



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

Michał Skrzypek^{1, A-F}, Renata Monika Krzyszycha^{2, B-E}, Olga Stachorzecka^{3, A-C}, Karolina Szczygieł^{4, C-D}

¹ Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie, Polska

² Zakład Edukacji Dietetycznej i Żywnościowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

³ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, Polska

⁴ Pracownia Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Skrzypek M, Krzyszycha RM, Stachorzecka O, Szczygieł K. Rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych i sposoby rozumienia zdrowia przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Med Og Nauk Zdr. 2021; 27(4): 473–479. doi: 10.26444/monz/144478

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Zasoby wiedzy na temat rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych, a także ich korelatów nadal są ograniczone. Celem pracy była ocena rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych oraz ich związku ze sposobami rozumienia zdrowia wśród studentów kierunków dietetyka i zdrowie publiczne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Materiał i metody. Badaniami objęto 230 studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, w tym 194 kobiety, studiujących na kierunku dietetyka (124 osoby) oraz na kierunku zdrowie publiczne (106 osób), których średni wiek wynosił 21,4 lat (przy odchyleniu standardowym równym 1,85). Zachowania ortorektyczne oceniono za pomocą kwestionariuszy ORTO-15 oraz testu Bratmana (Bratman Test for Orthorexia), natomiast sposoby rozumienia zdrowia za pomocą Listy Kryteriów Zdrowia Z. Juczyńskiego.

Wyniki. Większe nasilenie zachowań ortorektycznych stwierdzono u studentów dietetyki w porównaniu do studentów zdrowia publicznego. Płeć i poziom studiów nie różnicowały badanych pod względem rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych. Osoby cechujące się prawidłowym stosunkiem do jedzenia w porównaniu do fanatyków zdrowego jedzenia częściej rozumiały zdrowie w kategoriach procesu, celu oraz wyniku, a większe ryzyko wystąpienia ortoreksji wiązało się z częstszym postrzeganiem zdrowia w kategoriach stanu.

Wnioski. Studenci kierunku skoncentrowanego na żywieniu cechują się większym ryzykiem podejmowania zachowań ortorektycznych, jednak wyższy poziom wiedzy z zakresu żywienia człowieka i dietetyki zdobywany w toku studiów nie zwiększa ryzyka. Konieczne są dalsze badania korelatów ryzyka występowania zachowań ortorektycznych w innych kohortach populacji.

■ Słowa kluczowe

ortoreksja, laickie koncepcje zdrowia, kwestionariusz ORTO-15, Bratman Orthorexia Test (BOT), Lista Kryteriów Zdrowia

■ Abstract

Introduction and Objective. The amount of knowledge concerning prevalence of orthorexic eating behaviours and their correlates is still limited. The aim of the study was to assess the prevalence of orthorexic eating behaviours and their connection with ways of understanding health among students of dietetics and public health at the Medical University in Lublin.

Materials and method. The study covered 230 students of the Medical University in Lublin, including 194 female students majoring in dietetics (124) and in public health (106); mean age 21.4 (Standard deviation 1.85). Orthorexic behaviours were assessed using the ORTO-15 and the Bratman Test for Orthorexia questionnaires, while ways of understanding health were evaluated by means of the Z. Juczyński Health Criteria List.

Results. A greater intensification of orthorexic behaviours was reported among students of dietetics, compared to public health students. No differences in the prevalence of orthorexic eating behaviours were observed according to gender and level of studies. The students characterized by the right attitude towards eating, compared to healthy-eating fanatics, understood health in terms of a process, aim, and result, whereas a greater risk of anorexia was caused by a more frequent perception of health as a state.

Conclusions. Students whose field of study focuses on nutrition are characterized by a greater risk of engagement in orthorexic behaviours; however, a higher level of knowledge on human nutrition and dietetics gained in the course of studies does not increase the risk. It is necessary to further investigate the correlates of the risk of orthorexic behaviours in other population cohorts.

■ Key words

orthorexia, lay meanings of health, ORTO-15 Questionnaire, Bratman Orthorexia Test (BOT), The List of Health Criteria

Adres do korespondencji: Renata Monika Krzyszycha, Zakład Edukacji Dietetycznej i Żywnościowej, Uniwersytet w Lublinie, ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin
E-mail: renata.krzyszycha@umlub.pl

Nadesłano: 11.08.2021; zaakceptowano do publikacji: 3.12.2021; publikacja online: 15.12.2021

WPROWADZENIE

Pojęcie *orthorexia nervosa* (ON) pochodzi z języka greckiego (*ortho* – prawidłowy, właściwy; *orexis* – apetyt, pożądanie). Zostało zaproponowane w roku 1997 przez amerykańskiego lekarza Stevena Bratmana w książce pt. *Health Food Junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating* (tytuł polski: *W szponach zdrowej żywności*), napisanej na podstawie doświadczeń własnych tego lekarza [1–6]. Tworząc pojęcie *orthorexia nervosa*, Bratman wzorował się na nazwach innych istniejących już zaburzeń odżywiania, takich jak *bulimia nervosa* i *anorexia nervosa*. Zdefiniował także wstępnie opisane przez siebie zaburzenie. W roku 2018 H. Cena i wsp. (w gronie współautorów tej publikacji znajduje się także S. Bratman) [1] stwierdzają, że w związku z brakiem powszechnie akceptowanej definicji ON należy dążyć do wypracowania konsensusu w tej kwestii. Na podstawie przeglądu literatury przedmiotowej dotyczącej ON opublikowanej do roku 2018 autorzy wyłonili trzy słowa kluczowe, najczęściej stosowane w dotychczas zaproponowanych definicjach ON: *obsession* – zwracające uwagę na utrwalone i niepokojące wzorce myślenia, *fixation* – wskazujące na stereotypowe zachowania powiązane z obsesyjnym myśleniem, a także *concern/preoccupation* – sygnalizujące zupełne zaangażowanie uwagi kwestiami zdrowego żywienia [1].

Obraz kliniczny ON cechuje się wdrażaniem rygorystycznych restrykcji żywieniowych, co może prowadzić do występowania somatycznych konsekwencji zdrowotnych, w tym do obniżenia masy ciała poniżej normy, niedożywienia, zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej, zaburzeń hormonalnych czy depresyjnych [7]. Należy podkreślić, że istotą zaburzenia jest koncentracja na jakości spożywanych produktów, nie zaś na ich ilości. Restrykcje dietetyczne mogą prowadzić do niedoborów żywieniowych, a wtórnie mogą także wywoływać skutki społeczne, powodując m.in. ograniczenie kontaktów interpersonalnych [2, 8, 9, 10]. Niezwykle istotne jest wczesne rozpoznanie pierwszych nieprawidłowych zachowań oraz objawów ON, gdyż w pełni rozwinięta jest trudna do całkowitego wyleczenia [11, 12].

Toczy się obecnie dyskusja, czy ON należy traktować jako jednostkę chorobową, jako podtyp zaburzeń odżywiania, wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, czy też ON stanowi jedynie odmianę nieprawidłowych nawyków żywieniowych [13, 14]. Badaczy i praktyków interesuje w szczególności podobieństwo ON do zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego (ang. *obsessive-compulsive disorder*, OCD), polegające na tym, że w przebiegu ON występują: obsesyjne myślenie o określonych, preferowanych rodzajach jedzenia i sposobach jego przyrządzania, a także kompulsywne zachowania dotyczące sposobów przygotowywania jedzenia. Nie ma jednak w ON, zdaniem M. Janas-Kozik i wsp., poczucia choroby, co odróżnia ON od OCD, gdzie symptomatologia jest uciążliwa dla chorego [2]. Z tego względu ON rzadko jest powodem konsultacji klinicznych [1].

Ortoreksja jest trudna do zdiagnozowania, ponieważ nie wiadomo, gdzie przebiega granica pomiędzy prawidłowymi zachowaniami prozdrowotnymi a ich nadmiarową, patologiczną manifestacją [15]. Janas-Kozik i wsp. [2] zwracają uwagę, że norma kończy się tam, gdzie „codzienna aktywność zdominowana zostaje przez planowanie, kupowanie i przygotowywanie posiłków”, zgodnie z narzuconym sobie reżimem żywieniowym, mającym na celu spożywanie zdrowej żywności, wskutek czego dochodzi do zaburzeń funkcjonowania

społecznego i ograniczenia kontaktów interpersonalnych. Kontrowersje dotyczące pozycji ortoreksji w klasyfikacji zaburzeń odżywiania, a także w szerszej kategorii zaburzeń psychicznych wynikają z tego, że brakuje danych na temat charakterystycznych cech odróżniających to zaburzenie od innych zaburzeń odżywiania, pozwalających na jej zaklasyfikowanie jako specyficznego unikalnego zaburzenia. Sugeruje się, że badania nad ortoreksją powinny być ukierunkowane na sformułowanie kryteriów diagnostycznych, które nie pokrywałyby się z cechami innych zaburzeń odżywiania [16].

Do chwili obecnej żadna z istniejących klasyfikacji zaburzeń psychicznych, czyli: DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ani też ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), nie uwzględniają ortoreksji jako odrębnego zaburzenia, nie ma także jednolitych kryteriów diagnostycznych [1, 2, 5, 17–19].

T.M. Dunna i S. Bratman w roku 2016 zasugerowali, że jako kluczowe kryteria diagnostyczne ON powinny być potraktowane dwie kwestie: „obsesyjna koncentracja na praktykach żywieniowych, co do których osoba wierzy, że pozwalają osiągnąć optymalne samopoczucie i zdrowie (*well-being*), obejmujących sztywne zasady żywieniowe, nawracające i przetrwałe zaangażowania dotyczące jedzenia, zachowania kompulsywne”, a także „wtórne, klinicznie istotne upośledzenie (*impairment*), m.in. powikłania medyczne lub psychiczne, doświadczenie stresu, i/lub upośledzenie w ważnych obszarach funkcjonowania” [1]. Do celów diagnozy ortoreksji dla potrzeb badań naukowych wykorzystywane są: Bratman Test for Orthorexia (BOT) oraz ORTO-15 Questionnaire [1, 15, 20]. Oba wskazane narzędzia zostały zastosowane w raportowanych badaniach własnych.

ON dotyczy w szczególności ludzi młodych [3, 21, 22]. Badania wskazują, że zjawisko to często dotyczy osób związanych zawodowo z tematyką zdrowego odżywiania [23–25] oraz pracujących w zawodach medycznych [26]. Zwłaszcza studentów kierunków dietetyka i zdrowie publiczne uważa się za obarczonych wysokim ryzykiem wystąpienia zaburzeń ortorektycznych, ponieważ są oni podmiotem intensywnej edukacji z zakresu zasad prawidłowego żywienia, a ponadto z racji zainteresowań zawodowych (dotyczy to zwłaszcza studentów dietetyki) systematycznie poszerzają swoją wiedzę z zakresu nauk o żywieniu przede wszystkim w aspekcie nowatorskich nurtów żywieniowych, modnych produktów spożywczych oraz alternatywnych sposobów żywienia.

Zachowania ortorektyczne w badaniach własnych analizowane będą w kontekście sposobów rozumienia zdrowia przez studentów, które będą zmienną niezależną. Będące przedmiotem intensywnych badań na gruncie socjologii i psychologii zdrowia tzw. laickie koncepcje zdrowia (ang. *lay meanings of health*) wpływają na podejmowane przez jednostkę zachowania zdrowotne. Poznanie laickich koncepcji zdrowia pozwala objaśnić motywacje ludzkich działań dotyczących ochrony i zachowania zdrowia. Oceny tej zmiennej dokonano za pomocą standaryzowanego narzędzia pn. Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) Z. Juczyńskiego, które pozwala uchwycić sposoby laickich konceptualizacji zdrowia w kategoriach właściwości, stanu, wyniku, procesu i celu [27]. Rozumienie zdrowia jako właściwości przejawia się preferowaniem stwierdzeń dotyczących rzadkiego przyjmowania leków, posiadania dobrego nastroju, nieodczuwania dolegliwości, niechorowania, posiadania zdrowych oczu, włosów, skóry, sprawnych części ciała oraz niekorzystania

z porad lekarskich (7 stwierdzeń). Pojmowanie zdrowia w kategoriach celu łączy się z nadzieją dożycia starości, byciem odpowiedzialnym oraz akceptowaniem siebie, własnych możliwości i niedostatków (3 stwierdzenia). Zdrowie jako stan to w ujęciu zaproponowanym przez LKZ poczucie bycia szczęśliwym, umiejętność cieszenia się życiem czy dobre samopoczucie (3 stwierdzenia). Rozumienie zdrowia jako procesu zwraca uwagę na kwestie umiejętności współżycia społecznego, rozwiązywania problemów, przystosowania do zmian, umiejętności pracy bez napięcia i stresu oraz panowania nad popędami/emocjami (5 stwierdzeń). Ostatni ujęty w LKZ sposób rozumienia zdrowia, a mianowicie jako wyniku, zwraca uwagę na zachowania cechujące się prozdrowotnym potencjałem, dotyczące m.in. odżywiania, snu, stosowania używek etc. [27].

Inspiracją do badań własnych jest brak danych dotyczących rozpowszechnienia ortoreksji wśród studentów kierunków dietetyka i zdrowie publiczne, które w szczególności sposób są skoncentrowane na problematyce prozdrowotnych stylów życia i zachowań żywieniowych, a także dotyczących związku zachowań ortorektycznych ze sposobami rozumienia zdrowia w tej grupie badanych.

CEL PRACY

Celem badań była ocena rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych oraz uchwycenie związku pomiędzy sposobami rozumienia zdrowia a występowaniem zachowań ortorektycznych w grupach studentów kierunków dietetyka i zdrowie publiczne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą techniki ankietowania. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- ORTO-15 Questionnaire.** Jest to 15-elementowe narzędzie przeznaczone do diagnozowania *orthorexia nervosa*. Ujmuje zachowania dotyczące wybierania, kupowania oraz przyrządzania i spożywania jedzenia. Każde z pytań zawiera cztery opcje odpowiedzi, za które mogą być przyznane od 1 do 4 pkt. Wynik łączny wynosi od 15 do 60 pkt. Wyniki wysokie wskazują na prozdrowotne zachowania związane z żywieniem. Przyjęto oryginalny punkt odciążenia na poziomie 40 pkt [18]. Wynik poniżej tej wartości wskazuje na ryzyko wystąpienia ortoreksji, przy czym im niższy wynik, tym to ryzyko jest wyższe [5, 28].
- Bratman Orthorexia Test (BOT).** Test składa się z 10 pytań dotyczących zachowań ortorektycznych. Na każde pytanie osoba badana odpowiada TAK lub NIE. Za odpowiedź twierdzącą respondent otrzymuje 1 pkt, natomiast za odpowiedź negatywną punkty nie są przyznawane. Osobę badaną, która uzyska poniżej 5 pkt, uznaje się za wykazującą prawidłowy stosunek do jedzenia, a taką, której przyznano od 5 do 9 pkt, klasyfikuje się jako „fanatyka zdrowego jedzenia”. Osoby, które uzyskują 10 pkt, traktuje się jako przejawiające ortoreksję [21].
- Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) Zygfrieda Juczyńskiego.** Narzędzie składa się z 24 stwierdzeń dotyczących różnych sposobów rozumienia zdrowia przez osoby zarówno zdrowe, jak i chore. W pierwszym etapie rozwiązywania tekstu

respondent zaznacza te stwierdzenia, które w jego opinii najtrafniej opisują zdrowie. Następnie dokonuje wyboru pięciu najważniejszych stwierdzeń. W trzecim etapie osoba badana uszeregowuje wybrane stwierdzenia w kolejności ważności: najważniejsze stwierdzenie otrzymuje 5 pkt, natomiast najmniej ważne – 1 pkt [27].

Badanie przeprowadzono w roku akademickim 2017/2018. Do badań włączono 230 studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, studiujących na kierunku dietetyka (124 osoby) oraz na kierunku zdrowie publiczne (106 osób). Średni wiek badanych osób wynosił 21,4 lat (przy odchyleniu standardowym równym 1,85).

Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (n=230)

Cechy badanej grupy	Studenci kierunku dietetyka	Studenci kierunku zdrowie publiczne	Cała badana grupa	
Liczba respondentów	n = 124 (53,9%)	n = 106 (46,1%)	n = 230 (100%)	
Płeć	Kobiety	n = 110	n = 87	n = 197 (85,7%)
	Mężczyźni	n = 14	n = 19	n = 33 (14,3%)
Poziom studiów	Studia licencjackie	n = 95	n = 51	n = 147 (63,9%)
	Studia magisterskie	n = 29	n = 54	n = 83 (36,1%)
Średnia masa ciała (kg) (self-reported)	62,4	63,4	62,9	
Wartość średnia wskaźnika body mass index – BMI (kg/m ²)	21,7	22,4	22,0	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody
Źródło: badania własne.

Badania zostały zrealizowane za zgodą Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr zgody KE-0254/291/2017). Wszystkie biorące w nim udział osoby zostały poinformowane o celu badań oraz zasadach zachowania anonimowości badania oraz wyraziły pisemną, dobrowolną zgodę na udział w nim.

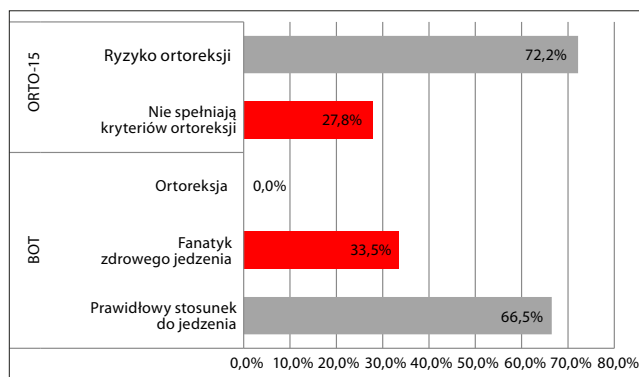
Analiza statystyczna uzyskanych wyników została przeprowadzona za pomocą pakietu Statistica 12. Badanie zależności zmiennych jakościowych w badanych przekrojach wykonano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat (χ^2) Pearsona. Tam gdzie nie było możliwe zastosowanie testu chi-kwadrat, gdyż nie były spełnione założenia zastosowania testu, w analizach posłużono się testem Fishera. Z kolei dla dokonania porównań pomiędzy dwoma grupami niezależnymi stosowano test U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

Na ryc. 1 przedstawiono wyniki oceny występowania ON za pomocą narzędzi ORTO-15 oraz BOT w całej badanej grupie. Wykazano, że przy zastosowaniu ORTO-15 166 badanych (72,2%) to osoby wykazujące skłonność do ortoreksji (punktacja poniżej 40), zaś 64 ankietowanych (27,8%) to osoby bez cech ortoreksji.

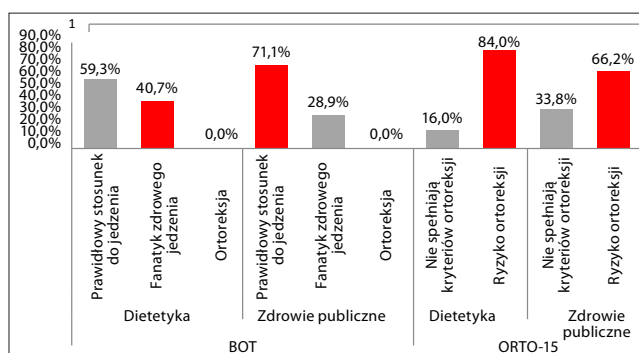
Odmienne wyniki uzyskano za pomocą narzędzia BOT: przy zastosowaniu tego narzędzia większość badanych (66,5%) wykazywała prawidłowy stosunek do jedzenia, natomiast co trzeci student (33,5%) ujawniał cechy odpowiadające

określeniu „fanatyk zdrowego jedzenia”. Natomiast żadna z osób biorących udział w badaniu nie uzyskała 10 pkt, czyli wyniku wskazywanego jako kryterium ortoreksji.



Rycina 1. Rozpowszechnienie Wyniki BOT i ORTO-15 w badanej grupie

Rycina 2 przedstawia zależność pomiędzy kierunkiem studiów a występowaniem zachowań ortorektycznych. Biorąc pod uwagę analizę przeprowadzoną przy użyciu testu BOT, wykazano, że aż 40,7% badanych studentów dietetyki stanowili fanatyki zdrowego jedzenia, natomiast wśród studentów zdrowia publicznego odsetek ten był niższy i wynosił 28,9% ($2 = 5,623$, $p = 0,018$). Także wyniki uzyskane dzięki wykorzystaniu testu ORTO-15 wskazują na znamienne większe rozpowszechnienie ryzyka ON w grupie studentów dietetyki w porównaniu do studentów zdrowia publicznego (84% vs 66,2%; $\chi^2 = 15,813$, $p < 0,001$). Uzyskane wyniki pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że studenci dietetyki podejmują zachowania ortorektyczne częściej niż studenci zdrowia publicznego.



Rycina 2. Zachowania ortorektyczne w zależności od kierunku studiów (n = 230)

W dalszym etapie analizy poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy płeć osób badanych wiązała się z występowaniem zachowań ortorektycznych (tab. 2 i 3). Wykazano, że zarówno w ocenie BOT ($p = 0,526$) (tab. 2), jak i ORTO-15 ($p = 0,104$) (tab. 3) grupy wyodrębnione ze względu na płeć nie różniły się pod względem częstości występowania zachowań ortorektycznych.

Przeanalizowano ponadto zachowania ortorektyczne wśród studentów w zależności od poziomu studiów. Większość osób będących na studiach I i II stopnia wykazywała prawidłowy stosunek do jedzenia i różnice pomiędzy tymi grupami nie były istotne statystycznie zarówno w ocenie testem BOT (tab. 4), jak i testem ORTO-15 (tab. 5). A zatem poziom studiów nie różnicował badanych studentów pod względem rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych.

Tabela 2. Wyniki testu kwestionariusza BOT w zależności od płci osób badanych (n = 230)

Narzędzie/wynik	Płeć		Wynik testu	
	Kobieta (%)	Mężczyzna (%)		
BOT	Prawidłowy stosunek do jedzenia	67,0	63,5	$\chi^2 = 0,403$ $df = 1$ $p = 0,526$
	Fanatyk zdrowego jedzenia	33,0	36,5	
Ogółem	100,0	100,0		

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody
Źródło: badania własne.

Tabela 3. Wyniki testu ORTO-15 w zależności od płci osób badanych (n = 230)

Narzędzie/wynik	Płeć		Wynik testu	
	Kobieta (%)	Mężczyzna (%)		
ORTO-15	Ortoreksja	71,1	78,7	$\chi^2 = 2,644$ $df = 1$ $p = 0,104$
	Brak skłonności do ortoreksji	28,9	21,3	
Ogółem	100,0	100,0		

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody
Źródło: badania własne.

Tabela 4. Rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych w ocenie testem BOT w zależności od poziomu studiów w całej badanej grupie

Narzędzie/wynik	Poziom studiów		Wynik testu	
	Licencjackie (%)	Magisterskie (%)		
BOT	Prawidłowy stosunek do jedzenia	62,0	70,6	$\chi^2 = 2,696$ $df = 1$ $p = 0,101$
	Fanatyk zdrowego jedzenia	38,0	29,4	
Ogółem	100,0	100,0		

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody
Źródło: badania własne.

Tabela 5. Rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych w ocenie testem ORTO-15 w zależności od poziomu studiów w całej badanej grupie

Narzędzie/wynik	Poziom studiów		Wynik testu	
	Licencjackie (%)	Magisterskie (%)		
(ORTO-15)	Ortoreksja	75,6	73,9	$\chi^2 = 0,076$ $df = 1$ $p = 0,783$
	Brak skłonności do ortoreksji	24,4	26,1	
Ogółem	100,0	100,0		

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody
Źródło: badania własne.

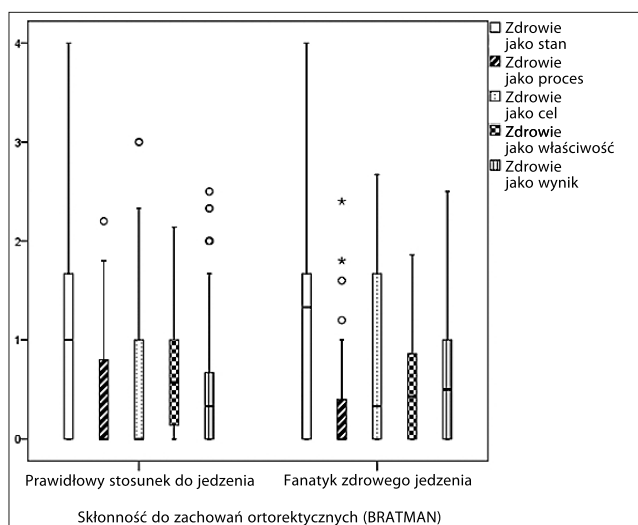
Na kolejnym etapie analizy poszukiwano związku pomiędzy sposobami rozumienia zdrowia w ocenie testem Lista Kryteriów Zdrowia a występowaniem zachowań ortorektycznych. Wykazano (tab. 6), że badani studenci najwyższą rangę przypisują zdrowiu pojmowanemu jako „stan”, „cel” i „właściwość”. Być zdrowym to według badanych przede wszystkim „Umieć cieszyć się z życia”, „Mieć sprawne wszystkie części ciała”, „Mieć pracę, różnorodnie zainteresowania”, „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”, „Czuć się dobrze” i „Dożyć późnej starości”.

Tabela 6. Sposoby rozumienia zdrowia przez badanych w ocenie kwestionariuszem LKZ (n = 230)

	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Zdrowie jako stan	1,10	1,00	0,961	0,00	4,00
Zdrowie jako cel	0,61	0,00	0,762	0,00	3,00
Zdrowie jako właściwość	0,59	0,57	0,508	0,00	2,14
Zdrowie jako wynik	0,52	0,50	0,559	0,00	2,50
Zdrowie jako proces	0,34	0,00	0,483	0,00	2,40

Źródło: badania własne.

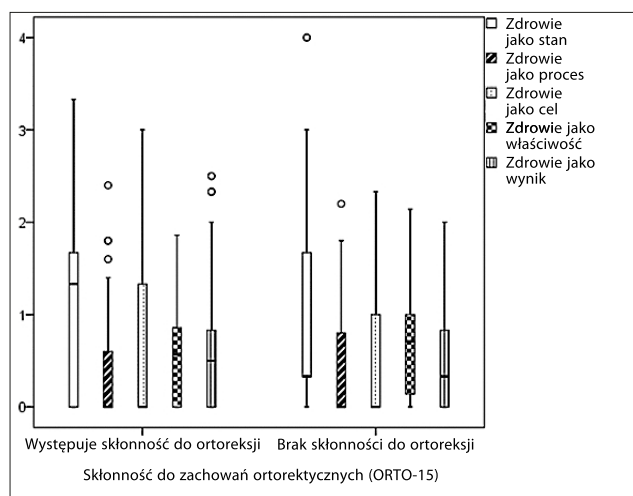
Na kolejnym etapie analizy sprawdzono, czy grupy wyodrębnione pod względem rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych różnią się w zakresie sposobów rozumienia zdrowia. Przy wykorzystaniu testu U Manna-Whitneya wykazano, że badani cechujący się prawidłowym stosunkiem do jedzenia w porównaniu do fanatyków zdrowego jedzenia w ocenie testem BOT częściej rozumieli zdrowie w kategoriach procesu ($U=14857,0$; $p=0,004$), celu ($U=15227,0$; $p=0,014$) oraz wyniku ($U=13951,0$; $p<0,001$) (ryc. 3).

**Rycina 3.** Sposoby rozumienia zdrowia a podejmowanie zachowań ortorektycznych w ocenie testem BOT (n = 230)

Z kolei badani cechujący się ryzykiem ON w ocenie testem ORTO-15 różnili się od osób niewykazujących ryzyka ON tym, iż częściej postrzegali zdrowie w kategoriach stanu ($U=12699,50$; $p=0,044$).

DYSKUSJA

Przeprowadzone badania miały na celu określenie, czy istnieje zależność pomiędzy studiowaną dziedziną oraz sposobem pojmowania zdrowia a występowaniem zaburzeń ortorektycznych. Rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych okazało się wysokie w całej badanej grupie: w ocenie testem ORTO-15 aż u 84% badanych występowało ryzyko ON, natomiast w ocenie testem BOT 33,5% wykazywało cechy fanatyków zdrowego żywienia, przy czym w ocenie tym narzędziem żadna z badanych osób nie osiągnęła wyniku 10 pkt, wskazującego na ortoreksję. Rozbieżność wyników uzyskanych za pomocą obu narzędzi spójna jest z wynikami

**Rycina 4.** Sposoby rozumienia zdrowia a ryzyko ON w ocenie testem ORTO-15 (n = 230)

badan Zańko i wsp. [29], którzy wykazali słabą korelację wyników uzyskanych za pomocą ORTO-15 oraz BOT. Znacznie większe rozpowszechnienie ON w ocenie kwestionariuszem ORTO-15 może wskazywać na podkreślaną w piśmiennictwie większą czułość, a zarazem mniejszą specyficzną tego narzędzia, co może skutkować wyłanianiem zbyt wielu osób, które nie powinny być kwalifikowane jako wykazujące zachowania ortorektyczne [29].

Wykazano, że studenci dietetyki częściej podejmują zachowania ortorektyczne w porównaniu do studentów zdrowia publicznego w ocenie za pomocą obu zastosowanych narzędzi. Greckie badania Grammatikopoulou i wsp. [30] informują o wysokim rozpowszechnieniu ON wśród studentów dietetyki, wynoszącym aż 68,2% (zastosowano inne narzędzie niż te użyte w badaniach własnych). W polskich badaniach przeprowadzonych przez Gubiec i wsp. [20], podobnie jak w badaniach własnych, żaden z badanych studentów dietetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nie uzyskał 10 pkt w skali BOT. Porównanie rozpowszechnienia postawy „fanatyk jedzenia” w grupie w badaniach własnych i w grupie badanej przez Gubiec i wsp. nie jest możliwe, gdyż cytowani autorzy zastosowali odmienne punkty odcięcia. Niemieckie badania Korinth i wsp. [31] nie ujawniły częstszego występowania zaburzonych wzorców jedzenia wśród studentów dietetyki w porównaniu do osób studiujących inne kierunki, jakkolwiek częściej wykazywali oni tendencję do ograniczania pobrania kalorii w celu kontrolowania masy ciała. Badania te wskazują także na słabnięcie skłonności do zachowań ortorektycznych na wyższych latach studiów [31]. Także w badaniach Missbacha i wsp. [1] u studentów kierunków związanych z żywieniem częściej występowały zachowania ortorektyczne niż u studentów innych kierunków. W badaniach własnych nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w tym zakresie pomiędzy studentami studiów I i II stopnia. Jeśli chodzi o badania rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych w populacjach niemedyce, to pionierskie badania włoskie Doniniego i wsp. wykazywały częstość występowania ON na poziomie 6,9% w grupie dorosłych osób [2]. Z kolei w polskich badaniach Łuckiej i wsp. [32], obejmujących grupę 864 młodych osób (w której średnia wieku badanych kobiet to 20,21 roku, a mężczyzn 18,93 roku), zrealizowanych za pomocą testu ORTO-15 wykazano, że u 27,78% badanych występowało ryzyko ON (uwaga:

zastosowano punkt odcięcia na poziomie 35 pkt). Reasumując powyższy przegląd badań nad rozpowszechnieniem ON w różnych grupach badanych, należy stwierdzić, iż dokonanie porównań wyników badań własnych z wynikami innych autorów jest utrudnione ze względu na zróżnicowane punkty odcięcia i odmienne sposoby interpretacji uzyskanych wyników. Nie ma jednak wątpliwości, że rozpowszechnienie ON w populacji ogólnej jest mniejsze niż w grupach ryzyka, do których zalicza się artystów, sportowców, dietetyków oraz osoby o wykształceniu medycznym [4].

Narzędzia diagnostyczne zastosowane w badaniach własnych (ORTO-15 oraz BOT) należą do najczęściej wykorzystywanych w badaniach nad rozpowszechnieniem ON w różnych populacjach: w świetle analizy Cena i wsp. do 2018 roku ORTO-15 w różnych wersjach zostało użyte 49 razy, BOT – 9 razy, a inne narzędzia (Dusselder Orthorexia Skala (DOS) i the Eating Habits Questionnaire (EHQ)) – po 5 razy [1]. Zarówno ORTO-15, jak i BOT poddawane są krytyce. Missbach i wsp. zwracają uwagę, że oryginalna wersja ORTO-15 cechuje się zbyt niską rzetelnością/spójnością wewnętrzną (*internal reliability* na poziomie alfa Cronbacha = 0,30) i jest to podstawowy mankament tego narzędzia [1]. Wyrażają oni zdziwienie, dlaczego badacze stosują to wysoce dyskusyjne narzędzie, zamiast wypracować nowe, lepsze, a jednak sami nie podejmują tego wyzwania, mimo świadomości ograniczeń ORTO-15. Z kolei podstawowym mankamentem narzędzia BOT w opinii Zańko i wsp. jest brak walidacji. ORTO-15 cechuje się ich zdaniem wysoką czułością, ale niską specyficznością, co skutkuje zbyt wysoką częstością nieuzasadnionych diagnoz [29].

W badaniu własnym wykazano większą skłonność do zachowań ortorektycznych u mężczyzn w porównaniu do kobiet studiujących na kierunku dietetyka. Badanie tureckie Fidana i wsp. [33] wskazuje na podobną zależność. Odmienne wyniki wykazały badania polskie Gubiec i wsp. przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi wśród studentów dietetyki, wskazujące na częstsze występowanie ON wśród kobiet [20].

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem studiów a częstością występowania zaburzeń ortorektycznych, co oznacza, że wyższy poziom wiedzy dotyczącej zdrowego żywienia nie zwiększa skłonności do podejmowania zachowań ortorektycznych. Podobne wyniki uzyskali Gubiec i wsp. [20]. Warto odnotować, że w badaniach niemieckich wykazano rzadsze występowanie zachowań ortorektycznych wśród studentów późniejszych lat studiów [34]. W badaniach Gkiourasa i wsp. nie wykazano istotnych zależności pomiędzy zaawansowaniem studiów a występowaniem ON [35].

Warto także przywołać wyniki badań Dittfeld i wsp., wskazujące, że ON występuje częściej wśród wegetarian w porównaniu do osób niestosujących tego rodzaju restrykcji żywieniowych [21]. Przypuszcza się, że zarówno ON, jak i wegetarianizm łączy ten sam cel, którym jest chęć poprawy zdrowia poprzez dietę [2, 7]. Nie można wykluczyć, że wegetarianizm może maskować zaburzenia odżywiania [36].

Na pierwszym etapie analizy związku sposobów rozumienia zdrowia z rozpowszechnieniem zachowań ortorektycznych oceniono, w jaki sposób osoby badane rozumieją zdrowie. Wykazano, że studenci dietetyki i zdrowia publicznego na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie najwyższą wagę przypisują zdrowiu pojmowanemu jako „stan”, „właściwość” i „cel”. Być zdrowym to według badanych studentów

przede wszystkim „Umieć cieszyć się z życia”, „Mieć sprawne wszystkie części ciała”, „Mieć pracę, różnorodne zainteresowania”, „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” oraz „Czuć się dobrze” i „Dożyć późnej starości”. Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym wśród studentów kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, którzy najwyższą wagę przykładali do zdrowia rozumianego jako „stan” i „właściwość”, a zdrowiu rozumianemu jako „cel” przyznawali dalsze miejsce [3]. Badanie Stawarz i wsp., którym objęto grupę studentów czterech uczelni z województwa podkarpackiego (zastosowano LKZ), wykazało, iż studenci rozumieją zdrowie jako „wartość”, „proces” i „cel”, a dalsze miejsca zajmują sposoby rozumienia zdrowia w kategoriach „stanu” i „wyniku” [38].

W dostępnej literaturze przedmiotu nie są autorom znane badania dotyczące związku pomiędzy sposobami rozumienia zdrowia a skłonnością do zachowań ortorektycznych. W badaniach własnych wykazano, że osoby cechujące się prawidłowym stosunkiem do jedzenia, w porównaniu do fanatyków zdrowego jedzenia, częściej pojmowali zdrowie w kategoriach procesu, celu oraz wyniku (test BOT), natomiast większe ryzyko ON wiązało się z częstszym postrzeganiem zdrowia w kategoriach stanu (test ORTO-15).

Aspekt badań dotyczący laickich koncepcji zdrowia wpisuje się w rozbudowany nurt badań socjomedycznych dotyczący sposobów rozumienia zdrowia przez laików, tzn. przez osoby niebędące profesjonalistami medycznymi. Badania dotyczące specyfiki laickiego, czy też potocznego, myślenia o zdrowiu (ang. *popular thinking*) są – jak sugeruje J. Pierret [39] – próbą odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób laicki, zdroworozsądkowy dyskurs umożliwia jednostkom zrozumienie i interpretację społecznej rzeczywistości w tym jej aspekcie, który dotyczy zdrowia. Z perspektywy promocji zdrowia i zdrowia publicznego badania o takim profilu umożliwiają poznanie motywów ludzkich działań dotyczących zdrowia, ponieważ wiadomo, że sposoby interpretacji, rozumienia zdrowia są powiązane z działaniami, jakie ludzie podejmują wobec zdrowia [40]. Należy dodać, że badania dotyczące *lay health beliefs* są w socjologii medycyny prowadzone na ogół z zastosowaniem metodologii jakościowej (indywidualne wywiady pogłębione), co umożliwia zachowanie pełnej otwartości badacza na sposoby rozumienia zdrowia przez laików. Zastosowanie w badaniach o takim profilu standaryzowanego kwestionariusza badawczego ogranicza, zawęża uzyskane wyniki jedynie do sposobów rozumienia zdrowia zapisanych w zastosowanym narzędziu. Ograniczenie to dotyczy także wyników badań własnych: pomijają one sposoby rozumienia zdrowia przez badanych studentów nieujęte w zastosowanym narzędziu badawczym.

W kontekście rosnącego zainteresowania tematyką zdrowia oraz ideologią healthismu w społeczeństwach zachodnich [41], ON należy postrzegać jako ważną, negatywną konsekwencję tych trendów. Przedmiotem badań powinny być, jak się wydaje, zmienne społeczne i psychiczne predysponujące do rozwoju ON. Badania o takim profilu pozwoliłyby zidentyfikować osoby z grup ryzyka, szczególnie narażone na wystąpienie ON, i podejmować wobec takich osób działania prewencyjne.

WNIOSKI

- Większe nasilenie zachowań ortorektycznych stwierdzono u studentów dietyki w porównaniu do studentów zdrowia publicznego.
- Płeć i poziom studiów nie różnicowały badanych pod względem rozpowszechnienia zachowań ortorektycznych.
- Osoby cechujące się prawidłowym stosunkiem do jedzenia, w porównaniu do fanatyków zdrowego jedzenia, częściej rozumieją zdrowie w kategoriach procesu, celu oraz wyniku.
- Większe ryzyko wystąpienia ortoreksji wiąże się z częstszym postrzeganiem zdrowia w kategoriach stanu.

PIŚMIENICTWO

- Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2018; 24(2): 209–246.
- Janas-Kozik M, Zejda J, Stochel M, et al. Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatr Pol.* 2012; 46(3): 441–450.
- Kałędkiewicz E, Doboszyńska A. Ortoreksja na tle innych zaburzeń odżywiania. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2013; 7(6): 307–315.
- Dąbal AK. Characteristics and nosological separation of orthorexia nervosa. *Psychiatr Psychol Klin.* 2020; 20(1): 32–42.
- Łucka I, Janikowska-Hołoweńko D, Domarecki P, et al. Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych? *Psychiatr Pol.* 2019; 53(2): 371–382.
- Varga, et al. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry.* 2014; 59: 2–11.
- Dittfeld A, Koszowska K, Fizia K, et al. Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania. *Ann Acad Med Siles.* 2013; 67(6): 393–399.
- Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, et al. Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(3): 497–507.
- Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 385–394.
- Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 18(11): 385–94.
- Jabłońska E, Błądkowska K, Bronkowska M. Zaburzenia odżywiania jako problem zdrowotny i psychospołeczny. *KOSMOS. Problemy Nauk Biologicznych.* 2019; 68(1): 121–132.
- Koszowska A, Dittfeld A, Zubelewicz-Szkodzińska B. Psychologiczny aspekt odżywiania oraz wpływ wybranych substancji na zachowania i procesy myślowe. *Hygeia Public Health.* 2013; 48(3): 279–284.
- Nelkowska DD. Orthorexia nervosa: definicje, kryteria, klasyfikacje – kontrowersje i rozbieżności w wynikach badań. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia.* 2019; Vol. XXXII; 3: 169–180.
- Plichta M, Jeżewska-Zychowicz M. Orthorexic Tendency and Eating Disorders Symptoms in Polish Students: Examining Differences in Eating Behaviors Nutrients. 2020; 12, 218: 1–17.
- Olejniczak D. Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2017; 13: 543–550.
- Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *J of Human Sport and Exercise.* 2013; 8(4): 1045–1053.
- Stochel M, et al. Walidacja kwestionariusza ORTO-15 w grupie młodzieży miejskiej w wieku 15–21 lat. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(1): 119–134
- Missbach M, et al. When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS One.* 2015; 10(8): e0135772.
- 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 in Clinical Practice.* 2016; 20(3): 199–203.
- Gubiec E, Stetkiewicz-Lewandowicz P, Rasmus T. Sobów: Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietyki. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21(1): 95–100.
- Dittfeld A, Gwizdek K, Jagielski P, et al. Ocena związku pomiędzy ortoreksją a wegetarianizmem z użyciem BOT (Bratman Test for Orthorexia) *Psychiatr Pol.* 2017; 51(6): 1133–1144.
- Bo S, et al. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *J Transl Med.* 2014; 12: 221.
- Ab Hamid MR, Azman NN, Said N, et al. Orthorexia nervosa and the quality of life among health sciences students in Universiti Teknologi MARA, Selangor. *Environ Behav Proc J.* 2018; 3(7): 121–126.
- Herranz Valera J, Acuña Ruiz P, Romero Valdespino B, et al. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord.* 2014; 19: 469–472.
- de Souza QJOV, Rodrigues AM. Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição. [Risk behavior for orthorexia nervosa in nutrition students]. *J Bras Psiquiatr.* 2014; 63: 200–204.
- Bosi ATB, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey) *Appetite.* 2007; 49(3): 661–666.
- Juczyński Z. Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ, In: Juczyński Z, editor. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012. p. 117–121.
- Malmborg J, Bremander A, Olsson MCh, et al. Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. Amsterdam: Elsevier; 2017. Vol. 109: 137–143.
- Zańko A, Mielech A, et al. How does orthorexia nervosa assessment tools can differ – comparison *Studies in Rhetoric.* 2019; 60(73): 33–48.
- Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Markaki A, et al. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eat Weight Disord.* 2018; 23(4): 459–467.
- Korinith A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behavior and eating disorders in students of nutrition science. *Public Health Nutr.* 2010; 13(1): 32–37.
- Łucka I, Domarecki P, Janikowska-Hołoweńko D, et al. Rozpowszechnienie i czynniki ryzyka ortoreksji wśród uczącej się młodzieży województwa pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. *Psychiatr Pol.* 2019; 53(2): 383–398.
- Fidan T, Ertekin V, Isikay S, et al. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Omr Psychiatry.* 2010; 51(1): 49–54.
- Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, et al. Orthorexia Nervosa in dietitians. *Psychother Psychosom.* 2006; 75: 395–396.
- Gkiouras K, Mavridis P, Tsakiri V, et al. Evaluation of orthorexia among dietetics students. *Clinical Nutrition ESPEN.* 2018; 24: 179.
- Zamora C, Banaechea B, Sanchez G. Orthorexia nervosa behavior disorder. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2005; 33(1): 66–68.
- Piasecka H, Ślusarska B, Nowicki G. Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy. *Piel Pol.* 2015; 56(2): 127–134.
- Stawarz B, Lewicka M, Sulima M, et al. Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego. *Ann Acad Med Siles.* 2014; 68(4): 226–232.
- Pierret J. Constructing discourses about health and their social determinants, In: Radley A, editor. *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspective on Health and Disease.* London–New York: Routledge; 1995. p. 9.
- Blaxter M. What is health?, In: Scambler G, editor. *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare.* London–New York: Routledge; 2005. p. 3–21.
- Borowiec A, Lignowska I. Czy ideologia healthizmu jest cechą dystyngującą klasy średniej w Polsce? *Kultura i środowisko.* 2012; 3: 95–111.