych objawów*. Natomiast Hipoteza 4c zakładała, że *osoby z nasilonymi objawami ortoreksji rzadziej spożywają jedzenie pod wpływem emocji niż osoby bez tych objawów*. Wyniki przeprowadzonych analiz potwierdziły wszystkie trzy hipotezy, co wskazuje na wyraźną zależność między nawykami żywieniowymi a nasileniem objawów ortoreksji.

W badaniu własnym wykazano, że osoby z wynikiem ORTO-15 poniżej 35 punktów częściej spożywały mniej niż trzy posiłki dziennie, co jest sprzeczne z zaleceniami Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEŻ), które rekomenduje spożywanie 4–5 posiłków dziennie w celu utrzymania zdrowia i prawidłowej masy ciała [158]. Osoby z grupy ryzyka ortoreksji unikały także spożywania posiłków poza domem, a w sytuacjach towarzyskich narzucały tematy związane z żywieniem, co często było negatywnie odbierane przez otoczenie [139].

Osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej eliminowały określone grupy produktów, co może wynikać z przekonania o ich negatywnym wpływie na zdrowie. W literaturze naukowej wielokrotnie wskazywano na to, że osoby wykazujące ortorektyczne tendencje charakteryzują się bardziej rygorystycznym podejściem do żywienia i skłonnością do eliminowania produktów uznawanych za „szkodliwe” lub „niezdrowe” [35, 42, 44].

Mechanizm ten może być związany zarówno z przekazami medialnymi dotyczącymi zdrowego stylu życia, jak i z rosnącą popularnością diet eliminacyjnych, które często są promowane jako sposób na poprawę zdrowia i samopoczucia. W konsekwencji osoby z ortoreksją mogą unikać szerokiej gamy produktów spożywczych, w tym przetworzonej

żywności, produktów zawierających gluten, laktozę, węglowodany proste, a nawet niektórych tłuszczów, co z kolei może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Eliminacja całych grup produktów bez odpowiedniego bilansowania diety może skutkować niedoborami pokarmowymi, w tym niedoborem żelaza, witamin z grupy B, wapnia czy kwasów omega-3, co zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń metabolicznych, takich jak osteoporoza, anemia czy osłabienie funkcji układu nerwowego [70].

Co więcej, osoby z nasilonymi objawami ortoreksji istotnie częściej analizowały skład produktów spożywczych, co może być przejawem nadmiernej kontroli nad dietą. Badania wskazują, że dla osób wykazujących ortorektyczne tendencje kluczowym aspektem wyboru żywności nie jest jej wartość kaloryczna, lecz jakość i skład produktów. Ścisła analiza etykiet, unikanie konserwantów, sztucznych barwników oraz dodatków do żywności może świadczyć o dążeniu do perfekcyjnego sposobu odżywiania, jednak w skrajnych przypadkach może prowadzić do obsesyjnego monitorowania spożywanej żywności [42, 44].

Takie zachowania, choć często interpretowane jako przejaw zdrowego stylu życia, mogą przyczyniać się do negatywnych konsekwencji psychologicznych, w tym lęku przed spożywaniem określonych produktów, poczucia winy po zjedzeniu „niewłaściwego” pokarmu oraz społecznej izolacji wynikającej z trudności w dostosowaniu się do standardowych sytuacji żywieniowych, takich jak wspólne posiłki czy jedzenie w restauracjach [86]. Długotrwałe unikanie produktów spożywczych uznawanych za „niewłaściwe” może dodatkowo nasilać stres związany z jedzeniem oraz prowadzić do zachowań kompulsywnych, takich jak wielokrotne sprawdzanie składu produktów przed ich zakupem.

Interesującym aspektem wyników badania jest także rzadsze spożywanie jedzenia pod wpływem emocji w grupie osób z nasilonymi objawami ortoreksji. Zjawisko to jest zgodne z wcześniejszymi badaniami, które wskazują, że osoby z tendencjami ortorektycznymi charakteryzują się wysoką zdolnością do kontrolowania impulsów żywieniowych oraz silną samodyscypliną w zakresie diety [160].

W literaturze dotyczącej zaburzeń odżywiania podkreśla się, że ortoreksja, w przeciwieństwie do innych form zaburzeń, takich jak kompulsywne objadanie się czy bulimia, rzadko wiąże się z emocjonalnym jedzeniem [161]. Podczas gdy osoby z zaburzeniami typu „binge eating” często sięgają po żywność w odpowiedzi na stres, smutek lub napięcie, osoby z ortoreksją wykazują bardziej świadome i racjonalne podejście do spożywania pokarmów.

Możliwe jest, że ortorektyczne wzorce żywieniowe pełnią funkcję strategii radzenia sobie z emocjami poprzez ścisłą kontrolę diety. Osoby te mogą postrzegać swoje nawyki żywieniowe jako element porządku i stabilności, co pozwala im uniknąć impulsywnych decyzji żywieniowych. Taka postawa może wynikać również z wysokiego poziomu perfekcjonizmu oraz potrzeby kontrolowania różnych aspektów życia, co znajduje odzwierciedlenie nie tylko w diecie, ale również w innych obszarach funkcjonowania, takich jak aktywność fizyczna czy organizacja dnia [35, 151, 152].

Z drugiej strony, wysoka samokontrola może prowadzić do nadmiernego skupienia się na zasadach dietetycznych kosztem elastyczności żywieniowej. Brak spontaniczności w jedzeniu, lęk przed spożywaniem nowych produktów oraz nieustanne planowanie posiłków mogą przyczyniać się do sztywności poznawczej i zwiększonego poziomu stresu. Badania sugerują, że choć osoby z ortoreksją mogą wykazywać mniejszą skłonność do emocjonalnego jedzenia, to ich relacja z jedzeniem jest nadal problematyczna i może skutkować negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi oraz psychologicznymi [150].

Wyniki niniejszego badania podkreślają kluczową rolę kontroli żywieniowej i eliminacji produktów spożywczych w rozwoju ortorektycznych wzorców jedzenia. Ścisłe przestrzeganie zasad dietetycznych, choć na pierwszy rzut oka może wydawać się korzystne dla zdrowia, w dłuższej perspektywie może prowadzić do niedoborów pokarmowych oraz negatywnych konsekwencji psychicznych, takich jak lęk związany z jedzeniem czy społeczna izolacja wynikająca z ograniczeń dietetycznych.

W kontekście przyszłych badań warto rozważyć analizę długoterminowych skutków ortorektycznych zachowań, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia metabolicznego i psychologicznego. Badania podłużne, śledzące zmiany w nawykach żywieniowych oraz poziomie lęku związanego z jedzeniem, mogłyby dostarczyć cennych informacji na temat mechanizmów rozwoju ortoreksji oraz jej długoterminowego wpływu na zdrowie.

Ponadto, istotnym aspektem interwencji terapeutycznych powinno być rozwijanie elastycznego podejścia do jedzenia oraz redukcja sztywności poznawczej związanej z dietą. Terapie poznawczo-behawioralne mogą okazać się skuteczne w modyfikowaniu nadmiernej restrykcyjnych wzorców żywieniowych i wspieraniu pacjentów w budowaniu zdrowej relacji z jedzeniem [54, 56, 93, 94].

Uzyskane wyniki wskazują, że ortoreksja jest zaburzeniem złożonym, łączącym w sobie elementy nadmiernej kontroli nad dietą, eliminacji produktów spożywczych oraz unikania emocjonalnego jedzenia. Dalsze badania nad tym zagadnieniem mogą pomóc w opracowaniu skuteczniejszych metod diagnostyki oraz interwencji, które pozwolą na wczesne wykrywanie i leczenie ortorektycznych tendencji, zanim przekształcą się one w poważniejsze zaburzenia odżywiania.

8.5 Profil osoby z nasilonymi objawami ortoreksji

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwoliły na określenie profilu osoby z nasilonymi objawami ortoreksji, co stanowi istotny wkład w badania nad tym zaburzeniem. Określenie cech demograficznych i behawioralnych tej grupy pozwala na lepsze zrozumienie czynników ryzyka oraz mechanizmów prowadzących do rozwoju ryzyka ortoreksji.

Sformułowana Hipoteza 5a, zakładająca, że osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej należą do określonych grup demograficznych (np. są kobietami, mają niższy wskaźnik BMI), została potwierdzona. Wyniki analiz wykazały, że ortoreksja występuje z

większą częstością wśród kobiet, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami nad zaburzeniami odżywiania. W literaturze wielokrotnie wskazywano na większą podatność kobiet na rygorystyczną kontrolę diety oraz na presję społeczną związaną z wyglądem i zdrowym stylem życia [162]. Ponadto, potwierdzono istotną odwrotną korelację pomiędzy wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów ortoreksji, co sugeruje, że osoby o niższym wskaźniku masy ciała mogą być bardziej podatne na ortorektyczne wzorce żywieniowe. Może to wynikać z dążenia do utrzymania określonej sylwetki oraz przekonania, że eliminacja pewnych grup produktów spożywczych przyczynia się do poprawy zdrowia.

Ponadto, Hipoteza 5b, zgodnie z którą w grupie osób z nasilonymi objawami ortoreksji występuje wyższy odsetek studentów określonych kierunków studiów, np. dietetyki lub położnictwa, również znalazła potwierdzenie w wynikach badań. Analiza profilu wykazała, że osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej wybierają studia związane z naukami o zdrowiu, co może wynikać z ich większego zainteresowania tematyką żywieniową, promocją zdrowia oraz dbałością o jakość spożywanej żywności. Szczególnie wśród studentów dietetyki ortoreksja może być konsekwencją intensywnej edukacji żywieniowej, która – mimo że dostarcza rzetelnej wiedzy na temat zdrowego odżywiania – może również prowadzić do nadmiernej koncentracji na zasadach dietetycznych i ich restrykcyjnym stosowaniu [122, 127-132].

Studenci położnictwa również okazali się grupą o podwyższonym ryzyku występowania ortoreksji. Może to być związane z ich edukacją dotyczącą wpływu żywienia na zdrowie matki i rozwój płodu, co może skutkować bardziej restrykcyjnym podejściem do diety. Osoby te mogą postrzegać dietę jako kluczowy czynnik determinujący zdrowie przyszłych pokoleń, co z kolei może prowadzić do nadmiernej kontroli spożywanych produktów. W porównaniu do studentów innych kierunków medycznych, takich jak pielęgniarstwo czy fizjoterapia, osoby studiujące dietetykę i położnictwo wykazywały wyższy poziom ortorektycznych tendencji, co sugeruje, że edukacja i przyszłe aspiracje zawodowe mogą wpływać na podejście do żywienia [127-132].

Co istotne, wśród osób z nasilonymi objawami ortoreksji zauważono również większą skłonność do stosowania restrykcyjnych nawyków żywieniowych oraz obsesyjnego analizowania składu spożywanej żywności. Potwierdzona została Hipoteza 5c, zgodnie z którą osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej stosują restrykcyjne nawyki żywieniowe i wykazują różnice w zachowaniach żywieniowych.

Literatura naukowa podkreśla, że osoby z tendencjami ortorektycznymi często dążą do perfekcji w sposobie odżywiania, co może skutkować eliminacją całych grup produktów spożywczych uznawanych za „niezdrowe” lub „szkodliwe” [42, 44]. Wiele osób z ortoreksją unika wysoko przetworzonych produktów, cukru, tłuszczów nasyconych, glutenu czy laktozy, nawet w sytuacjach, gdy nie występują ku temu żadne przeciwwskazania zdrowotne. Może to prowadzić do poważnych niedoborów pokarmowych, a w skrajnych przypadkach – do zaburzeń metabolicznych i osłabienia funkcji układu odpornościowego.

Dodatkowo, analizowanie składu produktów spożywczych staje się dla tych osób codziennym rytuałem, który w skrajnych przypadkach może prowadzić do nadmiernej kontroli nad dietą i do wzrostu poziomu lęku związanego z jedzeniem. Ortorektyczne postawy mogą wpływać na ograniczenie spontaniczności w jedzeniu oraz powodować unikanie sytuacji społecznych związanych z konsumpcją posiłków, co może prowadzić do wykluczenia społecznego i obniżenia jakości życia [31, 35, 163, 164].

Interesującym aspektem wyników badań jest fakt, że osoby z nasilonymi objawami ortoreksji rzadziej spożywały jedzenie pod wpływem emocji. Jest to zgodne z wcześniejszymi badaniami wskazującymi, że osoby z ortoreksją charakteryzują się wysoką zdolnością do kontrolowania impulsów żywieniowych oraz silną samodyscypliną [165, 166].

Podczas gdy inne zaburzenia odżywiania, takie jak bulimia czy kompulsywne objadanie się, często wiążą się z impulsywnością i niekontrolowanym spożywaniem jedzenia w reakcji na stres, ortoreksja wydaje się charakteryzować skrajną kontrolę i planowanie diety. Może to wynikać z wysokiego poziomu perfekcjonizmu i potrzeby utrzymania struktury w codziennych nawykach żywieniowych.

Osoby z ortoreksją mogą postrzegać swoją dietę jako element tożsamości i wyraz moralnej przewagi nad osobami, które nie przestrzegają „czystego” stylu życia. Ich zdolność do unikania jedzenia pod wpływem emocji może wynikać nie tylko z samokontroli, ale także z głębokiego przekonania o konieczności przestrzegania określonych norm żywieniowych, które z czasem mogą stać się obsesyjne [42, 44].

Wyniki przeprowadzonych analiz dostarczają istotnych informacji na temat profilu osoby z nasilonymi objawami ortoreksji. Potwierdzono, że ortoreksja częściej występuje wśród kobiet oraz osób o niższym wskaźniku BMI, a także wśród studentów kierunków związanych z żywieniem i zdrowiem. Ponadto, osoby te częściej stosują restrykcyjne nawyki żywieniowe, eliminują określone grupy produktów oraz wykazują wysoki poziom samokontroli w odniesieniu do diety.

W przyszłych badaniach warto skupić się na analizie długoterminowych konsekwencji ortorektycznych wzorców żywieniowych, zarówno w kontekście zdrowia fizycznego, jak i psychologicznego. Istotnym aspektem może być również ocena wpływu mediów społecznościowych i współczesnych trendów żywieniowych na rozwój ortoreksji wśród młodych dorosłych.

Uzyskane wyniki wskazują, że ortoreksja nie jest jedynie przejawem zdrowego stylu życia, lecz może stanowić poważne zaburzenie odżywiania, prowadzące do sztywnych i obsesyjnych nawyków żywieniowych oraz ograniczenia jakości życia. Wczesna identyfikacja osób zagrożonych rozwojem ortoreksji może pozwolić na wdrożenie skutecznych strategii profilaktycznych i terapeutycznych.

8.6 Efektywność warsztatu edukacyjnego – refleksja w świetle zastosowanej metodyki

Przeprowadzony warsztat edukacyjny, osadzony w nurcie interwencji refleksyjno-edukacyjnych, wykazał wysoką skuteczność w zakresie podnoszenia świadomości studentów na temat ortoreksji oraz jej powiązań z nawykami żywieniowymi. Jako działanie aplikacyjne wyników badań ilościowych, warsztat nie tylko potwierdził trafność poznawczą przeprowadzonych analiz, lecz także ukazał potencjał metodyki opartej na partycypacyjnej edukacji krytycznej, której celem jest nie tyle przekazanie wiedzy deklaratywnej, co pogłębienie osobistej refleksji uczestników nad własnymi postawami.

Zastosowana struktura warsztatu obejmująca komponent autodiagnostyczny (kwestionariusze ORTO-15 i MZŻ), interaktywne omówienie wyników oraz wspólną analizę przypadków i postaw sprzyjała procesowi wewnętrznego uświadamiania i demitologizacji pojęcia „zdrowego odżywiania”. Należy podkreślić, że efektywność tej formy oddziaływania znajduje swoje potwierdzenie w wynikach ankiet ewaluacyjnych typu pre/post, w których wszystkie osoby badane odnotowały wzrost wiedzy, samoświadomości oraz krytycznej refleksyjności w analizowanym zakresie. Choć badanie miało charakter pilotażowy, a liczebność grupy była ograniczona, jednolity trend wzrostowy w zakresie ocen samoświadomości żywieniowej oraz zrozumienia istoty ortoreksji stanowi przesłankę wskazującą na wysoką trafność dydaktyczną zaprojektowanego działania.

W analizie skuteczności interwencji nie sposób pominąć znaczenia kompetencji osoby prowadzącej, której rola, zarówno w aspekcie merytorycznym, jak i psychologicznym, była kluczowa dla stworzenia bezpiecznej przestrzeni do pracy nad tematem z natury intymnym i obciążonym emocjonalnie. Obszar relacji z jedzeniem, zwłaszcza w kontekście potencjalnych zaburzeń, wymaga szczególnej wrażliwości, elastyczności interpersonalnej oraz znajomości mechanizmów obronnych, jakie mogą się uaktywnić u uczestników w trakcie autorefleksji. Umiejętność zachowania delikatnej równowagi między przekazem naukowym a empatycznym stylem komunikacji umożliwiła efektywne prowadzenie dialogu o potencjalnie wstydlivych lub stygmatyzujących aspektach nawyków żywieniowych.

W konsekwencji, omawiany warsztat należy rozpatrywać nie tylko jako jednostkową próbę edukacyjną, lecz jako modelową propozycję translacji wyników badań naukowych na grunt praktyki psychoedukacyjnej, zorientowanej na prewencję zaburzeń odżywiania. W świetle uzyskanych danych jakościowych, a także w kontekście przyjętej filozofii pracy grupowej, możliwe jest stwierdzenie, że stworzenie zintegrowanej przestrzeni wiedzy, autorefleksji i bezpieczeństwa interpersonalnego jest warunkiem koniecznym dla skutecznego adresowania problematyki ortoreksji w środowisku akademickim i poza nim.

8.7 Implikacje praktyczne

Wyniki przeprowadzonych badań dostarczają istotnych informacji na temat konieczności opracowania kompleksowego programu profilaktycznego skierowanego do studentów kierunków medycznych, w tym kierunków związanych z żywnością i żywieniem. Analiza uzyskanego profilu osoby z nasilonymi objawami ortoreksji pozwala na identyfikację grupy podwyższonego ryzyka i projektowanie odpowiednich działań interwencyjnych. Profilaktyka ortoreksji powinna obejmować zarówno edukację żywieniową, jak i wsparcie psychologiczne, aby skutecznie zapobiegać rozwijaniu się zaburzeń odżywiania wśród przyszłych specjalistów ds. zdrowia.

Jednym z kluczowych wyzwań jest fakt, że osoby studiujące dietetykę oraz inne kierunki związane z naukami o zdrowiu są szczególnie narażone na ortorektyczne tendencje, wynikające z ich zaawansowanej wiedzy na temat żywienia oraz dążenia do perfekcyjnej diety. O ile wysoka świadomość zdrowotna jest pożądanym aspektem edukacji, to nadmierne skupienie na jakości spożywanych produktów i eliminowanie określonych grup pokarmowych może prowadzić do patologicznych wzorców żywieniowych. W związku z tym istotne jest wdrożenie działań profilaktycznych na wczesnym etapie edukacji akademickiej, zanim ortorektyczne nawyki ulegną utrwaleniu.

8.8 Kluczowe elementy programu profilaktycznego

Na podstawie przeprowadzonych analiz proponuje się wdrożenie kompleksowego programu profilaktycznego, który obejmowałby następujące działania:

1. Zajęcia edukacyjne dotyczące zdrowego podejścia do żywienia

W ramach programu nauczania należy wprowadzić moduły promujące elastyczne podejście do diety, które kładą nacisk na równowagę żywieniową zamiast skrajnych restrykcji. Edukacja powinna uwzględniać wpływ nadmiernej kontroli diety na zdrowie psychiczne oraz podkreślać znaczenie różnorodności żywieniowej. Ważne jest także uświadamianie studentów o potencjalnych konsekwencjach eliminowania całych grup produktów oraz roli intuicyjnego jedzenia jako alternatywy dla sztywnych schematów dietetycznych.

2. Warsztaty psychodietetyczne dla studentów

Ortoreksja, podobnie jak inne zaburzenia odżywiania, jest ściśle powiązana z czynnikami psychologicznymi, takimi jak perfekcjonizm, lęk przed chorobami czy potrzeba kontroli. Dlatego też istotnym elementem programu powinny być warsztaty psychodietetyczne, które pomogą studentom zidentyfikować i zrozumieć niezdrowe wzorce myślenia o jedzeniu. Warsztaty te powinny obejmować strategie zarządzania

stresem, techniki pracy nad elastycznością poznawczą oraz rozwijanie umiejętności rozpoznawania i regulacji emocji związanych z jedzeniem.

3. Wsparcie psychologiczne dla osób wykazujących wczesne objawy ortoreksji

W ramach uczelni medycznych i dietetycznych powinny zostać wdrożone mechanizmy umożliwiające studentom dostęp do specjalistycznej pomocy psychologicznej. Utworzenie punktów konsultacyjnych dla studentów, w których można uzyskać profesjonalne wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego i relacji z jedzeniem, może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka rozwijania zaburzeń odżywiania. Wczesna identyfikacja osób zagrożonych ortoreksją pozwoli na szybszą interwencję i wdrożenie strategii zapobiegawczych, zanim problem ulegnie pogłębieniu.

4. Szkolenia dla wykładowców akademickich i pracowników uczelni

Ponieważ to wykładowcy często mają pierwszy kontakt z osobami wykazującymi zaburzenia odżywiania, kluczowym elementem profilaktyki powinno być przeszkolenie kadry akademickiej w zakresie rozpoznawania wczesnych symptomów ortoreksji. Szkolenia te powinny obejmować informacje na temat objawów ortoreksji, sposobów prowadzenia rozmowy interwencyjnej oraz dostępnych form wsparcia dla studentów. W ten sposób wykładowcy mogliby pełnić rolę pierwszego punktu kontaktu dla osób potrzebujących pomocy.

5. Monitoring zachowań żywieniowych studentów

Włączenie oceny relacji z jedzeniem jako elementu programów akademickich na kierunkach związanych z dietetyką i zdrowiem publicznym mogłoby przyczynić się do lepszego zrozumienia wpływu edukacji żywieniowej na rozwój ortorektycznych wzorców zachowań. Regularne badania ankietowe dotyczące nawyków żywieniowych, stosunku do jedzenia oraz poziomu lęku związanego z dietą mogłyby pomóc w identyfikacji studentów najbardziej zagrożonych ortoreksją i umożliwić wdrożenie działań zapobiegawczych na wczesnym etapie.

Opracowanie takiego programu pozwoliłoby na wczesne rozpoznanie ryzyka ortoreksji wśród studentów kierunków medycznych i dietetycznych, a także umożliwiłoby skuteczną interwencję zapobiegającą rozwijaniu się zaburzeń odżywiania. Włączenie tych działań do programów akademickich mogłoby przynieść szereg korzyści, zarówno dla studentów, jak i dla całego systemu edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim, program ten mógłby:

- Zmniejszyć liczbę osób rozwijających nieprawidłowe wzorce żywieniowe, poprzez wczesną edukację i interwencję.
- Poprawić jakość kształcenia przyszłych specjalistów do spraw zdrowia, pomagając im w rozwoju umiejętności krytycznej analizy informacji dotyczących żywienia oraz w budowaniu zdrowych relacji z jedzeniem.

- Zwiększyć świadomość na temat wpływu zaburzeń odżywiania na zdrowie fizyczne i psychiczne, zarówno wśród studentów, jak i wykładowców.
- Zredukować stres i presję związaną z dążeniem do „perfekcyjnej” diety, promując bardziej elastyczne i intuicyjne podejście do odżywiania.

W kontekście dalszych badań istotne byłoby przeprowadzenie długoterminowej analizy skuteczności wprowadzonych interwencji. Badania podłużne pozwoliłyby określić, w jakim stopniu działania profilaktyczne wpływają na zmniejszenie częstości występowania ortorektycznych postaw wśród studentów. Ponadto warto byłoby zbadać, w jaki sposób poszczególne elementy edukacji akademickiej mogą wzmacniać lub redukować ryzyko ortoreksji, co mogłoby pomóc w dalszej optymalizacji programów nauczania.

Zaburzenia odżywiania, w tym ortoreksja, stanowią rosnący problem wśród studentów kierunków medycznych i dietetycznych, dlatego konieczne jest wdrożenie skutecznych strategii profilaktycznych. Wyniki badań jednoznacznie wskazują na potrzebę edukacji promującej elastyczne podejście do diety oraz wsparcia psychologicznego dla osób narażonych na nadmierną kontrolę spożywanych produktów. Integracja działań profilaktycznych w systemie akademickim może nie tylko poprawić jakość życia studentów, ale także przyczynić się do kształtowania zdrowych postaw w przyszłych specjalistach ds. zdrowia, którzy będą przekazywać rzetelną wiedzę swoim pacjentom.

9. Mocne i słabe strony badania

Badanie dostarcza istotnych informacji na temat ortoreksji w grupie studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia, co jest obszarem, który do tej pory był stosunkowo słabo zbadany. W szczególności nowatorskim aspektem badania jest analiza profilu demograficznego i behawioralnego osób z nasileniem objawów typowych dla ortoreksji, a także analiza związku ortoreksji z wskaźnikiem BMI oraz dokładniejsze określenie behawioralnych i psychologicznych mechanizmów związanych z tym zaburzeniem. Co więcej, badanie to nie tylko poszerza wiedzę teoretyczną, ale również ma znaczenie praktyczne, wskazując na potrzebę wdrożenia strategii profilaktycznych w środowisku akademickim. Wiedza ta może być wykorzystana do opracowania specjalnych modułów edukacyjnych dla studentów medycyny i dietetyki, które będą promowały zdrowe i elastyczne podejście do żywienia, zapobiegając skrajnie restrykcyjnym postawom. Wśród mocnych stron prezentowanego badania należy wymienić:

1. Zastosowanie rzetelnej metody diagnostycznej – w badaniu wykorzystano kwestionariusz ORTO-15, który jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi w ocenie ryzyka ortoreksji. Dzięki temu wyniki mogą być porównywane z innymi badaniami na świecie.
2. Unikalna grupa badawcza – badanie przeprowadzono wśród studentów kierunków medycznych, co pozwala na lepsze zrozumienie specyfiki ortoreksji w grupie osób, które w przyszłości będą zajmować się zdrowiem publicznym. Jest to istotne, gdyż osoby te mogą wykazywać zwiększoną podatność na zaburzenia odżywiania w związku z dużym naciskiem na zdrowe nawyki żywieniowe.
3. Nowatorskie podejście do analizy ortoreksji – w badaniu uwzględniono różnorodne aspekty zachowań żywieniowych, m.in. unikanie określonych grup produktów, analizę etykiet spożywczych czy eliminację posiłków poza domem, co pozwala na pełniejszy obraz mechanizmów psychologicznych i behawioralnych związanych z ortoreksją.
4. Analiza związku między ortoreksją a wskaźnikiem BMI – jedno z nielicznych badań, które podjęło próbę dokładnego określenia zależności pomiędzy wskaźnikiem masy ciała a nasileniem objawów ortoreksji, co wnosi istotny wkład w literaturę naukową.
5. Praktyczne implikacje – wyniki badania mogą przyczynić się do opracowania programów profilaktycznych, które będą skierowane do studentów kierunków medycznych i dietetycznych, pozwalając na wczesne wykrycie i interwencję w przypadku niepokojących objawów ortoreksji.

Prezentowane badanie nie jest pozbawione wad, jednak każda z nich dostarcza jednocześnie wartościowych wskazówek dotyczących dalszego kierunku badań.

Po pierwsze, badanie obejmowało jedynie studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia, co ogranicza możliwość uogólnienia wyników na inne grupy zawodowe i populację ogólną. Niemniej jednak, specyfika tej grupy badawczej czyni analizę szczególnie istotną, ponieważ przyszli specjaliści do spraw zdrowia są narażeni na nadmierne kontrolowanie diety, co może prowadzić do ortorektycznych zachowań. W kolejnych etapach badań warto uwzględnić również inne grupy zawodowe oraz osoby spoza środowiska akademickiego.

Kolejnym ograniczeniem jest niewielki udział mężczyzn w analizowanej próbie. Zaburzenia odżywiania są częściej diagnozowane u kobiet, jednak coraz więcej badań wskazuje, że mężczyźni również mogą być podatni na ortoreksję. Literatura wskazuje, że choć zaburzenia odżywiania występują częściej u kobiet, to mężczyźni mogą stanowić około 10% przypadków ortoreksji [129]. Niski odsetek mężczyzn w badanej próbie wynika jednak ze specyfiki kierunków medycznych, gdzie liczba studentek znacząco przewyższa liczbę studentów. W przyszłych badaniach warto byłoby przeprowadzić analizę z udziałem bardziej zróżnicowanej płciowo próby.

Dodatkowym ograniczeniem jest zastosowanie kwestionariuszy samoopisowych, które, choć są powszechnie wykorzystywane w badaniach nad zaburzeniami odżywiania, mogą generować ryzyko błędu wynikającego z subiektywnej oceny badanych. Istnieje możliwość, że respondenci zaniżali lub zawyżali swoje odpowiedzi, kierując się społecznymi oczekiwaniami. Niemniej jednak, narzędzia samoopisowe są standardem w psychologii i dietetyce, a ich wyniki mogą być w przyszłości uzupełnione badaniami o charakterze jakościowym.

Ponadto, badanie miało charakter przekrojowy, co oznacza, że analizowane zależności mogą wskazywać na związki korelacyjne, ale nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących przyczynowości. Nie wiadomo, czy to ortorektyczne nawyki prowadzą do obniżonego wskaźnika BMI, czy odwrotnie – osoby o niższej masie ciała mają większą tendencję do nadmiernej kontroli diety. Przeprowadzenie badań podłużnych mogłoby pomóc w rozwiązaniu tej kwestii i dostarczyć cennych danych na temat dynamiki rozwoju ortoreksji.

Ostatnią kwestią jest brak kontroli nad dodatkowymi zmiennymi psychologicznymi, takimi jak poziom stresu, lęku czy cechy osobowości. Istnieją przesłanki, że perfekcjonizm i wysoki poziom lęku mogą wpływać na nasilenie objawów ortoreksji, dlatego przyszłe badania powinny uwzględnić również te aspekty.

10. Podsumowanie

Podsumowując, wyniki przeprowadzonego badania dostarczyły istotnych informacji na temat występowania nasilonych objawów ortoreksji wśród studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia oraz czynników, które mogą sprzyjać ich rozwojowi. Potwierdzono hipotezy dotyczące związku ortoreksji z kierunkiem studiów, BMI oraz specyficznymi nawykami żywieniowymi, co sugeruje, że ortoreksja nie jest jedynie indywidualnym problemem jednostek, ale może być także wynikiem określonych uwarunkowań edukacyjnych i środowiskowych.

Najwyższe nasilenie objawów ortoreksji odnotowano wśród studentów dietetyki oraz położnictwa, co potwierdza wcześniejsze doniesienia literaturowe wskazujące na zwiększoną podatność osób związanych z żywieniem i zdrowiem na nadmierną kontrolę diety. Istotny wpływ na poziom ortoreksji miało również BMI – osoby z niższym wskaźnikiem BMI częściej przejawiały nasilone objawy ortoreksji, co może sugerować związek między restrykcyjnym podejściem do odżywiania a masą ciała.

Badanie wykazało również, że osoby z nasilonymi objawami ortoreksji częściej eliminują określone grupy produktów spożywczych, skrupulatnie analizują składy produktów oraz rzadziej spożywają jedzenie pod wpływem emocji. Zachowania te, choć często interpretowane jako zdrowy styl życia, mogą w rzeczywistości prowadzić do nadmiernej kontroli nad dietą, co może skutkować problemami zdrowotnymi i społecznymi.

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano praktyczne rekomendacje dotyczące profilaktyki ortoreksji wśród studentów kierunków medycznych. W szczególności podkreślono konieczność opracowania programu profilaktycznego, który obejmowałby działania edukacyjne, warsztaty psychodietetyczne oraz wsparcie psychologiczne dla studentów wykazujących wczesne objawy ortoreksji. Istotnym elementem zapobiegania temu zjawisku powinno być również uwrażliwienie wykładowców akademickich na problem ortoreksji oraz wdrażanie działań promujących elastyczne podejście do zdrowego odżywiania.

Mimo że badanie dostarczyło cennych informacji, konieczne są dalsze analizy, które pozwolą na pogłębienie wiedzy o mechanizmach leżących u podstaw ortoreksji. W szczególności warto przeprowadzić badania podłużne, które pozwolą określić, w jaki sposób objawy ortoreksji rozwijają się w czasie oraz jakie czynniki mogą przyczyniać się do ich nasilenia lub osłabienia. Istotnym krokiem w przyszłości byłoby również rozszerzenie badań na inne grupy zawodowe oraz populację ogólną, aby określić, czy obserwowane zależności mają charakter uniwersalny.

Podsumowując, wyniki niniejszego badania wskazują, że ortoreksja stanowi istotny problem wśród studentów kierunków medycznych i dietetycznych. Wskazano na konieczność dalszej edukacji i interwencji profilaktycznych, aby promować zdrowe podejście do

odżywiania, które nie prowadzi do skrajnych restrykcji i nie zaburza codziennego funkcjonowania jednostki.

11. Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania można sformułować następujące wnioski o istotnym znaczeniu zarówno teoretycznym, jak i praktycznym.

1. Ortoreksja jako zjawisko szczególnie rozpowszechnione wśród studentów kierunków medycznych – analiza wyników potwierdziła, że osoby studiujące kierunki związane z naukami o zdrowiu wykazują wyższy poziom objawów ortorektycznych. Może to wynikać z nadmiernej internalizacji zasad zdrowego odżywiania oraz silnej potrzeby samokontroli wśród przyszłych specjalistów ochrony zdrowia. Wyniki te wskazują na konieczność uwzględnienia treści edukacyjnych dotyczących zaburzeń odżywiania w programach kształcenia studentów medycyny i dietetyki.
2. Silna korelacja między wskaźnikiem BMI a nasileniem objawów ortoreksji – osoby z niższym wskaźnikiem masy ciała częściej wykazywały ortorektyczne wzorce zachowań żywieniowych. Oznacza to, że restrykcyjne podejście do jedzenia może prowadzić do znacznego ograniczenia podaży energetycznej, co w dłuższej perspektywie może skutkować nie tylko obniżeniem masy ciała, ale także deficytami żywieniowymi i negatywnymi skutkami zdrowotnymi.
3. Zachowania żywieniowe jako istotny czynnik różnicujący osoby z nasilonymi objawami ortoreksji – wyniki badań wskazują, że osoby z wysokim wynikiem w skali ORTO-15 częściej eliminują określone grupy pokarmowe, unikają spożywania posiłków poza domem i stosują surowe, restrykcyjne zasady dotyczące doboru i przygotowywania jedzenia. Zachowania te, choć mogą być postrzegane jako świadome wybory prozdrowotne, w rzeczywistości mogą wskazywać na mechanizmy charakterystyczne dla zaburzeń odżywiania.
4. Opracowany profil osoby z nasilonymi objawami ortoreksji – na podstawie przeprowadzonych analiz opracowano szczegółowy profil jednostki wykazującej tendencje ortorektyczne. Osoby te najczęściej charakteryzują się niskim wskaźnikiem BMI, studiują kierunki związane z ochroną zdrowia, wykazują wysoką dbałość o jakość spożywanej żywności, eliminują określone produkty oraz unikają spożywania posiłków w miejscach publicznych. Profil ten może być wykorzystany w przyszłych badaniach do identyfikacji osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka oraz jako punkt wyjścia do projektowania programów interwencyjnych.
5. Konieczność wdrożenia programów profilaktycznych – wyniki niniejszego badania wskazują na pilną potrzebę wprowadzenia działań prewencyjnych w środowisku

akademickim, szczególnie na kierunkach związanych z ochroną zdrowia. Programy edukacyjne powinny obejmować moduły dotyczące elastycznego podejścia do diety, konsekwencji nadmiernej kontroli nad jedzeniem oraz strategii radzenia sobie ze stresem i presją społeczną związaną ze zdrowym stylem życia.

6. Kierunki przyszłych badań – dalsze badania powinny skupić się na analizie długoterminowych konsekwencji ortoreksji, z uwzględnieniem zarówno aspektów zdrowotnych, jak i psychospołecznych. Istotnym kierunkiem badań jest także eksploracja roli czynników psychologicznych, takich jak poziom lęku, samokontrola czy podatność na wpływy społeczne, w kształtowaniu ortorektycznych wzorców żywieniowych. Ponadto konieczne jest przeprowadzenie badań podłużnych, które pozwolą na określenie dynamiki rozwoju tego zjawiska oraz identyfikację czynników predysponujących do jego wystąpienia.

Przeprowadzone badanie stanowi istotny wkład w rozwój badań nad ortoreksją, wskazując na jej szczególną obecność wśród studentów kierunków medycznych. Wyniki dostarczają cennych informacji na temat mechanizmów leżących u podstaw tego zjawiska oraz implikacji zdrowotnych i społecznych, które mogą wynikać z jego nasilonego przebiegu. Konieczne jest kontynuowanie badań nad tym obszarem, zarówno w kontekście naukowym, jak i praktycznym, w celu opracowania skutecznych strategii interwencyjnych i profilaktycznych.

Bibliografia

1. Ogden J. *Psychologia odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2020.
2. Rychlik E, Stoś K, Woźniak A, i wsp. *Normy żywienia dla populacji Polski*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy; 2024.
3. Ciborowska H, Ciborowski A. *Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2021.
4. Lech M, Orywał K, Waszkiewicz N. Zaburzenia odżywiania. W: Ostrowska L, Orywał K, Stefańska E, Lech M, Waszkiewicz N, red. *Diagnostyka laboratoryjna w dietetyce*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2018. s. 132–151.
5. Pilska M, Jeżewska-Zychowicz M. *Psychologia żywienia – wybrane zagadnienia*. Warszawa: SGGW; 2008.
6. Babicz-Zielińska E. Role of psychological factors in food choice – a review. *Pol J Food Nutr Sci*. 2006;56(4):379–84.
7. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Massimetti G, Pini S, Rivetti L, iwsp. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *RivPsichiatri*. 2016;51(5):190–6.
8. Elimelech E, Mintz KK, Katz-Gerro T, Segal-Klein H, Hussein L, Ayalon O. Between perceptions and practices: The religious and cultural aspects of food wastage in households. *Appetite*. 2023;180:106374. doi:10.1016/j.appet.2022.106374.
9. Uliaszek S. Nutritional anthropology in the world. *J Physiol Anthropol*. 2024;43(1):10. doi:10.1186/s40101-023-00345-0.
10. Bouima S. De l’identité au soin, regard socio-anthropologique sur l’alimentation [A socio-anthropological look at food, from identity to care]. *RevInfirm*. 2021;70(274):22–4. doi:10.1016/j.revinf.2021.07.005.
11. Jaworski M, Fabisiak A. Psychospołeczne determinanty wyboru żywności. *Zesz Nauk Uniw Zielonogórskiego*. 2017;54(3):17–29.
12. Van Ittersum K, Wansink B. Plate size and color suggestibility: The Delboeuf illusion’s bias on serving and eating behavior. *J Consum Res*. 2012;39(2):215–28. doi:10.1086/662615.

13. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402–13.
14. Romano KA, Heron KE, Amerson R, Howard LM, MacIntyre RI, Mason TB. Changes in disordered eating behaviors over 10 or more years: a meta-analysis. *Int J EatDisord*. 2020;53(7):1034–55.
15. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. pacjent.gov.pl [Internet]. [cited 2024 Aug 8]. Available from: <https://www.pacjent.gov.pl>
16. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in The Netherlands. *Int J EatDisord*. 2006;39(7):565–9.
17. Jabłońska E, Błądkowska K, Bronkowska M. Zaburzenia odżywiania jako problem zdrowotny i psychospołeczny. *Kosmos Probl Nauk Biol*. 2019;68(1):121–32.
18. Suarez-Albor CL, Galletta C, Gómez-Bustamante EM. Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Acta Biomed*. 2022;93(3):e2022253.
19. Hadjigeorgiou C, Solea A, Esteche Querol S, Keski-Rahkonen A, Michels N, Russo P, et al. Disordered eating in three different age groups in Cyprus: a comparative cross-sectional study. *Public Health*. 2018;162:104–10.
20. Ghazzawi HA, Nimer LS, Sweidan DH, Alhaj OA, Abulawi D, Amawi AT, et al. The global prevalence of screen-based disordered eating and associated risk factors among high school students: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *J EatDisord*. 2023;11(1):128. doi:10.1186/s40337-023-00849-1.
21. Nijakowski K, Jankowski J, Gruszczyński D, Surdacka A. Eating disorders and dental erosion: a systematic review. *J Clin Med*. 2023;12(19):6161.
22. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global proportion of disordered eating in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2023;177(4):363–72. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.5848.
23. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(6):423–37.
24. Filipponi C, Visentini C, Filippini T, Cutino A, Ferri P, Rovesti S, et al. The follow-up of eating disorders from adolescence to early adulthood: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16237.

25. Chan CCK, Chen AM, Lam PPY. Oral health status of individuals with eating disorders: systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2024;151:105427. doi:10.1016/j.jdent.2024.105427.
26. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *EatWeightDisord.* 2022;27(2):415–28.
27. World Health Organization. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: rewizja 10, tom 1*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2012.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
29. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Taste sensitivity in anorexia nervosa: a systematic review. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):771.
30. Lozano-Muñoz N, Borrallo-Riego Á, Guerra-Martín MD. [Impact of social network use on anorexia and bulimia in female adolescents: a systematic review]. *AnSistSantNavar.* 2022;45(2):e1009. Spanish.
31. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J EatDisord.* 2023;11(1):8. doi:10.1186/s40337-022-00717-4.
32. Bryńska A. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2023.
33. Jagielska G. Etiologia zaburzeń autystycznych. W: Komender J, Jagielska G, Bryńska A, red. *Autyzm i Zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014. s. 17–31.
34. Strahler J, Wachten H, Mueller-Alcazar A. Obsessive healthy eating and orthorexic eating tendencies in sport and exercise contexts: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Addict.* 2021;10(3):456–70.
35. Nevin SM, Vartanian LR. The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *J EatDisord.* 2017;5(1):1–10.
36. Carlson JL, Lemly DC. Medical Considerations and Consequences of Eating Disorders. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2024 Jul;22(3):301-306. doi: 10.1176/appi.focus.20230042.
37. Cass K, McGuire C, Bjork I, Sobotka N, Walsh K, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa. *Psychosomatics.* 2020;61(6):625–31. doi:10.1016/j.psych.2020.06.020.

38. Hafstad SM, Bauer J, Harris A, Pallesen S. The prevalence of orthorexia in exercising populations: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord.* 2023;11(1):15.
39. Krzymień J, Kryńska Ł. Psychogenne zaburzenia odżywiania u osób z cukrzycą. *Przew Lek.* 2005;8(3):32–5.
40. Oketah NO, Hur JO, Talebloo J, Cheng CM, Nagata JM. Parents' perspectives of anorexia nervosa treatment in adolescents: a systematic review and metasynthesis of qualitative data. *J EatDisord.* 2023;11(1):193.
41. Hay PJ, Claudino AM. Bulimia nervosa: online interventions. *BMJ ClinEvid.* 2015;2015:1009.
42. Bratman S, Knight D. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa – Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* New York: Broadway Books; 2000.
43. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, et al. Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviours in women ages 25–45. *EatWeightDisord.* 2009;14:190–8.
44. Simpson CC, Mazzeo SE. Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM-5 eating disorders. *Int J EatDisord.* 2017;50(7):781–92. doi:10.1002/eat.22710.
45. Motorga R, et al. Eating disorders in medical students: prevalence, risk factors, comparison with the general population. *Front Psychol.* 2025. doi:10.3389/fpsyg.2024.1515084.
46. Gortat M, Samardakiewicz M, Perzyński A. Ortoreksja – wypaczone podejście do zdrowego odżywiania się. *Psychiatr Pol.* 2021;55(2):421–33.
47. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://icd.who.int/>
48. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *NeuropsychiatrDisTreat.* 2016;12:1651–60.
49. Lopes MP, Robinson L, Stubbs B, Dos Santos Alvarenga M, Araújo Martini L, Campbell IC, et al. Associations between bone mineral density, body composition and amenorrhoea in females with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *J EatDisord.* 2022;10(1):173.
50. Foyster M, Sultan N, Tonkovic M, Govus A, Burton-Murray H, Tuck CJ, Biesiekierski JR. Assessing the presence and motivations of orthorexia nervosa among athletes

- and adults with eating disorders: a cross-sectional study. *Eat Weight Disord.* 2023 Dec 9;28(1):101. doi: 10.1007/s40519-023-01631-7.
51. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutr.* 2010;13:32–7
 52. Çiçekoğlu Öztürk P, Kaya Şenol D. Determining the relationship between Orthorexia Nervosa risk and body image in pregnancy. *Malawi Med J.* 2024;36(3):227-233. doi: 10.4314/mmj.v36i3.9.
 53. Ziółkowska B, Ocalewski J. Anorexia readiness syndrome – about the need for early detection of dietary restrictions. Pilot study findings. *Psychiatr Pol.* 2021;55(5):1079–91.
 54. Starzomska M, Wilkos E, Kucharska K. Współczesne oddziaływania psychoterapeutyczne wobec pacjentów z jadłowstrętem psychicznym – przegląd badań. *Psychiatr Pol.* 2018;52(4):663–72. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/73733.
 55. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York: Guilford Press; 2008.
 56. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):509–28.
 57. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1–25.
 58. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press; 1999.
 59. Schmidt U, Treasure J, Bell L. Cognitive analytic therapy for anorexia nervosa: an integrative approach. *Br J Clin Psychol.* 2012;51(1):19–37.
 60. Key A, George CL, Beattie D, Stammers K, Lacey JH. Body image therapy for anorexia nervosa: a pilot study. *Int J EatDisord.* 2002;32(3):345–51.
 61. Tchanturia K, Lloyd S, Lang K. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: development, theoretical background and pilot applications. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014;45(1):136–43.
 62. Davies H, Wolz I, Leppanen J, Tchanturia K. Cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: a pilot study. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(4):323–6.

63. Schmidt U, Wade TD, Treasure J. The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key principles, and preliminary evidence. *J Cogn Psychother*. 2015;29(1):48–66.
64. Heruc G, et al. ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *J Eat Disord*. 2020;8(1):63. doi:10.1186/s40337-020-00341-0.
65. Hart S, Russell J, Abraham S. The REAL Food Guide: development of a food guide for use in the treatment of eating disorders. *J Eat Disord*. 2018;6(1):1–12.
66. Lindvall DC, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017;5(1):1–10.
67. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord*. 2004;9(2):151–7. doi:10.1007/BF03325060.
68. Barlow IU, Lee E, Saling L. Orthorexia nervosa versus healthy orthorexia: Anxiety, perfectionism, and mindfulness as risk and preventative factors of distress. *Eur Eat Disord Rev*. 2024;32(1):130-147. doi: 10.1002/erv.3032.
69. Fekih-Romdhane F, et al. The prevalence of feeding and eating disorders symptomatology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eat Weight Disord*. 2022;27(6):1991–2010. doi:10.1007/s40519-021-01351-w.
70. Cosh SM, Olson J, Tully PJ. Exploration of orthorexia nervosa and diagnostic overlap with eating disorders, anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord*. 2023 Nov;56(11):2155-2161. doi: 10.1002/eat.24051.
71. Koven NS, Wabry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:385–94.
72. Łucka I, Janikowska-Hołoweńko D, Domarecki P, Plenikowska-Ślusarz T, Domarecka M. Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych? *Psychiatr Pol*. 2018;97(1):1–12.
73. Moroze RM, Dunn TM, Holland JC, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 2015;56(4):397–403.

74. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *EatWeightDisord.* 2019;24(2):209–46.
75. Kałędkiewicz E, Doboszyńska A. Ortoreksja na tle innych zaburzeń odżywiania. *Wybrane Problemy Kliniczne.* 2013:307–15.
76. Segura-García C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni I, et al. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *EatWeightDisord.* 2015.
77. Brytek-Matera A, Plasonja N, Décamps G. Assessing orthorexia nervosa: validation of the Polish version of the Eating Habits Questionnaire in a general population sample. *Nutrients.* 2020;12(12):3820.
78. Budhiwianto S, Bennett CJ, Bristow CA, Dart J. Global prevalence of eating disorders in nutrition and dietetic university students: a systematic scoping review. *Nutrients.* 2023;15(10):2317.
79. Atchison AE, Zickgraf HF. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: a systematic review of the literature. *Appetite.* 2022;177:106134. doi:10.1016/j.appet.2022.106134.
80. **Zohar AH, Zamir M, Lev-Ari L, Bachner-Melman R.** Too healthy for their own good: orthorexia nervosa and compulsive exercise in the community. *Eat Weight Disord.* 2023;28(1):55. doi:10.1007/s40519-023-01575-y.
81. Michalska P, et al. Perfekcjonizm i wskaźnik masy ciała jako czynniki ryzyka zachowań ortorektycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2020;26(4):366–71.
82. Centrum Dobrej Terapii. Czym jest perfekcjonizm? [Internet]. [cited 2024 Dec 28]. Available from: <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/czym-jest-perfekcjonizm>
83. Janas-Kozik M, et al. Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatr Pol.* 2012;46(3):441–50.
84. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav.* 2016;21:11–7. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.
85. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *EatWeightDisord.* 2017;22(2):277–84. doi:10.1007/s40519-017-0364-2.
86. Ng QX, Lee DYX, Yau CE, Han MX, Liew JJJ, Teoh SE, et al. On orthorexia nervosa: a systematic review of reviews. *Psychopathology.* 2024;57(4):345–58. doi:10.1159/000536379.

87. Basaran AG, Ozbek YD. A study of the relationship between university students' food neophobia and their tendencies towards orthorexia nervosa. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(12):958. doi:10.3390/bs13120958
88. Ab Hamid MR, Azman NN, Said N, et al. Orthorexia nervosa and the quality of life among health sciences students in UniversitiTeknologi MARA, Selangor. *EnvironBehav Proc J*. 2018;3(7):121–6.
89. Herranz Valera J, Acuña Ruiz P, Romero Valdespino B, et al. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *EatWeightDisord*. 2014;19:469–72.
90. Almeida C, Vieira BV, Santos L. Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eat Weight Disord*. 2018;2:443–51.
91. Ziółkowska B, Ocalewski J, Dąbrowska A. The associations between the anorexic readiness syndrome, familism, and body image among physically active girls. *Front Psychiatry*. 2022.
92. Olivo G, Gaudio S, Schiöth HB. Brain and cognitive development in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review of fMRI studies. *Nutrients*. 2019;11(8):1907.
93. Vrabel KR, Waller G, Goss K, Wampold B, Kopland M, Hoffart A. Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: a randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behav Res Ther*. 2024;174:104480. doi:10.1016/j.brat.2024.104480.
94. Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll HA, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *PsychotherP-sychosom*. 2013;82(6):390–8.
95. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361(9355):407–16. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1.
96. **Pratt VB, Hill AP, Madigan DJ.** A longitudinal study of perfectionism and orthorexia in exercisers. *Appetite*. 2023;183:106455. doi:10.1016/j.appet.2023.106455.
97. Brytek-Matera A, Sacre H, Staniszewska A, Hallit S. The prevalence of orthorexia nervosa in Polish and Lebanese adults and its relationship with sociodemographic variables and BMI ranges: a cross-cultural perspective. *Nutrients*. 2020;12(12):3865. doi:10.3390/nu12123865.

98. Rossi AA, Mannarini S, Donini LM, Castelnovo G, Simpson S, Pietrabissa G. Dieting, obsessive-compulsive thoughts, and orthorexia nervosa: Assessing the mediating role of worries about food through a structural equation model approach. *Appetite*. 2024;193:107164. doi:10.1016/j.appet.2023.
99. Unal GA, Kocatepe Avcı U. The mediating role of attitudes towards eating in the relationship between compulsive Instagram use and orthorexia in adults. *Psychol Res Behav Manag*. 2024;17:4237–48. doi:10.2147/PRBM.S491268.
100. McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: a review of psychosocial risk factors. *Appetite*. 2019;140:50–75.
101. Łucka I, Mazur A, Łucka A, Sarzyńska I, Trojaniak J, Kopańska M. Orthorexia as an eating disorder spectrum—a review of the literature. *Nutrients*. 2024;16(19):3304. doi:10.3390/nu16193304.
102. Kesby A, Maguire S, Brownlow R, Grisham JR. Intolerance of uncertainty in eating disorders: an update on the field. *Clin Psychol*. 2017;56:94–105.
103. Thorne J, Hussain M, Mantzios M. Exploring the relationship between orthorexia nervosa, mindful eating and guilt and shame. *Health Psychol Rep*. 2022;11(1):38–47. doi:10.5114/hpr/152733.
104. Brytek-Matera A, Czepczor-Bernat K, Jurzak H, Kornacka M, Kołodziejczyk N. Strict health-oriented eating patterns (orthorexic eating behaviours) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eat Weight Disord*. 2019;24(3):441–52. doi:10.1007/s40519-018-0563-5.
105. Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—a literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5488.
106. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12(4):871–8.
107. Klasyfikacja i ocena zaburzeń odżywiania – Dietylla-psychoterapia i psychodietetyka [Internet]. [cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://www.dietylla.pl>
108. Orbitello B, Ciano R, Corsaro M, Rocco PL, Taboga C, Tonutti L, et al. The EAT-26 as a screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *Int J Obes*. 2006;30:977–81.
109. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional EDI for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2:15–34.

110. Thiel A, Paul T. Test–retest reliability of the Eating Disorder Inventory 2. *J Psychosom Res.* 2006;61(4):567–9. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.02.015.
111. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999;319(7223):1467–8. doi:10.1136/bmj.319.7223.1467.
112. Psychologia Zaburzeń. SCOFF test zaburzeń odżywiania [Internet]. psychologiazaburzen.pl; [cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://www.psychologiazaburzen.pl>
113. Cottom MJ. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med.* 2003. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x.
114. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005;10(2):e28–32. doi:10.1007/BF0332
115. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. When eating right is measured wrong: a validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS One.* 2015;10(8):e0135772. doi:10.1371/journal.pone.0135772.
116. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Die Düsseldorfer Orthorexie Skala – Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung orthorektischen Ernährungsverhaltens. *Z Klin Psychol Psychother.* 2015;44:97–105.
117. Rudolph S, Göring A, Jetzke M, Großarth D, Rudolph H. Zur Prävalenz von orthorektischem Ernährungsverhalten bei sportlich aktiven Studierenden. *Dtsch Z Sportmed.* 2017;68(1):10–3.
118. Chard CA, Hilzendegen C, Barthels F, Stroebele-Benschop N. Psychometric evaluation of the English version of the Düsseldorf Orthorexie Scale (DOS) and the prevalence of orthorexia nervosa among a U.S. student sample. *Eat Weight Disord.* 2019;24(2):275–81.
119. Hyrnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2016;20(3):199–203. doi:10.1080/13651501.2016.1197271.
120. Barrada JR, Roncero M. Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *An Psicol.* 2018;34(2):283–91.
121. Valente M, Syurina EV, Donini LM. Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search. *Eat Weight Disord.* 2019;24(4):671–82.

122. **Nauta K, Toxopeus K, Eekhoff EM.** Ondervoeding door een extreemgezondheidsdieet [Malnutrition due to an extremely 'healthy' diet; a new eating disorder?]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2016;160:A9164. Dutch.
123. Pruneti C, Coscioni G, Guidotti S. A systematic review of clinical psychophysiology of obsessive-compulsive disorders: does the obsession with diet also alter the autonomic imbalance of orthorexic patients? *Nutrients.* 2023;15(3):755.
124. Czabała C. *Czynniki leczące w psychoterapii.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1997.
125. Janicki A. „Inni”, czyli ci, którzy własną twórczość traktują jako autoterapię. W: Araszkiewicz A, Bartczak A, Janicki A, Cholewiński A, red. *Twórczość bez granic* [katalog wystawy z okazji XXXIX Zjazdu Psychiatrów Polskich, Bydgoszcz–Toruń 3–6 czerwca 1998]. Bydgoszcz; 1998.
126. Horovitz O, Argyrides M. Orthorexia and orthorexia nervosa: a comprehensive examination of prevalence, risk factors, diagnosis, and treatment. *Nutrients.* 2023;15:3851. doi:10.3390/nu15173851.
127. McInerney EG, Stapleton P, Baumann O. A systematic review on the prevalence and risk of orthorexia nervosa in health workers and students. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21:1103. doi:10.3390/ijerph21081103.
128. Fidan T, Ertekin V, İşikay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010;51:49–54.
129. Grammatikopoulou M, Gkiouras K, Markaki A, et al. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eat Weight Disord.* 2018;23:459–67.
130. Yilmazel G. Orthorexia tendency and social media addiction among candidate doctors and nurses. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(4):1846–52. doi:10.1111/ppc.12758.
131. Abdullah MA, Hourani HM, Alkhatib B. Prevalence of orthorexia nervosa among nutrition students and nutritionists: pilot study. *Clin Nutr ESPEN.* 2020;40:144–8.
132. Skrzypek M, et al. Rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych i sposoby rozumienia zdrowia przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [Prevalence of orthorexic eating behaviours and ways of understanding health by students of the Medical University in Lublin]. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2021;27(4):473–9.
133. Bo S, Zoccali R, Ponzio V, Soldati L, De Carli L, Benso A, et al. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are any associations? *J Transl Med.* 2014;12:221.

134. Bundros J, Clifford D, Silliman K, Neyman Morris M. Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*. 2016 Jun 1;101:86–94. doi:10.1016/j.appet.2016.02.144. PMID: 26923745.
135. Aktürk Ü, Gül E, Erci B. The effect of orthorexia nervosa levels on nursing students' diet behaviours and socio-demographic characteristics. *Ecol Food Nutr*. 2019;58:397–409.
136. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;49:661–6.
137. Parra-Fernández ML, Rodríguez-Cano T, Onieva-Zafra MD, Perez-Haro MJ, Casero-Alonso V, Fernández-Martinez E, Notario-Pacheco B. Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):364. doi:10.1186/s12888-018-1943-0.
138. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecol Food Nutr*. 2015;54:303–13.
139. Dittfeld A, Gwizdek K, Koszowska A, Nowak I, et al. Assessing the risk of orthorexia in dietetic and physiotherapy students using the BOT (Bratman test for orthorexia). *PediatrEndocrinolDiabetesMetab*. 2016;22:6–14.
140. Lakritz C, Tête N, Iceta S, Lafraire J. Orthorexia nervosa tendencies and risk of eating disorders among culinary arts students: a comparative study with dietetics students. *J Hum Nutr Diet*. 2024;37(6):1547–57. doi:10.1111/jhn.13368.
141. Wang X, Cheng Z. Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*. 2020;158(1S):S65–71.
142. McMurry TL, Lobo JM, Kim S, Kang H, Sohn MW. A sampling strategy for longitudinal and cross-sectional analyses using a large national claims database. *Front Public Health*. 2024;12:1257163. doi:10.3389/fpubh.2024.1257163.
143. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. *Dz.U.* 1997, nr 28, poz. 152.
144. Artal R, Rubinfeld S. Ethical issues in research. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol*. 2017;43:107–14. doi:10.1016/j.bpobgyn.2016.12.006.
145. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index [Internet]. [cited 2024 Dec 28]. Available from: <https://www.who.int/>

146. Stochel M, Janas-Kozik M, Zejda JE, Hyrnik J, Jelonek I, Siwiec A. [Validation of ORTO-15 Questionnaire in the group of urban youth aged 15–21]. *Psychiatr Pol.* 2015;49(1):119–34. doi:10.12740/PP/25962.
147. Ogińska-Bulik N, Putyński L. Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta UnivLodz Folia Psychol.* 2000;4:25–31
148. Plichta M, Jeżewska-Zychowicz M. Orthorexic tendency and eating disorders symptoms in Polish students: examining differences in eating behaviors. *Nutrients.* 2020;12:218.
149. Malmborg J, Bremander A, Olsson MC, Bergman S. Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: a comparison between exercise science students and business students. *Appetite.* 2017;109:137–43.
150. Gubiec E, Stetkiewicz-Lewandowicz A, Rasmus P, Sobów T. Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2015;(1):95–100.
151. Stackpole R, Greene D, Bills E, Egan SJ. The association between eating disorders and perfectionism in adults: a systematic review and meta-analysis. *EatBehav.* 2023;50:101769. doi:10.1016/j.eatbeh.2023.101769.
152. Bills E, Greene D, Stackpole R, Egan SJ. Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Appetite.* 2023;187:106586. doi:10.1016/j.appet.2023.106586.
153. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, et al. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord.* 2012;17:e226–33.
154. Hessler-Kaufmann JB, Meule A, Holzapfel C, Brandl B, et al. Orthorexic tendencies moderate the relationship between semi-vegetarianism and depressive symptoms. *EatWeightDisord.* 2020. doi:10.1007/s40519-020-00910-0.
155. European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD). *European Academic and Practitioner Standards for Dietetics* [Internet]. 2016 [cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://www.efad.org>
156. Minister Nauki. Rozporządzenie z dnia 10 października 2024 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu położnej. Dz U. 2024;poz.1514:Załącznik nr 5.
157. Minister Nauki. Rozporządzenie z dnia 10 października 2024 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku fizjoterapia. Dz U. 2024;poz.1514:Załącznik nr 7.

158. Minister Nauki. Rozporządzenie z dnia 10 października 2024 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarstwa. Dz U. 2024;poz.1514:Załącznik nr 4.
159. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej. Talerz Zdrowego Żywnienia [Internet]. Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; [b.d.; cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/>
160. Mróz MW, Korek M. Ortoreksja – nowa jednostka chorobowa związana z zaburzonymi wzorcami odżywiania. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2020;26(2):102–5.
161. Gałdzińska A, Jagielski P, Baran P. The risk of orthorexia and the prevalence of emotional eating behaviours among Polish military flying personnel in relation to body mass index (BMI) and sociodemographic factors. *Nutrients*. 2024;16(5):682. doi:10.3390/nu16050682.
162. Mallaram GK, Sharma P, Kattula D, Singh S, Pavuluru P. Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: a cross-sectional study among female medical students. *J Eat Disord*. 2023;11(1):225. doi:10.1186/s40337-023-00945-2.
163. Fixsen A, Cheshire A, Berry M. The social construction of a concept—Orthorexia nervosa: morality narratives and psycho-politics. *Qual Health Res*. 2020;30(7):1101–13. doi:10.1177/1049732320911364.
164. Greville-Harris M, Smithson J, Karl A. What are people's experiences of orthorexia nervosa? A qualitative study of online blogs. *Eat Weight Disord*. 2020;25(6):1693–702. doi:10.1007/s40519-019-00809-2.
165. Miley M, Egan H, Wallis D, Mantzios M. Orthorexia nervosa, mindful eating, and perfectionism: an exploratory investigation. *Eat Weight Disord*. 2022;27(7):2869–78. doi:10.1007/s40519-022-01440-4.
166. Novara C, Piasentin S, Mattioli S, Pardini S, Maggio E. Perfectionism or perfectionisms in orthorexia nervosa. *Nutrients*. 2023;15(15):3289. doi:10.3390/nu15153289.

Załączniki

Jestem psychologiem i dietetykiem. Uprzejmie proszę Panią/Pana o wzięcie udziału w badaniu i odpowiedź na pytania zawarte w kwestionariuszu. Ankieta jest anonimowa i dobrowolna, jej rezultaty będą wykorzystane w pracy doktorskiej.

Metryczka

1. *Wiek*:.....
2. *Płeć*:.....
3. *Wykształcenie*:
 - a. Średnie
 - b. Wyższe (I stopnia)
 - c. Wyższe (II stopnia)
4. *Kierunek studiów*:.....
5. *Masa ciała*:.....
6. *Wzrost*:.....
7. Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia?
 - a. Poniżej 3 posiłków
 - b. 3 posiłki
 - c. 4-5 posiłków
 - d. Powyżej 5 posiłków
8. Czy podjadasz między posiłkami?
 - a. Tak
 - b. Nie
9. Jakie najczęściej przekąski wybierasz?
 - a. Słone przekąski
 - b. Słodyczne
 - c. Świeże owoce
 - d. Świeże warzywa
 - e. Suszone owoce
 - f. Orzechy
 - g. inne
10. Czy używasz tłuszczu do smarowania?
 - a. Tak
 - b. nie
11. Jakiego rodzaju tłuszczu do smarowania używasz?
 - a. Masło roślinne
 - b. Masło z mleka

- c. Olej roślinny
 - d. Tłuszcz zwierzęcy
 - e. Awokado
 - f. Inne
12. Czy słodzysz kawę/herbatę?
- a. Tak
 - b. Nie
13. Czego używasz do słodzenia kawy/herbaty?
- a. Cukru białego
 - b. Cukru brązowego
 - c. Słodziku
 - d. Miodu
 - e. Syropu
 - f. Inne
14. Czy codziennie spożywasz warzywa?
- a. Tak
 - b. Nie
15. Czy codziennie spożywasz owoce?
- a. Tak
 - b. Nie
16. Czy spożywasz żywność typu fast food?
- a. Tak
 - b. Nie
17. Jak często spożywasz żywność typu fast food?
- a. Raz w miesiącu
 - b. Kilka razy w miesiącu
 - c. Raz w tygodniu
 - d. 2-3 razy w tygodniu
 - e. 4-6 razy w tygodniu
 - f. Codziennie
 - g. Rzadziej niż raz w tygodniu
18. Czy spożywasz pieczywa razowe ?
- a. Tak
 - b. Nie
19. Jak często spożywasz pieczywo razowe?
- a. Raz w tygodniu
 - b. 2-3 razy w tygodniu
 - c. 4-5 razy w tygodniu
 - d. 6 razy w tygodniu

- e. Codziennie
 - f. Rzadziej niż raz w tygodniu
20. Czy spożywasz mięso?
- a. Tak
 - b. Nie
21. Jaki gatunek mięsa najczęściej spożywasz?
- a. Drób
 - b. Wołowina
 - c. Wieprzowina
 - d. Inne
22. Czy spożywasz ryby?
- a. Tak
 - b. Nie
23. Jak często spożywasz ryby?
- a. Raz w tygodniu
 - b. 2-3 razy w tygodniu
 - c. 4-5 razy w tygodniu
 - d. 6 razy w tygodniu
 - e. Codziennie
 - f. Rzadziej niż raz w tygodniu
24. Czy spożywasz sery żółte?
- a. Tak
 - b. Nie
25. Jak często spożywasz sery żółte?
- a. Raz w tygodniu
 - b. 2-3 razy w tygodniu
 - c. 4-5 razy w tygodniu
 - d. 6 razy w tygodniu
 - e. Codziennie
 - f. Rzadziej niż raz w tygodniu
26. Czy spożywasz jaja?
- a. Tak
 - b. Nie
27. Jak często spożywasz jaja?
- a. Raz w tygodniu
 - b. 2-3 razy w tygodniu
 - c. 4-5 razy w tygodniu
 - d. 6 razy w tygodniu
 - e. Codziennie

f. Rzadziej niż raz w tygodniu

28. Czy spożywasz nasiona strączkowe?

a. Tak

b. Nie

29. Jak często spożywasz ziemniaki (nie włączając chipsów i frytek)?

a. Codziennie

b. Kilka razy w tygodniu

c. Raz w miesiącu

d. Kilka razy w miesiącu

e. Wcale

30. Czy pijesz napoje gazowane typu cola?

a. Tak

b. Nie

31. Jak często pijesz napoje gazowane typu cola?

a. Codziennie

b. Kilka razy w tygodniu

c. Raz w miesiącu

d. Kilka razy w miesiącu

32. Czy pijesz napoje alkoholowe?

a. Tak

b. Nie

33. Jak często pijesz napoje alkoholowe?

a. Raz w tygodniu

b. Kilka razy w tygodniu

c. Raz w miesiącu

d. Kilka razy w miesiącu

e. Okazjonalnie kilka razy w ciągu roku

34. Jak często spożywasz posiłki poza domem?

a. Raz w tygodniu

b. Kilka razy w tygodniu

c. Codziennie

d. Raz w miesiącu

e. Kilka razy w miesiącu

f. Wcale nie spożywam

Kwestionariusz ORTO-15

		Zawsze	Często	Czasem	Nigdy
1	Czy zwracasz uwagę na wartość kaloryczną spożywanych produktów żywnościowych?				
2	Czy czujesz się zdezorientowany/-na w sklepie spożywczym?				
3	Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy myślenie o jedzeniu stanowiło dla Ciebie przedmiot szczególnej troski?				
4	Czy dokonywany przez Ciebie wybór produktów żywnościowych uwarunkowany jest troską o stan zdrowia?				
5	Czy smak jest dla Ciebie najważniejszym kryterium w ocenie jedzenia?				
6	Czy jesteś skłonny/-na wydać więcej pieniędzy, aby zaopatrzyć się w zdrową żywność?				
7	Czy myślenie o zdrowym jedzeniu zajmuje Ci więcej niż 3 godziny dziennie?				
8	Czy pozwalasz sobie na łamanie wyznawanych zasad dotyczących odżywiania?				
9	Czy uważasz, że aktualny nastrój ma wpływ na Twoje zachowania żywieniowe?				
10	Czy uważasz, że przekonanie o zdrowym odżywianiu zwiększa Twoją samoocenę?				
11	Czy sądzisz, że zdrowe odżywianie wpływa na Twój styl życia (często- tliwość wyjść do restauracji, do przyjaciół)?				
12	Czy uważasz, że spożywanie zdrowej żywności może poprawić Twój wygląd?				
13	Czy przeżywasz poczucie winy, gdy dokonujesz odstępstw od wyzna- czonych zasad odżywiania?				
14	Czy sądzisz, że na rynku dostępne są niezdrowe produkty żywnościowe?				
15	Czy obecnie spożywasz posiłki w samotności?				
PUNKTACJA ODPOWIEDZI W KWESTIONARIUSZU ORTO-15					
NUMER PYTANIA		ODPOWIEDŹ			
		Zawsze	Często	Czasem	Nigdy
2, 5, 8, 9		4	3	2	1
3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15		1	2	3	4
1, 13		2	4	3	1

Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem N. Ogińska-Bulik, L. Putyński

1. Często myślę o jedzeniu TAK NIE
2. Rzadko stosuję diety TAK NIE
3. Jedzenie jest ważną częścią mojego życia TAK NIE
4. Czytam i zbieram diety z magazynów i książek TAK NIE
5. Rzadko martwię się o swoją wagę TAK NIE
6. Czasami podjadam w tajemnicy przed innymi TAK NIE
7. Często czuję niepokój, gdy za dużo zjem TAK NIE
8. Inni ludzie komentują mój sposób odżywiania TAK NIE
9. Często jem, nawet wtedy, gdy czuję się już najedzona/y TAK NIE
10. Nie jestem zadowolona/y ze swojej figury TAK NIE
11. Czasami unikam jedzenia nawet gdy odczuwam głód TAK NIE
12. Przypisuje zbyt duże znaczenie swojej wadze ciała TAK NIE

13. Rzadko mam poczucie winy po jedzeniu TAK NIE
14. Gdy jestem zaniepokojona/y lub zdenerwowana/y, jem więcej niż normalnie TAK NIE
15. Czasem, gdy zaczynam jeść czuję, że nie będę mogła/mógł powiedzieć sobie dość TAK NIE
16. Wolałabym/Wolałbym ważyć mniej niż obecnie TAK NIE
17. Rzadko się przejadam TAK NIE
18. Lubię czuć pustkę w żołądku TAK NIE
19. Często jem, chociaż nie odczuwam głodu TAK NIE
20. Mój sposób odżywiania na ogół zależy od mojego nastroju TAK NIE
21. Często stosuje diety TAK NIE
22. Czasami opycham się jedzeniem TAK NIE
23. Rzadko czuje się przejedzona/y TAK NIE
24. Jedzenie ma dla mnie zbyt duże znaczenie TAK NIE
25. W towarzystwie innych jem umiarkowanie, natomiast „pozwalam” sobie na więcej, gdy jestem sam/a TAK NIE
26. Mój żołądek jest jak worek bez dna TAK NIE
27. Świadomie ograniczam się w jedzeniu TAK NIE
28. Gdy się zdenerwuję, to zaczynam jeść TAK NIE
29. Po większym posiłku mam ochotę pozbyć się zbędnych kalorii TAK NIE
30. Jedzenie wprawia mnie w dobry nastrój TAK NIE

ANEKS – ZAŁĄCZNIK 2

Tabela 34. Grupa studentów kierunku pielęgniarstwo

Studenci z BMI poniżej 18,5	Wynik testu ORTO-15
17,5	28
16,5	27
17,6	27
15,5	25
17,6	28
16,5	28
17,8	27
15,4	29
18	36
16	28
17	27
15	26
18	39
16,2	29
16,56	26
15,5	28
17,6	38
15,5	29

Tabela 35. Grupa studentów kierunku położnictwo

Studenci z BMI poniżej 18,5	Wynik testu ORTO-15
17,3	28
16,6	25
16,5	30
17,7	37
15,4	25
17	35
17,5	28
16,5	28
17,6	27
15,5	29
18	35
16	28
17,6	25
15,5	26
18,2	25
16	29
17,6	22
15,5	28
17,3	36
15,4	28

Tabela 36. Grupa studentów kierunku ratownictwo medyczne

Studenci z BMI poniżej 18,5	Wynik testu ORTO-15
18,2	28
18,4	26
17,6	27
18	25
17,5	28
17,8	28
17,6	27
18	29
18	36
18,3	28
17,6	27
18	26
18	36
16	27
17,6	26
18	25

Tabela 37. Grupa studentów kierunku fizjoterapia

Studenci z BMI poniżej 18,5	Wynik testu ORTO-15
18	28
18,2	28
18	28
17,3	30

Tabela 38. Grupa studentów kierunku dietetyka

Studenci z BMI poniżej 18,5	Wynik testu ORTO-15
17,5	28
16,5	25
17,8	27
16,5	28
17,6	27
15,5	25
17,5	27
16,5	30
17,5	28
16,4	28
18	27
15,3	29
18	28
16	28
17,2	27
15,2	26
18	26
16	29
17,6	26
15,5	28
17,4	36
15,3	28

Tabela 39. Grupa studentów kierunku lekarskiego

Studenci z BMI poniżej 18,5	Wynik testu ORTO-15
15,0	26
15,4	29
15,5	27
16,0	28
16,2	29
16,5	28
16,6	26
17,0	27
17,5	28
17,6	38
17,8	27
18,0	38

Spis rycin umieszczonych w pracy

Rycina 1. REAL Food Guide (Recovery from Eating Disorders for Life) . . .	49
Rycina 2. Określenie czym jest porcja	51
Rycina 3. Diagram Venna przedstawiający unikalne i nakładające się na siebie cechy ortoreksji, jadłowstrętu psychicznego i zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD). Źródło: Moroze i wsp. [73].	57

Spis tabel umieszczonych w pracy

1	Czynniki predysponujące do anoreksji. Opracowano na podstawie: [32, 33].	31
2	Czynniki wywołujące anoreksję. Opracowano na podstawie: [32, 33].	33
3	Czynniki podtrzymujące dla anoreksji. Opracowano na podstawie: [32, 33].	34
4	Przegląd wybranych nurtów psychoterapeutycznych stosowanych w leczeniu zaburzeń odżywiania	45
5	Rekomendacje REAL Food Guide dotyczące grup produktów spożywczych, ich ilości i częstotliwości spożycia [65]	50
6	Kryteria diagnostyczne ortoreksji według Morozei wsp. [73]	56
7	Porównanie narzędzi diagnostycznych oceniających ortoreksję	71
8	Konsekwencje fizyczne i psychiczne niedożywienia w ortoreksji	73
9	Podejścia terapeutyczne w leczeniu ortoreksji – przegląd metod interwencyjnych [126]	77
10	Liczebność studentów z poszczególnych kierunkach zakwalifikowanych do badania	92
11	Charakterystyka grupy badawczej pod względem zmiennych socjodemograficznych	100
12	Charakterystyka grup pod względem wskaźnika masy ciała BMI	102
13	Nawyki żywieniowe studentów różnych kierunków studiów	104
14	Częstotliwość spożycia napojów typu cola oraz napojów alkoholowych wśród studentów różnych kierunków studiów	106
15	Średnie wyniki testu ORTO-15 dla każdej z badanych grup	107
16	Porównania wielokrotne, Testem Dunnetta T3, wyników testu ORTO-15 w grupach studentów różnych kierunków medycznych	109
17	Zwyczaje żywieniowe a nasilenie objawów typowych dla ortoreksji	111
18	Różnice w nasileniu objawów typowych dla ortoreksji w odniesieniu do wskaźnika BMI	112
19	Średnie wyniki w skali ORTO-15 w zależności od kategorii BMI	113
20	Porównanie wyników testu ORTO-15 dla studentów z BMI poniżej 18,5 w różnych kierunkach studiów	114
21	Zagrożenie ortoreksją w grupie badanych z BMI wskazującym na niedowagę	115
22	Współczynniki modelu regresji liniowej	115

23	Charakterystyka respondentów pod względem wymiarów Kwestionariusza Moje Zwyczaje Żywieniowe	116
24	Odsetek badanych osób wykazujących restrykcje dietetyczne, nawykowe przejadanie się oraz emocjonalne przejadanie się	117
25	Częstość występowania restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania się oraz emocjonalnego przejadania się wśród studentów różnych kierunków medycznych	118
26	Występowanie ortoreksji w zależności od nawyków żywieniowych dotyczą- cych restrykcji dietetycznych, nawykowego przejadania oraz emocjonalnego przejadania	119
27	Wyniki analizy korelacji Spearmana między ortoreksją a restrykcjami die- tetycznymi, nawykowym przejadaniem się i emocjonalnym przejadaniem . .	120
28	Wyniki Kwestionariusza Moje Zachowania Żywieniowe	122
29	Współczynniki regresji uzyskane w modelu	125
30	Profil demograficzny i behawioralny osób z ortoreksją w porównaniu do ogółu badanej populacji	128
31	Scenariusz spotkania warsztatowego	130
32	Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu PRE / POST	132
33	Wyniki kwestionariusza PRE i POST	133
34	Grupa studentów kierunku pielęgniarstwo	176
35	Grupa studentów kierunku położnictwo	177
36	Grupa studentów kierunku ratownictwo medyczne	178
37	Grupa studentów kierunku fizjoterapia	179
38	Grupa studentów kierunku dietetyka	179
39	Grupa studentów kierunku lekarskiego	180

Spis wykresów umieszczonych w pracy

Wykres 1. Średnie wartości w teście ORTO-15 u respondentów ze wskaźnikiem BMI < 18,5.