

Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka

Ewa Gubiec¹, Agnieszka Stetkiewicz-Lewandowicz¹, Paweł Rasmus¹, Tomasz Sobów¹

¹ Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Gubiec E, Stetkiewicz-Lewandowicz E, Rasmus P, Sobów T. Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(1): 95–100. doi: 10.5604/20834543.1142367

Streszczenie

Wprowadzenie i cel. Ortoreksja jest definiowana jako nadmierne zaabsorbowanie tematyką jedzenia, przygotowywanie posiłków według ściśle określonych zasad, podporządkowanie swojego życia restrykcyjnej diecie. Celem badania była ocena zagrożenia ortoreksją wśród studentów kierunku dietetyka, ocena związku pomiędzy realizowanymi studiami a tendencjami do prezentowania zachowań ortorektycznych. Kolejnym celem była próba znalezienia czynników predysponujących do występowania tego zaburzenia w grupie przyszłych dietetyków.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród 155 studentów kierunku dietetyka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Do badania zastosowano ankietę personalną oraz dwa kwestionariusze, które posłużyły do diagnozy ortoreksji: test autorstwa Stevena Bratmana (BOT) oraz test ORTO-15.

Wyniki. Co trzecia osoba badana spełniała kryteria diagnostyczne ortoreksji. 39% znalazło się w grupie podwyższonego ryzyka, a 28% badanych nie zgłaszało żadnych symptomów charakterystycznych dla ortoreksji.

Analiza danych uzyskanych kwestionariuszem BOT wskazuje na najsilniejszy spadek tendencji to zachowań ortorektycznych między I a II rokiem studiów licencjackich. Test ORTO-15 natomiast wskazuje na podobny spadek, ale między I a II rokiem studiów uzupełniających magisterskich.

Wnioski. Problem występowania ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka należy uznać za znaczny w porównaniu z podobnymi grupami z innych krajów. Studenci dietetyki płci męskiej charakteryzują się mniejszymi tendencjami ortorektycznymi niż kobiety. Duże zróżnicowanie wyników uzyskanych dwoma różnymi kwestionariuszami sugeruje konieczność przeprowadzenia dokładniejszych badań nad ich trafnością i rzetelnością.

Słowa kluczowe

ortoreksja, zaburzenia odżywiania, studenci dietetyki

WPROWADZENIE

Ortoreksja, a właściwie *orthorexia nervosa* (grec. ortho – prawidłowy, właściwy; orexis – apetyt, pożądanie) jest pojęciem wprowadzonym i szczegółowo opisanym przez Stevena Bratmana w jego książce „Health Food Junkies” [1]. Autor, tworząc nazwę dla zauważonego przez siebie zjawiska, oparł się na podobieństwie określenia dla istniejącego już zaburzenia odżywiania, jakim jest *anorexia nervosa*. Ortoreksję definiuje jako fiksację na punkcie właściwego żywienia. Jej początek stanowi zazwyczaj chęć poprawienia swojego sposobu odżywiania w celu zmniejszenia ryzyka różnych chorób, wydłużenia życia, bądź eliminacji alergizujących i nietolerowanych pokarmów. Takie działania są często korzystne i uznane jako pozytywna zmiana sposobu życia. Zachowania typowe dla ortoreksji to najczęściej chęć stosowania się do ścisłych zasad swojej diety, co powoduje niedożywienie (czasami podobne jak w anoreksji) oraz unikanie spotkań towarzyskich z powodu braku miejsc serwujących posiłki spełniające wysokie wymagania. Zaburzenie obejmuje również obsesyjne unikanie sztucznych konserwantów, barwników, aromatów, żywności produkowanej „nieekologicznie” z wykorzystaniem pestycydów czy modyfikowanej genetycznie [2]. Charakterystyczne dla ortoreksji są także: ograniczanie tematyki rozmów do diet i kulinariów, zaniebdywanie innych pasji życiowych, unikanie kontaktów z bliskimi na rzecz przygotowywania „właściwych” posiłków.

Osoba, której dotyczy problem ortoreksji nieustannie myśli o jedzeniu, dokładnie planuje menu z wyprzedzeniem często nawet kilkunastu dni.

Faktyczną granicą między zdrowym odżywianiem a obsesją na jego punkcie jest prawie niezauważalna. Ortorektycy wierzą, że przestrzeganie rygorystycznej diety uchroni ich przed chorobami. Często wydaje im się, że są lepsi od innych niezwracających uwagi na swoją dietę, mają poczucie misji i zachęcają innych do skupienia uwagi na właściwym odżywianiu [3].

Można w skrócie powiedzieć, że ortoreksja rozpoczyna się w momencie, gdy to, co, jak i ile się spożywa, staje się dominującą kwestią w życiu jednostki [1, 4].

Pomimo faktu, że coraz częściej mówi się w mediach o problemie ortoreksji, to nadal zaburzenie to nie jest uwzględnione w obowiązującej w Europie i w Polsce klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10 (ang. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision*). Również klasyfikacja amerykańska – DSM-V (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Vth edition*) nie opisuje tego typu zjawiska. W 2003 roku międzynarodowa organizacja NEDA (ang. *National Eating Disorders Association*) umieściła na swojej stronie internetowej oficjalną informację na temat tego zaburzenia.

Brak decyzji o umieszczeniu ortoreksji na liście chorób i zaburzeń psychicznych spowodowany może być problemami z jej klasyfikacją. Nadal bowiem trwają dyskusje nad tym, czy powinna być umieszczona wśród zaburzeń odżywiania, wśród zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, czy stanowić inną, niezależną jednostkę chorobową [5, 6].

Adres do korespondencji: Agnieszka Stetkiewicz-Lewandowicz, Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Sterlinga 5, 90-425 Łódź
E-mail: agnieszka.stetkiewicz@umed.lodz.pl

Nadesłano: 21 lipca 2014 roku; Zaakceptowano do druku: 06 października 2014 roku



Niektóre badania sugerują pewne wspólne cechy ortoreksji i innych zaburzeń odżywiania (szczególnie anoreksji) [2, 7], inne podkreślają związek ortoreksji z cechami zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [8, 9, 10].

Jak wskazują badania węgierskie, częstość występowania ortoreksji w populacji ogólnej wynosi niecałe 7%, podczas gdy w grupach wysokiego ryzyka od 35% do prawie 60% [11]. Zaburzenie to obserwowane jest najczęściej wśród kobiet, osób małoletnich, osób uprawiających sport (kulturysty, gimnastycy), lekarzy i studentów medycyny, dietetyków i aktywnych zawodowo artystów [2, 7, 12, 13].

Badacze próbują również określić „profil psychologiczny” ortorektyka. Cechy osobowości zwiększające ryzyko zaburzenia to przede wszystkim perfekcjonizm, wysoka potrzeba kontroli, zbyt sztywne trzymanie się zasad, a także karanie siebie za niewielkie odstępstwo od nich [3]. Niektóre źródła podają, że ortorektyk dostał informację w swoim życiu (często w dzieciństwie), że nie jest dość „czysty”, perfekcyjny czy dobry [14].

Studenci kierunku dietetyka stanowią grupę, która z racji realizowanego programu studiów poddawana jest intensywnej edukacji na temat prawidłowego odżywiania. Ponadto osoby te, poza informacjami zdobywanymi podczas zajęć, poszerzają swoją wiedzę o aktualnie modne diety i nurty żywieniowe, aby sprostać wymaganiom stawianym przez pacjentów.

Istnieją nieliczne doniesienia z badań mówiących o rozpowszechnieniu tego zjawiska wśród studentów kierunków związanych z żywieniem [15, 16]. Autorzy niniejszego opracowania nie natrafili na opracowania dotyczące problemu ortoreksji wśród polskich studentów dietetyki.

CEL PRACY

Celem badania było sprawdzenie stopnia zagrożenia studentów dietetyki nowym rodzajem zaburzenia odżywiania, jakim jest ortoreksja. Ocena wpływu związku pomiędzy zdobywaniem przez studentów wiedzy, umiejętności i kompetencji w zakresie prawidłowego odżywiania a występowaniem i zagrożeniem tym zaburzeniem. Ponadto przeprowadzone badania były próbą znalezienia czynników predysponujących do wystąpienia ortoreksji w grupie studentów dietetyki, które mogą być cenne dla działań z zakresu profilaktyki tego zjawiska.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowili wszyscy studenci kierunku dietetyka na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w roku akademickim 2012/2013 (1., 2., 3. rok studiów I stopnia, 1. i 2. rok studiów II stopnia) obecni na zajęciach, w trakcie których przeprowadzono badanie. Warunkiem uczestnictwa w badaniach było wyrażenie świadomej zgody na uczestniczenie w badaniu. W badaniu nie uwzględniono grupy kontrolnej. Na realizację badań wyraziła zgodę Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (nr RNN/180/13/KB z dnia 12.03.2013 r.).

W badaniu wykorzystano 3 narzędzia badawcze: ankietę personalną oraz dwa obecnie istniejące kwestionariusze służące do pomiaru zagrożenia ortoreksją: test Bratmana (ang. *Bratman Orthorexia Test* – BOT) [1] oraz kwestionariusz ORTO-15 [9].

Ankieta składała się z pytań dotyczących wieku, płci, roku studiów, a także zawierała pytania o występowanie choroby wymagającej stosowania specjalnej diety, pytania o występowanie w czasie badania innego zaburzenia odżywiania (wraz z określeniem rodzaju zaburzenia – respondent dokonywał autodiagnozy) oraz pytania o występowanie jakiegokolwiek zaburzenia odżywiania w przeszłości (wraz z określeniem rodzaju zaburzenia).

Test autorstwa Stevena Bratmana składa się z 10 pytań. Na każde z nich istnieje możliwość odpowiedzi: „tak” lub „nie”. Za każdą odpowiedź „tak” badany otrzymuje 1 punkt (w przypadku pytania 1. możliwe jest również otrzymanie 2 pkt), zaś odpowiedź „nie” równoznaczna jest z 0 punktów za pytanie. Diagnozę ortoreksji stawia się w sytuacji, gdy wynik testu wyniósł 4 lub więcej punktów. Tendencje ortorektyczne stanowiące zagrożenie ortoreksją (ryzyko) diagnozuje się, gdy wynik wynosi 2 lub 3 punkty. Wyniki 0 oraz 1 punkt oznacza brak tego zaburzenia.

Test ORTO-15, opracowany częściowo na podstawie testu Bratmana, składa się z 15 pytań. Odpowiedzi na poszczególne pytania punktuje się od 1 do 4, w zależności od udzielonej odpowiedzi. W teście ORTO-15 diagnozę ortoreksji stawia się przy wyniku poniżej progu, który autorzy testu uznali za najbardziej optymalny, czyli 40 punktów. Test ten nie przewiduje włączenia osoby badanej do grupy ryzyka. Oba kwestionariusze zostały przetłumaczone z wersji anglojęzycznej na język polski przez samych autorów niniejszej pracy oraz biegłego/przysięgłego tłumacza.

Ocena wyników badania została przeprowadzona w oparciu o analizę statystyczną w programie Microsoft Excel 2010. Zależność między zmiennymi niemierzalnymi zbadano przy użyciu współczynnika Yule'a i ilorazu szans (ang. *odds ratio*). Do pomiaru korelacji między zmiennymi mierzalnymi użyto współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Poziom istotności różnic ($p < 0,05$) między średnimi wynikami dwóch prób zbadano stosując test t-studenta, a między odsetkami dwóch prób przy użyciu testu z.

WYNIKI

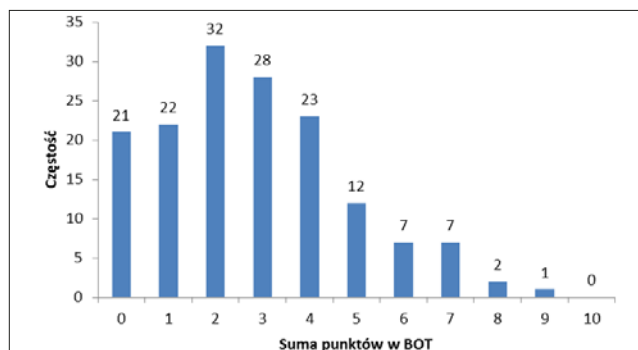
Liczba badanych wyniosła 155 studentów, w tym 140 kobiet (90,3%) i 15 mężczyzn (9,7%). Średni wiek badanych wyniósł 22,12 lat (SD 1,8). Spośród wszystkich badanych było 34 (21,9%) studentów I roku, 29 (18,7%) studentów II roku oraz 35 (22,6%) studentów III roku studiów I stopnia, 33 (21,3%) studentów I roku oraz 24 (15,5%) studentów II roku studiów II stopnia.

7 osób (5% badanych) zadeklarowało występowanie u siebie jakiegokolwiek zaburzenia odżywiania w przeszłości, 1 osoba występowanie zaburzenia odżywiania w obecnym czasie, a 10 osób (6%) występowanie choroby wymagającej stosowania specjalnej diety.

ANALIZA WYNIKÓW UZYSKANYCH KWESTIONARIUSZEM BRATMANA (BOT)

Wśród wszystkich ankietowanych były 52 osoby z ortoreksją (33%), 60 osób z podwyższonym ryzykiem (39%) i 43 osoby zdrowe (bez ortoreksji) (28%). Średni wynik testu BOT wyniósł 2,83 pkt (SD 2,03). Dokładny rozkład wyników prezentuje Wykres 1.

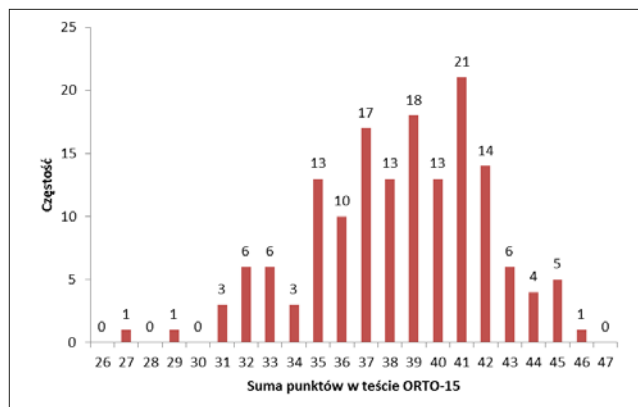




Wykres 1. Rozkład wyników testu Bratmana w całej populacji badanej

WYNIKI TESTU ORTO-15

W całej badanej grupie 91 osób (59%) to osoby z ortoreksją, pozostałe 64 osoby (41%) okazały się zdrowe (bez ortoreksji). Średni wynik testu ORTO-15 wyniósł 38,42 pkt (SD 3,59). Szczegółowy rozkład wyników w badanej populacji prezentuje Wykres 2.



Wykres 2. Rozkład wyników testu ORTO-15 w całej populacji badanej

W związku z tym, że zaobserwowano wyraźne różnice w wynikach obu testów, autorzy dokonali analizy ewentualnych korelacji pomiędzy ich liczbowymi wynikami oraz diagnozami stawianymi na podstawie dwóch kwestionariuszy.

W przypadku porównania wyników liczbowych, współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona wyniósł -0,53, co wskazuje na dość silną zależność ujemną. Jest to uzasadnione wykazywaniem silniejszych tendencji ortorektycznych przez wysokie wyniki testu Bratmana i niższe wyniki testu ORTO-15. Z uwagi na fakt, że stanowią narzędzie do diagnozy tego samego zaburzenia, oczekiwana korelacja powinna być jeszcze silniejsza.

Rozpowszechnienie ortoreksji obliczone na podstawie testu ORTO-15 okazało się znacznie wyższe niż w teście BOT (59% v. 33%), dlatego dodatkowo obliczono liczbę i odsetek osób z ortoreksją, zakładając niższe progi punktowe niż 40, tj.: <39, <38 i <37 punktów. Porównanie wyników testu dla ww. progów przedstawia Tabela 1.

Badając zależność pomiędzy wynikami obu testów, natrafiono na problem przy ich porównywaniu. Test BOT umożliwia trzy rodzaje diagnozy: ortoreksję, brak ortoreksji oraz zagrożenie (ryzyko), będące rezultatem posiadania pewnych cech ortoreksji. Liczba tych cech nie daje jednak podstaw do

Tabela 1. Diagnoza ortoreksji w teście ORTO-15 przy innych progach punktowych

Próg punktowy dla diagnozy ortoreksji	<40	<39	<38	<37
Liczba osób z ortoreksją	91	73	60	43
Odsetek osób z ortoreksją	59%	47%	39%	28%

diagnozy ortoreksji. Test ORTO-15 natomiast daje dwie możliwości diagnozy: ortoreksja lub jej brak. Dlatego też w celu sprawdzenia zależności między możliwościami diagnostycznymi testu BOT oraz ORTO-15 rozważono dwie możliwości: 1) grupę zagrożenia (ryzyka) z BOT wliczono do „ortorektyków”; 2) grupę zagrożenia (ryzyka) z BOT wliczono do osób zdrowych (bez ortoreksji). Korelację tę sprawdzono również dla innych progów punktowych testu ORTO-15, aby zweryfikować, czy zależność ta jest silniejsza dla innego progu niż <40.

Tabela 2. Korelacja diagnozy w BOT i ORTO-15

Próg punktowy	<40	<39	<38	<37
Grupa z ryzykiem ortoreksji w BOT wliczona do osób z ortoreksją	Q 0,5952	0,5659	0,5190	0,5052
	OR 3,94	3,61	3,16	3,04
Grupa z ryzykiem ortoreksji w BOT wliczona do osób zdrowych	Q 0,5960	0,6011	0,4909	0,5824
	OR 3,95	4,01	2,93	3,79

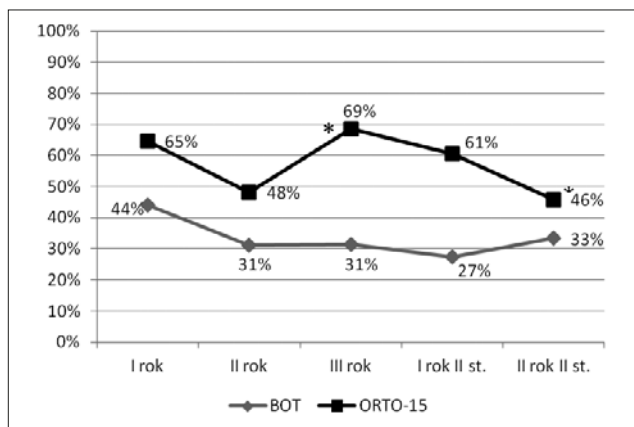
Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie, przy $p < 0,05$

Analizując powyższe dane (Tab. 2) zaobserwowano, że dla progu <40 punktów korelacja diagnozy ORTO-15 z diagnozą BOT jest praktycznie identyczna. Ma to miejsce w przypadku, gdy osoby z ryzykiem ortoreksji zostały włączone do grupy ortoreksji, jak też w przypadku włączenia ich do grupy zdrowych osób. Fakt ten dodatkowo uzasadnia potrzebę dokonania analizy korelacji dla innych progów.

Sprawdzając współczynnik Yule'a (Q) dla korelacji z kolejnymi, malejącymi o 1 punkt progami, w pierwszym przypadku widoczna jest wyraźna tendencja malejąca, co wskazywałoby na to, że obrany próg <40 jest najlepszym z prezentowanych. W drugim analizowanym przypadku, gdy osoby z ryzykiem ortoreksji wliczone są do grupy zdrowych osób (co wydaje się słuszne, zważywszy na fakt, że grupa ryzyka to osoby zdrowe z nielicznymi tendencjami ortorektycznymi), najsilniejsza korelacja diagnozy w obu testach jest przy progu <39 punktów testu ORTO-15. Jednocześnie przy kolejnym progu (<38 pkt) zależność ta jest najsłabsza ze wszystkich poddanych ocenie.

Kolejnym analizowanym problemem jest dynamika zmian w zakresie zagrożenia problemem ortoreksji, zachodzących w trakcie realizowania kolejnych lat studiów na kierunku dietetyka. Wyniki dotyczące rozpowszechnienia ortoreksji w grupie studentów uczących się na poszczególnych latach studiów są bardzo zróżnicowane w zależności od zastosowanego testu. Wyniki testu Bratmana wskazywały na najwyższy odsetek osób z diagnozą ortoreksji na I roku studiów I stopnia (44%), a najniższy na I roku studiów II stopnia (27%). Odmienne sytuacja wygląda w przypadku zastosowania testu ORTO-15, bowiem, pomijając końcowy wzrost odsetka ortoreksji na ostatnim roku studiów, występuje lekka tendencja malejąca począwszy od początku studiów, aż do I roku uzupełniających studiów magisterskich. Sytuacja ta daje podstawy, by stwierdzić, że realizowanie kolejnych lat studiów w zakresie dietetyki może wpływać na

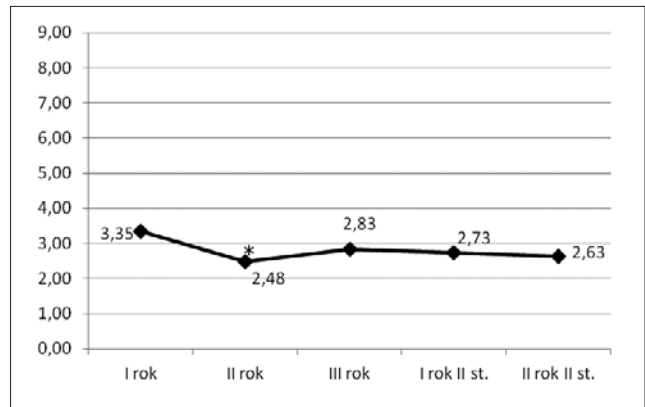
zmniejszenie występowania ortoreksji. Warto zaznaczyć, że różnica pomiędzy odsetkami ortorektyków na I roku I stopnia i II roku II stopnia nie jest istotna statystycznie. Jest ona wyraźniejsza, biorąc pod uwagę studentów I roku studiów licencjackich i I roku studiów magisterskich, jednak mimo bliskości granicy istotności ($P=0,09$), nie można stwierdzić różnicy istotnej statystycznie. Analizując przyczyny wzrostu odsetka ortoreksji na ostatnim roku studiów, warto zaprezentować liczbę przypadków ortoreksji na wszystkich latach, które począwszy od pierwszego roku wynoszą: 15, 9, 11, 9 i 8. Daje się zaobserwować spadek liczby przypadków ortoreksji. W przypadku testu ORTO-15 początkowo następuje wyraźny spadek odsetka studentów z diagnozą problemu ortoreksji (na drugim roku), a następnie wyraźny wzrost na trzecim roku, po którym do końca studiów następuje liniowy spadek odsetka ortoreksji. Trudno wyjaśnić przyczyny nagłego wyraźnego wzrostu odsetka osób z tym zaburzeniem w połowie studiów, tym bardziej, że jest on istotny statystycznie ($P<0,05$). Różnica pomiędzy pierwszym a ostatnim rokiem studiów (II rokiem II st.), mimo bliskości granicy ($P=0,07$), nie jest istotna statystycznie, jednakże różnica między III rokiem a ostatnim wykazuje istotność ($P<0,05$). Być może zastosowane narzędzie badawcze charakteryzuje słaba trafność w zakresie pomiaru ortoreksji.



Wykres 3. Odsetek oraz liczebność zbiorowości (n) osób z ortoreksją na poszczególnych latach studiów według testu Bratmana oraz testu ORTO-15 ($*P<0,05$)

Kolejną analizowaną kwestią dotyczącą różnic w poszczególnych latach studiów była średnia wyników punktowych na danym roku uzyskanych w obydwu testach. W przypadku testu Bratmana zauważono ogólną słabą tendencję spadkową. Różnica średnich wyników skrajnych lat studiów (I rok I stopnia wobec II rok II stopnia) nie była istotna statystycznie (wykres 4.). Bliska progu istotności ($P=0,066$) była różnica pomiędzy średnią I roku a średnią I i II roku studiów magisterskich razem wziętych (2,68 pkt), za to istotność statystyczną osiągnęła różnica pomiędzy średnimi I i II roku studiów licencjackich, co prawdopodobnie wskazywałoby na najsilniejszy wpływ edukacji w początkowym okresie studiów.

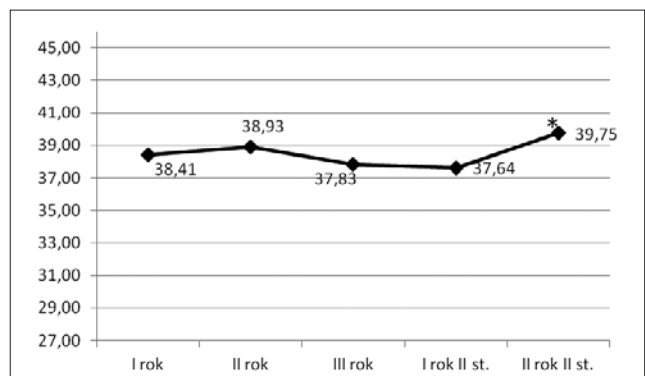
W odróżnieniu od testu BOT, w teście ORTO-15 średni wynik uzyskany przez studentów na drugim roku studiów był wyższy niż na pierwszym, przy czym różnica nie jest statystycznie istotna ($P>0,05$) (Wykres 5.). Porównując wyniki pomiędzy skrajnymi rocznikami, kierunek zmiany jest przeciwny do średnich testu Bratmana, a różnica średnich, mimo bliskości granicy p , nie jest istotna statystycznie



Wykres 4. Średni wynik punktowy testu Bratmana na poszczególnych latach studiów ($*P<0,05$)

($P=0,08$). Zaobserwowano brak znaczącej różnicy pomiędzy studentami I roku I stopnia i studentami studiów II stopnia (I i II rok). Lekka tendencja spadkowa średniej między II rokiem studiów licencjackich a I rokiem studiów magisterskich również nie jest znamieną statystycznie ($P>0,05$), ale znaczny wzrost średniej na ostatnim roku w stosunku do poprzedniego jest istotny statystycznie ($P<0,05$).

Odmiennej kierunek zmian w teście ORTO-15 może potwierdzać wyniki uzyskane testem BOT, co wynika z ujemnej korelacji liniowej obu testów. Oba narzędzia różni przede wszystkim umiejscowienie w czasie studiów najbardziej znaczących, korzystnych zmian w średnich wynikach testów. Zgodnie z wynikami uzyskanymi testem BOT najsilniejszy spadek tendencji ortorektycznych występował na początku studiów (między I a II rokiem I st.), a według testu ORTO-15 pod koniec studiów (między I a II rokiem II st.).



Wykres 5. Średni wynik punktowy testu ORTO-15 na poszczególnych latach studiów ($*P<0,05$)

Analizy związku pomiędzy czterema zmiennymi (płci, obecności choroby wymagającej stosowania specjalnej diety, występowania jakiegokolwiek zaburzenia odżywiania w przeszłości oraz występowania zaburzenia odżywiania w obecnym czasie) a zagrożeniem ortoreksją dokonano poprzez sprawdzenie poziomu istotności różnic w średnich wynikach punktowych danych subpopulacji, zarówno w teście BOT, jak i ORTO-15 (Tabela 3).

Biorąc pod uwagę wyniki testu Bratmana, mężczyźni, osoby zmuszone przez chorobę do stosowania specjalnej diety oraz osoby, które zmagają się w przeszłości z zaburzeniem odżywiania charakteryzują się wyższymi tendencjami ortorektycznymi, jednakże tylko w przypadku grupy mężczyzn

Tabela 3. Poziom istotności różnic średnich wyników w teście Bratmana i teście ORTO-15 (* $P < 0,05$)

Zmienna	Liczebność grupy	Średni wynik testu Bratmana	Istotność (dwustronna) dla testu Bratmana	Średni wynik testu ORTO-15	Istotność (dwustronna) dla testu ORTO-15
Płeć	kobiety	140	2,94	38,37	$P=0,63$
	mężczyźni	15	1,8		
Choroba z leczeniem dietetycznym	obecność	10	3,2	38,3	$P=0,918$
	brak	145	2,8		
Zaburzenia odżywiania w przeszłości	obecność	7	4	39,86	$P=0,243$
	brak	148	2,77		
Zaburzenia odżywiania obecnie	obecność	1	9	29	
	brak	154			

różnica ta była istotna statystycznie ($P < 0,05$). Wyniki testu ORTO-15 potwierdzają kierunek zależności w subpopulacji mężczyzn oraz u osób stosujących obowiązkową dietę, ale wykluczają kierunek zależności u osób z doświadczeniem zaburzenia odżywiania w przeszłości, przy czym wszystkie wyniki są nieistotne statystycznie. Omawianej zależności nie można było sprawdzić w przypadku zmiennej, jaką były zaburzenia odżywiania występujące obecnie (w czasie przeprowadzania badania), gdyż wśród całej populacji badanej tylko jedna osoba przyznała się do tego typu problemu. To studentka z zespołem kompulsywnego jedzenia, która w teście Bratmana uzyskała najwyższy wynik w badanej populacji, a w teście ORTO-15 prawie najwyższy (tylko jedna osoba uzyskała wynik niższy – 27 pkt).

DYSKUSJA

Porównując wyniki uzyskane w badaniu przeprowadzonym w Turcji w grupie 878 studentów medycyny [7], wśród których 43,6% uzyskało diagnozę ortoreksji, z grupą badanych testem ORTO-15 studentów dietetyki na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, można stwierdzić, że wśród polskich studentów ich odsetek z diagnozą ortoreksji jest znacznie wyższy (59%). W cytowanym badaniu wykazano ponadto istotną statystycznie korelację z płcią – większe rozpowszechnienie ortoreksji i niższy średni wynik testu w grupie mężczyzn. Warto w tym momencie zwrócić uwagę na fakt, że liczba 15 osób, jak i odsetek mężczyzn (9,7%) wśród studentów dietetyki UM w Łodzi były znacznie mniejsze niż w badaniu tureckim (464; 52,8%), jednakże w przypadku testu ORTO-15 nie zauważono widocznych różnic w średnich wynikach ORTO-15. W teście Bratmana natomiast mężczyźni osiągnęli istotnie statystycznie niższe wyniki, co wskazuje na przeciwną zależność. W świetle tych wyników kobiety miałyby większe tendencje ortorektyczne, za czym przemawia włączenie ich do grupy ryzyka ortoreksji [5]. Ograniczeniem dotyczącym porównania powyższych wyników jest fakt zastosowania przez Fidan i in. testu ORTO-11, będącego turecką adaptacją testu ORTO-15, zawierającego tylko 11 pytań.

Można uzyskać w nim od 0 do 44 punktów, a próg odcięcia dla ortoreksji ustalono na poziomie 27 punktów.

Wcześniejsze badanie tureckie [8] z zastosowaniem testu ORTO-15 (z odcięciem dla ortoreksji przy 40 punktach) przeprowadzone na grupie lekarzy stażystów ujawniło 45,5-procentowy udział osób z ortoreksją. Uzyskane wyniki dotyczące studentów kierunku dietetyka na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (59% osób z ortoreksją) są znacznie wyższe od wyników grupy lekarzy stażystów w Turcji, co potwierdzałoby, że dietetycy stanowią jedną z najwyższych grup ryzyka.

W badaniu z 2006 roku przeprowadzonym na grupie 283 austriackich dietetyków [16] przy użyciu testu Bratmana, ortoreksję zdiagnozowano u 12,8% dietetyków, a zagrożenie ortoreksją u 34,9%. W świetle niniejszych wyników badania studenci dietetyki w Łodzi charakteryzują się znacznie wyższym odsetkiem ortoreksji (33,5%) i o kilka punktów procentowych wyższym odsetkiem ryzyka (38,7%).

Jedno z niewielu opublikowanych badań przeprowadzonych w grupie studentów dietetyki dotyczące konkretnie ortoreksji to badanie niemieckie w grupie 219 osób [17]. Prezentuje średni wynik testu Bratmana w grupie studentów I i II semestru (2,5 pkt) oraz w grupie studentów VII semestru i dalszych (1,7 pkt). Różnica ta okazała się istotna statystycznie, dając prawo do wnioskowania o korzystnym wpływie kolejnych lat studiów na spadek tendencji ortorektycznych. W grupie łódzkich studentów dietetyki średni wynik testu Bratmana wyniósł analogicznie na I roku 3,35 punktu, a na I i II roku studiów II stopnia – 2,68 punktu. Wyniki te są wyższe niż u studentów niemieckich, co sugeruje, iż ortoreksja stanowi w naszej populacji badanej znacznie większy problem. Prawdopodobnie z powodu mniejszej liczebności grupy badanej (155 osób wobec 219 osób) różnica między średnimi wynikami studentów na początku i pod koniec studiów nie osiągnęła istotności statystycznej ($P=0,066$).

Najnowsze badania Brytek-Matery wśród ponad 400 osób wskazują, że polska wersja testu ORTO-15 jest wiarygodnym i wartościowym narzędziem do badania obsesyjnego stosunku do zdrowia i właściwego odżywiania w polskiej populacji kobiet i mężczyzn [18].

WNIOSKI

1. Częstość występowania problemu ortoreksji wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi należy uznać za wysoką, szczególnie w porównaniu do podobnych badań.
2. Duże zróżnicowanie wyników w obu stosowanych testach oraz silniejsza korelacja diagnozy ortoreksji dla progu ≤ 39 punktów testu ORTO-15 sugeruje konieczność przeprowadzenia dokładniejszych badań nad progiem punktowym tego testu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bratman S, Knight D. Health Food Junkies: orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway Books; 2000.
2. Bartrina J. Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. Arch Latinoam Nutr. 2007; 57(4): 313–315.
3. Kędra E. Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. Piel. Zdr. Publ. 2011; 1, 2: 169–175.



4. Catalina Zamora ML, Bote Bonaecha B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr.* 2005; 33(1): 66–68.
5. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psych Psych.* 2012; 1: 55–60.
6. Janas-Kozik M, Zejda J, i wsp. (2012). Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatria Polska.* 46(3): 441–450.
7. Fidan T, Ertekin V, Işikay S, Kirpinar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010; 51(1): 49–54.
8. Bagci Bosi TA, Camur D, Guler C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctor in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite.* 2007; 49(3): 661–666.
9. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005; 10(2): 28–32.
10. 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): 151–157.
11. Varga M, Dukay-Szabo S, Túry F. Orthorexia nervosa and its background factors. *Ideggyogy Sz.* 2013; 66(7–8): 220–227.
12. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L, Ammendolia A, Rizza P, De Fazio P, Capranica L. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord.* 2012; 17(4): e226–233.
13. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.* 2009; 14(1): 33–37.
14. Bustamante M. The other end of the continuum of healthy eating: Orthorexia. *Brunei Darussalam Journal of Health* 2012; 5: 20–24.
15. Worobey J, Schoenfeld D. Eating disordered behavior in dietetics students and students in other majors. *J Am Diet Assoc.* 1999; 99: 1100–1102.
16. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutr.* 2010; 13(1): 32–37. DOI: 10.1017/S1368980009005709.
17. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia Nervosa in Dieticians. *Psychother Psychosom.* 2006; 75: 395–396.
18. Brytek-Matera A1, Krupa M, Poggiogalle E, Donini LM. Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eat Weight Disord.* 2014; 19(1): 69–76. doi: 10.1007/s40519-014-0100-0.

Orthorexia in a group of dietetics students

Abstract

Introduction. Orthorexia is defined as an excessive preoccupation with healthy food, preparation of meals according to strict rules, and subordination of life to the restrictive diet.

Aim. The aim of this study was evaluation of the threat of orthorexia in a group of students in the specialty of dietetics, evaluation of the relationship between university study, and tendencies towards the presentation of orthorexia behaviour. The subsequent goal of the study was an attempt to find factors predisposing for the occurrence of this disorder in a group of future dietitians.

Material and methods. The study involved 155 students of dietetics at the Medical University in Łódź, and was conducted using 2 questionnaires for diagnosing orthorexia: ORTO-15 and Bratman Orthorexia Test (BOT).

Results. Every third respondent fulfilled the diagnostic criteria of orthorexia, 39% of the students were in a group at elevated risk, while 28% of them did not report any orthorectic symptoms. Analysis of data using the BOT questionnaire indicated the strongest downward tendency in orthorectic behaviours between the first and second year of Bachelor's study, whereas the ORTO-15 confirmed a similar situation during complementary Master study.

Conclusions. The existence of orthorectic behaviours in a group of students in the specialty of dietetics seems to be a notable problem. In the examined group, orthorectic tendencies were more pronounced in female than in male students. The significant diversity of results obtained using two various questionnaires – ORTO-15 and BOT – imply that it is necessary to conduct more comprehensive research on the validity and reliability of the two methods.

Key words

orthorexia, eating disorders, dietetics students

