

Agnieszka Pieczykolan<sup>1</sup>, Joanna Grzesik-Gąsior<sup>2</sup>, Agnieszka Bień<sup>1</sup>,  
Krystyna Krygowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej

<sup>2</sup> Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Zakład Położnictwa

---

## Zaburzenia ortoreksyjne a poczucie własnej skuteczności i satysfakcja z życia studentów kierunków medycznych – badanie przekrojowe

Orthorexic disorders, self-efficacy and satisfaction with life of medical students – cross-sectional study

---

### STRESZCZENIE

Celem badania była ocena związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i satysfakcją z życia a występowaniem ortoreksji u studentów kierunków medycznych. Badanie zostało przeprowadzone w 2021 roku wśród 304 studentów kierunków medycznych. Wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem standaryzowanych kwestionariuszy ORTO-15, SWLS, GSES. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała silną dodatnią korelację pomiędzy satysfakcją z życia a poczuciem własnej skuteczności. Ryzyko zachowań ortorektycznych było związane z poziomem BMI, kierunkiem studiowania oraz województwem, w którym studiowały badane osoby. Studenci z nieprawidłowym BMI mają większą skłonność do zaburzeń ortorektycznych w porównaniu do studentów z prawidłowym BMI. Najwyższe ryzyko zachorowania na ortoreksję prezentowali studenci kierunku stomatologia i fizjoterapia, z województwa dolnośląskiego, a najmniejsze ryzyko zachowań ortorektycznych dotyczyło studentów kierunku zdrowie publiczne z województwa śląskiego.


**Słowa kluczowe:** skuteczność, satysfakcja z życia, *orthorexia nervosa*, studenci


---


Adres do korespondencji / Address for correspondence: [agnieszkapieczykolan@umlub.pl](mailto:agnieszkapieczykolan@umlub.pl)

ORCID: Agnieszka Pieczykolan  <https://orcid.org/0000-0003-3799-091X>

Joanna Grzesik-Gąsior  <https://orcid.org/0000-0002-4925-2044>

Agnieszka Bień  <https://orcid.org/0000-0002-5268-6900>

Krystyna Krygowska  <https://orcid.org/0000-0002-9953-0735>

Licencja/License: CC BY 4.0 

## ABSTRACT

The aim of the research was to assess the relationship between self-efficacy, life satisfaction and the occurrence of orthorexia nervosa in the group of medical students. The survey was conducted in 2021 among 304 students of medical faculties. A diagnostic survey method using standardised questionnaires – ORTO-15, SWLS and GSES – was chosen. The performed statistical analysis showed a strong positive correlation between life satisfaction and self-efficacy. The risk of orthorexic behaviour was related to the BMI level, the field of studies and the region where the students studied. Students with an abnormal BMI are more prone to the orthorexia disorder compared to students with a normal BMI. The highest risk of developing orthorexia was presented by students of dentistry and physiotherapy from the Lower Silesia region while the lowest risk of orthorexic behaviour was presented by students of public health from the Silesian region.

**Keywords:** self-efficacy, life satisfaction, orthorexia nervosa, students

## WPROWADZENIE

Prawidłowo dobrana dieta powinna odpowiadać zapotrzebowaniu energetycznemu i na składniki odżywcze każdemu człowiekowi, tak by zapewnić mu jak najkorzystniejszy rozwój organizmu. Jednak spożywane jedzenie stanowi nie tylko uzupełnienie składników pokarmowych, ale jest także pewnym rodzajem przyjemności. O zaburzeniach na tle odżywiania można mówić m.in. w przypadku, gdy sposób odżywiania staje się głównym zainteresowaniem danego człowieka. Wpływają na to uwarunkowania kulturowe, którym każdy stara się sprostać – jest to trudne, zwłaszcza że panuje przekonanie, iż osoba zdrowa to osoba szczupła, wysportowana, spożywająca zdrowe i naturalne produkty (Koszowska, Dittfeld, Zubelewicz-Szkodzińska, 2013; Łucka *et al.*, 2019). Tematyka zdrowego żywienia staje się coraz bardziej popularna, także w środowisku naukowym. Pojawiające się kolejno publikacje naukowe lub popularnonaukowe dostarczają nowych informacji, z których wynikają często wykluczające się wnioski. Przestrzeganie zbilansowanej diety jest dobrym nawykiem, jednak zbyt duże przywiązanie do pewnej ideologii może okazać się czynnikiem wywołującym zaburzenia odżywiania oraz negatywnie wpływającym na zdrowie (Hyrnik *et al.*, 2021).

Pojęcie *orthorexia nervosa*, wprowadzone przez amerykańskiego lekarza Stevena Bratmana w roku 1997, powstało z połączenia greckich słów *orthós* – „prawidłowy” i *órexis* – „apetyt”, co oznacza patologiczną obsesję na punkcie zdrowego odżywiania. Symptomy ortorektycznego zachowania żywieniowego są najczęściej subiektywne i indywidualne. Obejmują one: odrzucenie

produktów uznawanych za niezdrowe, unikanie dodatków (takich jak sztuczne barwniki, polepszacze smaku, konserwanty), produktów transgenicznych i zawierających pestycydy, wykluczenie konkretnych grup artykułów spożywczych (np. pochodzenia zwierzęcego), konkretny sposób przygotowania pokarmów (np. bez tłuszczu, przy użyciu specjalnych naczyń kuchennych, przestrzegając zasad łączenia produktów żywnościowych), spożywanie wyłącznie tych pochodzenia ekologicznego lub z własnej uprawy (Barthels, 2014; Dunn, Bratman, 2016).

Przyczyną zachowań ortorektycznych jest lęk przed zachorowaniem wskutek nieprawidłowego żywienia – chęć utraty masy ciała i atrakcyjnego wyglądu nie są w tym przypadku najważniejsze. Następstwami takich zachowań mogą być niedożywienie oraz izolacja społeczna (Hyrnik *et al.*, 2021). Ortoreksja nie jest wymieniana w powszechnie stosowanych klasyfikacjach diagnostycznych (ICD-10, DSM-IV, DSM-5), zatem według obecnego stanu wiedzy pojęcie *orthorexia nervosa* nie jest do końca poprawne i nie powinno być stosowane. Niewątpliwie obsesyjne dbanie o zdrowie i koncentrowanie myśli wokół odpowiednich reguł żywieniowych jest zachowaniem patologicznym i spełnia niektóre kryteria zaburzeń psychicznych – występuje podobieństwo do zaburzeń kompulsywnych, zaburzeń osobowości i hipochondrii. Jednakże brak tutaj subiektywnego odczucia cierpienia zgłaszanego przez osobę dotkniętą problemem, nie są również upośledzone ważne obszary funkcjonowania fizjologicznego, dlatego nie można jednoznacznie zakwalifikować ortoreksji jako choroby psychicznej (Gortat,

Samardakiewicz, Perzyński, 2021; Hyrnik *et al.*, 2021). Formalnie po raz pierwszy kryteria diagnozujące ortoreksję pojawiły się dopiero w 2015 roku. Mają one pewne ograniczenia i wymagają udoskonalenia oraz powinny zostać adaptowane do wielu odmiennych kultur (Dunn, Bratman, 2016; Moroze *et al.*, 2015; Varga *et al.*, 2014).

Satysfakcja z życia stanowi subiektywne uczucie człowieka, które pozwala dokonać oceny własnego życia jako całości w porównaniu do ustalonych powszechnie standardów (Kong *et al.*, 2015; Rajani *et al.*, 2019). Natomiast poczucie własnej skuteczności pozwala wyrazić subiektywnie odczuwane przez człowieka przekonanie, że poprzez podjęte działania możliwe jest uzyskanie danego wyniku (Lamarque *et al.*, 2018; Náfrádi *et al.*, 2017).

#### CEL PRACY

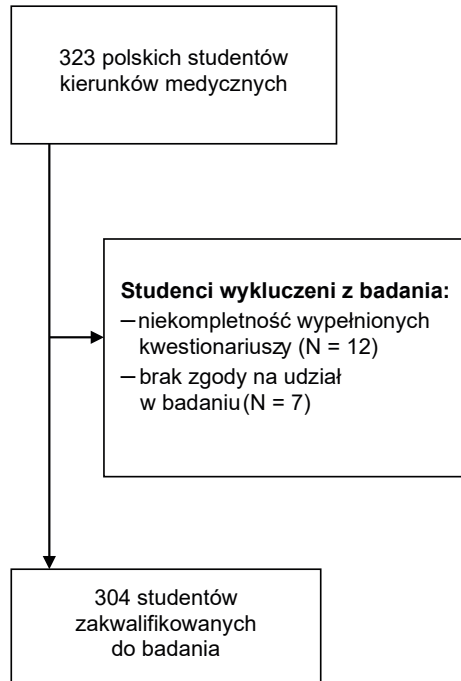
Celem poniższego badania była ocena związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności

i satysfakcją z życia a występowaniem ortoreksji u polskich studentów kierunków medycznych.

#### OPIS BADANEJ GRUPY

Badanie przeprowadzono w marcu 2022 roku wśród 304 polskich studentów kierunków: analityka medyczna, dietetyka, farmacja, fizjoterapia, lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, stomatologia, zdrowie publiczne. Osoby ankietowane poinformowano zarówno o dobrowolnym i anonimowym udziale w badaniu, jak i o wykorzystaniu wyników tylko do celów naukowych.

Kryteriami włączenia do badania były: wiek powyżej 18 lat, status studenta polskiej uczelni medycznej, zgoda na udział w badaniu, natomiast kryteriami wyłączenia z badania były: wiek poniżej 18 lat, status studenta uczelni niemedycznej, brak zgody na udział w badaniu. Proces rekrutacji uczestników do badania zaprezentowano na rycinie 1.



Ryc. 1. Schemat procesu rekrutacji grupy badanej

Źródło: opracowanie własne.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi:

- Kwestionariusza ORTO-15 – składającego się z 15 pytań z czterema odpowiedziami, za które można otrzymać od jednego do czterech punktów – w przypadku uzyskania 40 i mniej punktów diagnozowana jest skłonność do ortoreksji (Mitrofanova *et al.*, 2021; Stochel *et al.*, 2015);
- Skali Satysfakcji z Życia (SWLS: Satisfaction With Life Scale) – składającej się z pięciu pytań z możliwością odpowiedzi na siedmiostopniowej skali – otrzymanie  $\leq 17$  punktów wskazywało niski poziom satysfakcji z życia, 18–23 punktów – średni poziom, a  $\geq 24$  punktów – wysoki poziom (Juczynski, 2012; Kupcewicz *et al.*, 2018);
- Skali Poczucia Własnej Wartości (GSES: General Self-Efficacy Scale) – składającej się z 10 twierdzeń, do których są cztery odpowiedzi punktowane od jednego do czterech – im wyższy wynik otrzymuje badany, tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności (Juczynski, 2012; Machado *et al.*, 2016).

Ponadto zastosowano autorski kwestionariusz ankiety umożliwiający scharakteryzowanie badanej grupy pod względem socjodemograficznym oraz aktywności fizycznej. Za osoby aktywne fizycznie uznano te, które podejmowały w tygodniu co najmniej 150–300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub co najmniej 75–150 minut aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności zgodnie

z Wytycznymi WHO dotyczących aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia z 2021 roku.

Zbieranie danych odbyło się na dwa sposoby: tradycyjnie – rozdając studentom kwestionariusze ankiety oraz udostępniając kwestionariusz w Internecie za pośrednictwem platformy Google Forms. Tradycyjny kwestionariusz zawierał formularz świadomej zgody na udział w badaniu, natomiast internetowy rozpoczynał się od pytania o zgodę na udział w badaniu, a zaznaczenie odpowiedzi warunkowało przejście do kolejnych etapów ankiety.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej w oparciu o oprogramowanie STATISTICA 13.3 (StatSoft Polska). Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami został zastosowany test nieparametryczny U-Manna-Whitneya, z kolei dla więcej niż dwóch grup użyto test Kruskala-Wallisa. Aby sprawdzić zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi, wykorzystano korelację r-Pearsona. W pracy przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

W badaniu wzięło udział 304 studentów kierunków medycznych – większość badanej grupy stanowiły osoby w wieku do 23 lat (76,32%), będące płci żeńskiej (90,13%), mieszkające w mieście (59,87%), będące na utrzymaniu rodziców (56,58%), zdrowe (77,63%), aktywne fizycznie (66,45%), o prawidłowym BMI (71,71%), oceniające zadowolenie ze zdrowia jako dobre (60,53%), będące na drugim roku studiów (29,61%), studiujące pielęgniarstwo (43,75%), w województwie podkarpackim (31,17%), u których istnieje ryzyko wystąpienia ortoreksji (83,55%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne oraz dotyczące studiowania

Dane socjodemograficzne oraz dotyczące studiowania		N	%
Wiek [w latach]	$\leq 23$ lat	232	76,32
	$> 23$ lat	72	23,68
Płeć	Kobieta	274	90,13
	Mężczyzna	30	9,87
Miejsce zamieszkania	Miasto	182	59,87
	Wieś	122	40,13

Dane socjodemograficzne oraz dotyczące studiowania		N	%
Status zawodowy	Na utrzymaniu rodziców	172	56,58
	Studiuje i pracuje	72	23,68
	Utrzymuje się ze stypendium	60	19,74
Choroby przewlekłe	Zdrowy	236	77,63
	Choruje	68	22,37
Aktywność fizyczna	Aktywny	202	66,45
	Nieaktywny	102	33,55
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	Prawidłowe	218	71,71
	Nieprawidłowe	86	28,29
Satysfakcja z życia	Bardzo dobre	66	21,71
	Dobre	184	60,53
	Przeciętne	54	17,76
Rok studiów	Pierwszy	54	17,76
	Drugi	90	29,61
	Trzeci	70	23,03
	Czwarty	44	14,47
	Piąty	36	11,84
	Szósty	10	3,29
Kierunek studiów	Pielęgniarstwo	133	43,75
	Lekarski	106	34,87
	Farmacja	18	5,92
	Położnictwo	14	4,61
	Dietetyka	8	2,63
	Analityka medyczna	6	1,97
	Fizjoterapia	6	1,97
	Stomatologia	6	1,97
	Zdrowie publiczne	6	1,97
Miejsce studiowania (województwo)	Podkarpackie	95	31,25
	Dolnośląskie	82	26,97
	Lubelskie	52	17,11
	Wielkopolskie	38	12,50
	Pomorskie	18	5,92
	Zachodniopomorskie	14	4,61
	Śląskie	4	1,32
Ryzyko ortoreksji na podstawie kwestionariusza ORTO-15	Ryzyko ortoreksji	254	83,55
	Brak ryzyka ortoreksji	50	16,45

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 2 przedstawiono średnie wyniki w poszczególnych skalach. W skali oceniającej ryzyko wystąpienia ortoreksji średnia punktów wyniosła 36,33 pkt ( $\pm 4,24$  pkt) i oznacza brak ryzyka pojawienia się ortoreksji. Poziom satysfakcji

z życia wyniósł 20,76 pkt ( $\pm 5,54$  pkt) i znajduje się na średnim poziomie. Poczucie własnej skuteczności wśród ankietowanych wyniosło 29,95 pkt ( $\pm 3,52$  pkt).

Tabela 2. Średnie wyniki w skalach: ORTO-15, satysfakcji z życia oraz poczucia własnej skuteczności

Nazwa skali	M	Me	SD	Min.	Max.
ORTO-15	36,33	37,00	4,24	24,00	44,00
SWLS	20,76	21,00	5,54	5,00	30,00
GSES	29,95	30,00	3,52	21,00	40,00

ORTO-15 – ryzyko ortoreksji; SWLS – satysfakcja z życia; GSES – poczucie własnej skuteczności;  
 M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna;  
 Max. – wartość maksymalna.  
 Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3 zawiera analizę korelacji pomiędzy skalami ORTO-15, SWLS oraz GSES. Wykazano w niej silną dodatnią korelację pomiędzy

satysfakcją z życia a poczuciem własnej skuteczności ( $r = 0,342$ ;  $p < 0,05$ ), jednak nie wykazano korelacji pomiędzy pozostałymi skalami.

Tabela 3. Korelacje Pearsona pomiędzy ryzykiem wystąpienia ortoreksji, satysfakcją z życia i poczuciem własnej skuteczności

Nazwa skali	ORTO-15	SWLS	GSES
ORTO-15	–		
SWLS	0,082	–	
GSES	0,043	<b>0,342**</b>	–

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  ( $p$  – prawdopodobieństwo); ORTO-15 – ryzyko ortoreksji; SWLS – satysfakcja z życia; GSES – poczucie własnej skuteczności.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna otrzymanych wyników wykazała różnice pomiędzy BMI a ryzykiem ortoreksji ( $Z = -9,511$ ;  $p < 0,001$ ). U osób z nieprawidłowym BMI częściej występuje ryzyko ortoreksji w porównaniu do osób z prawidłowym BMI. Stwierdzono także różnice pomiędzy

satysfakcją z życia a zadowoleniem ze zdrowia ( $H = 19,737$ ;  $p < 0,001$ ).

Wśród studentów wraz ze wzrostem zadowolenia ze zdrowia wzrastało poczucie satysfakcji z życia. Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Dane socjodemograficzne a ryzyko wystąpienia ortoreksji, satysfakcja z życia i poczucie własnej skuteczności

Dane socjodemograficzne		ORTO-15			SWLS			GSES		
		M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Wiek [w latach]	≤ 23 lat	36,26	37,00	4,21	21,14	21,00	5,45	29,95	30,00	3,50
	> 23 lat	36,56	37,00	4,36	19,44	17,50	5,75	29,94	29,00	3,63
		$Z = -0,306; p = 0,760$			$Z = 1,583; p = 0,113$			$Z = 0,024; p = 0,981$		
Płeć	Kobieta	36,31	37,00	4,19	20,78	21,00	5,64	29,79	30,00	3,28
	Mężczyzna	36,53	36,00	4,72	20,60	20,00	4,78	31,40	32,00	5,15
		$Z = -0,253; p = 0,800$			$Z = 0,321; p = 0,748$			$Z = -1,714; p = 0,086$		
Miejsce zamieszkania	Miasto	36,54	37,00	4,48	21,10	22,00	5,49	30,13	30,00	3,52
	Wieś	36,02	37,00	3,84	20,26	20,00	5,63	29,67	30,00	3,53
		$Z = 0,750; p = 0,453$			$Z = 1,034; p = 0,301$			$Z = 0,863; p = 0,388$		
Status zawodowy	Na utrzymaniu rodziców	36,20	36,00	4,26	21,16	21,00	4,98	29,56	30,00	3,31
	Studiuje i pracuje	35,92	37,00	4,87	20,56	20,50	5,94	30,67	30,00	4,13
	Utrzymuje się ze stypendium	37,20	37,00	3,22	19,87	21,00	6,59	30,20	30,00	3,25
		$H = 1,425; p = 0,491$			$H = 0,694; p = 0,707$			$H = 2,122; p = 0,346$		
Choroby przewlekłe	Zdrowy	36,52	37,00	4,02	21,12	21,00	5,38	30,13	30,00	3,43
	Choruje	35,68	36,00	4,91	19,53	18,50	6,00	29,32	29,00	3,78
		$Z = 1,092; p = 0,275$			$Z = 1,351; p = 0,177$			$Z = 0,856; p = 0,392$		
Aktywność fizyczna	Aktywny	36,08	36,00	4,45	21,39	22,00	5,42	30,17	30,00	3,49
	Nieaktywny	36,82	37,00	3,76	19,53	20,00	5,63	29,51	29,00	3,57
		$Z = 0,999; p = 0,318$			$Z = -1,850; p = 0,064$			$Z = -1,081; p = 0,280$		
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	Prawidłowe	34,43	35,00	3,36	20,57	21,00	5,78	29,94	30,00	3,49
	Nieprawidłowe	41,14	41,00	1,55	21,26	22,00	4,93	29,98	30,00	3,62
		$Z = -9,511; p < 0,001$			$Z = -0,652; p = 0,514$			$Z = -0,025; p = 0,980$		

Dane socjodemograficzne		ORTO-15			SWLS			GSES		
		M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Zadowolenie ze zdrowia	Bardzo dobre	35,64	36,00	4,72	23,39	23,00	4,37	31,27	31,00	3,78
	Dobre	36,78	37,00	4,00	20,96	21,00	5,21	29,80	30,00	3,36
	Przeciętne	35,63	37,00	4,00	16,89	17,00	5,95	28,81	29,00	3,35
		$H = 1,884; p = 0,390$			$H = 19,737; p < 0,001$			$H = 4,954; p = 0,084$		

ORTO-15 – ryzyko ortoreksji; SWLS – satysfakcja z życia; GSES – poczucie własnej skuteczności; Z – test Manna-Whitneya; H – test Kruskala-Wallis; p – prawdopodobieństwo; Me – mediana; M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 5 przedstawiono analizę porównawczą danych dotyczących studiowania a ryzyka wystąpienia ortoreksji, satysfakcji z życia i poczucia własnej skuteczności. Stwierdzono w nich różnice pomiędzy ryzykiem wystąpienia ortoreksji a kierunkiem studiowania ( $H = 16,339; p = 0,038$ ) – najwyższe ryzyko zachorowania prezentowali studenci kierunków stomatologia

i fizjoterapia, natomiast najniższe studenci zdrowia publicznego. Wykazano również różnice pomiędzy województwem, w którym studiowały badane osoby, a ryzykiem pojawienia się ortoreksji ( $H = 13,806; p = 0,032$ ) – najniższe ryzyko dotyczyło studentów z województwa śląskiego, a najwyższe występowało w grupie z województwa dolnośląskiego.

Tabela 5. Dane dotyczące studiowania a ryzyko wystąpienia ortoreksji, satysfakcja z życia i poczucie własnej skuteczności

Dane dotyczące studiowania		ORTO-15			SWLS			GSES		
		M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Rok studiów	Pierwszy	34,85	35,00	4,15	20,15	21,00	6,71	30,89	30,00	4,29
	Drugi	35,98	37,00	4,41	20,40	20,00	5,46	30,22	30,00	3,65
	Trzeci	37,14	38,00	3,92	20,77	21,00	4,28	29,03	29,00	2,38
	Czwarty	36,18	36,50	4,34	21,77	23,00	6,00	29,68	30,00	3,08
	Piąty	37,67	38,00	4,19	20,83	22,00	5,69	29,39	30,00	3,01
	Szósty	37,60	38,00	3,78	22,60	26,00	6,58	32,00	33,00	6,56
		$H = 8,090; p = 0,151$			$H = 1,670; p = 0,893$			$H = 5,475; p = 0,361$		



Dane dotyczące studiowania		ORTO-15			SWLS			GSES		
		M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Kierunek studiów	Pielęgniarstwo	35,90	36,00	4,21	19,73	20,00	6,00	30,07	30,00	3,36
	Lekarski	36,09	36,00	4,35	21,13	22,00	4,96	29,70	30,00	3,61
	Farmacja	37,00	37,00	4,74	19,00	17,00	5,81	28,22	28,00	4,24
	Położnictwo	38,57	39,00	2,99	25,29	27,00	3,50	31,57	32,00	3,99
	Dietetyka	38,00	37,50	2,94	20,25	17,50	5,85	30,50	31,00	2,65
	Analityka medyczna	34,67	33,00	2,89	26,33	25,00	2,31	31,33	32,00	4,04
	Fizjoterapia	41,33	41,00	1,53	21,67	20,00	4,73	29,67	30,00	2,52
	Stomatologia	41,00	4,00	1,73	25,67	26,00	2,52	31,33	29,00	4,93
	Zdrowie publiczne	32,67	34,00	2,31	21,33	20,00	2,13	29,67	28,00	3,79
			$H = 16,339; p = 0,038$			$H = 14,061; p = 0,080$			$H = 3,636; p = 0,888$	
Miejsce studiowania (województwo)	Podkarpackie	35,77	36,50	4,17	18,90	19,00	5,46	30,08	29,50	3,54
	Dolnośląskie	37,07	38,00	3,63	21,78	23,00	5,08	29,37	29,00	3,62
	Lubelskie	36,88	36,50	4,17	22,04	22,50	6,28	30,23	30,00	3,14
	Wielkopolskie	35,11	35,00	4,19	21,79	22,00	4,96	29,68	30,00	4,14
	Pomorskie	34,22	34,00	5,56	21,00	22,00	6,71	31,89	33,00	3,86
	Zachodniopomorskie	34,71	34,00	4,27	20,29	21,00	4,75	29,71	30,00	2,06
	Śląskie	33,50	33,50	2,12	19,00	19,00	1,41	29,50	29,50	0,71
			$H = 13,806; p = 0,032$			$H = 10,232; p = 0,115$			$H = 3,439; p = 0,752$	

ORTO-15 – ryzyko ortoreksji; SWLS – satysfakcja z życia; GSES – poczucie własnej skuteczności;  $H$  – test Kruskala-Wallisa;  $p$  – prawdopodobieństwo; Me – mediana; M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

Źródło: opracowanie własne.

## DYSKUSJA

Zaburzenie ortoreksji związane jest z patologiczną obsesją dotyczącą zdrowego i wartościowego odżywiania. Osoby chore odczuwają niepokój, gdy nie znają pochodzenia swojego pożywienia – zarówno jego jakości, jak i dokładnego składu. Proces przygotowywania posiłków następuje według sztywnych zasad, a osoby, które ich nie przestrzegają, oceniane są jako nieodpowiedzialne. Istnieje wiele czynników społecznych i ekonomicznych, które mogą znacząco wpływać na nierealistyczne postrzeganie swojego ciała oraz wdrażanie niezdrowych metod kontroli jego masy (Gkiouleka *et al.*, 2022).

Catalina Zamora *et al.* zaprezentowali studium przypadku 28-letniej kobiety, która wyeliminowała ze swojej diety tłuszcz w ramach terapii trądziku opornego na inne metody leczenia. Kobieta nie wykazywała cech typowych dla anoreksji. Była zdania, że łączenie ze sobą niektórych białek czy grup produktów spożywczych prowadzi do zanieczyszczenia organizmu toksynami. Stopniowo eliminowała z diety produkty mleczne, jajka i gotowane warzywa. W efekcie jej masa ciała wynosiła 27 kilogramów, wskaźnik BMI 10,7 kg/m<sup>2</sup>, a w badaniach laboratoryjnych rozpoznano niedobór witaminy B12 oraz hipoproteinemię, co wskazywało na poważne niedożywienie organizmu (Catalina Zamora *et al.*, 2016).

Z kolei Saddichha *et al.* opisali przypadek kobiety w wieku 33 lat, która przez osiem lat odżywała się tylko surowymi warzywami i jajkami oraz świeżymi owocami, ponieważ w jej opinii gotowanie niszczyło wartości odżywcze spożywanych produktów. W tym czasie zdiagnozowano u pacjentki niedożywienie (BMI wynosiło 14,5 kg/m<sup>2</sup>) oraz izolację społeczną. Nie odnotowano obaw co do nieprawidłowej masy ciała oraz jego zniekształconego obrazu. Pojawiły się oznaki paranoi, które nie dotyczyły spożywanego pokarmu, ale miały wiele wspólnego z jej osobami bliskimi. Saddichha *et al.* sugerują, że zachowania ortorektyczne i inne zaburzenia odżywiania mogą stanowić objaw prodromalny schizofrenii (Saddichha *et al.*, 2012).

W badaniu własnym u zdecydowanej większości badanych studentów (83,55%) występowało

ryzyko ortoreksji, przy czym średnia punktów uzyskanych w skali ORTO-15 wyniosła 36,33 ± 4,24 pkt. Natomiast w pracy Gubiec *et al.* większość ankietowanych (72%) znajdowała się w grupie osób z ortoreksją lub w grupie podwyższonego ryzyka. Podobnie w badaniu Skrzypek *et al.*, w którym większość ankietowanych kobiet (71,1%) oraz mężczyzn (78,7%) prezentowała zaburzenia ortoreksyjne (Gubiec *et al.*, 2015; Skrzypek *et al.*, 2021).

Świadomość społeczna na temat opisywanego zaburzenia zaczęła się podnosić w 2014 roku, gdy autorka bloga The Blonde Vegan przyznała w mediach społecznościowych, że cierpi na zaburzenie odżywiania polegające na obsesyjnym i patologicznym spożywaniu zdrowej żywności, co doprowadziło ją do niedożywienia (Dunn, Bratman, 2016).

Wyniki badań naukowych pokazują, iż zadowolenie z życia wpływa pozytywnie na zdrowie człowieka, jego dobre samopoczucie i pomaga mu w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Wykazano również, że osoby prezentujące wysoki poziom satysfakcji ze swojego życia rzadziej chorują na depresję oraz rzadziej odczuwają niepokój i smutek (Kong *et al.*, 2015; Rajani *et al.*, 2019).

Analiza badania własnego wykazała średni poziom satysfakcji z życia (20,76 ± 5,54 pkt) oraz poczucia własnej skuteczności (29,95 ± 3,52 pkt) wśród respondentów. Jednocześnie wykazano w niej silną dodatnią korelację pomiędzy satysfakcją z życia a poczuciem własnej skuteczności, co oznacza, iż wraz ze wzrostem poczucia zadowolenia z życia zwiększa się poziom przekonania studentów o ich samoskuteczności.

Z badań innych autorów wynika, że osoby z wysokim poziomem skuteczności częściej podejmują zachowania służące zdrowiu, lepiej radzą sobie w stresie oraz mają niższy poziom bezradności oraz przygnębienia (Lamarche *et al.*, 2018; Náfrádi *et al.*, 2017). Potwierdzają to wyniki badania własnego, w którym stwierdzono różnice pomiędzy satysfakcją z życia a zadowoleniem ze zdrowia. Zatem wraz ze wzrostem zadowolenia ze zdrowia wśród studentów wzrastało u nich poczucie satysfakcji z życia.

Jednym z atutów artykułu jest objęcie badaniem studentów z różnych kierunków medycznych

studiujących w różnych województwach Polski. Warto też dodać, iż w dość krótkim czasie zebrano sporą grupę badanych – badanie zawieszono 11 marca z chwilą ogłoszenia pandemii przez Światową Organizację Zdrowia, zatem zbieranie kwestionariuszy trwało około tygodnia.

Badanie nie jest bez ograniczeń. Było przekrojowe, co ogranicza naszą wiedzę na temat czynników wpływających na zaburzenia ortoreksyjne ankietowanych. Nie uwzględniło ich zachowań zdrowotnych, w tym sposobu żywienia oraz aktywności fizycznej, co pozwoliłoby na głębszą analizę problemu.

## WNIOSKI

1. Badani studenci z nieprawidłowym BMI mają większą skłonność do zaburzeń ortoreksyjnych, co może wynikać z chęci obniżenia masy ciała i poprawy stanu swojego zdrowia.
2. W badaniu wykazano, iż wraz ze wzrostem zadowolenia ze zdrowia wśród studentów wzrastało u nich poczucie satysfakcji z życia, zatem istotnym elementem działań uczelni medycznych powinno być wsparcie studentów w prowadzeniu zdrowego stylu życia.
3. Najwyższe ryzyko zachorowania na ortoreksję w badaniu własnym prezentowali studenci kierunków stomatologia i fizjoterapia, natomiast najniższe studenci zdrowia publicznego.

## BIBLIOGRAFIA

Barthels F. (2014). *Orthorektisches Ernährungsverhalten – Psychologische Untersuchungen zu einem neuen Störungsbild*. Düsseldorf: Institut für Experimentelle Psychologie.

Catalina Zamora M.L., Bote Bonaecha B., García Sánchez F., Ríos Rial B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1), 66–68.

Dunn T.M., Bratman S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.

Gkiouleka M., Stavradi C., Sergentanis T.N., Vassilakou T. (2022). Orthorexia nervosa in adolescents and young adults: a literature review. *Children (Basel)*, 9(3), 365.

Gortat M., Samardakiewicz M., Perzyński A. (2021). Ortoreksja – wypaczone podejście do zdrowego odżywiania się. *Psychiatria Polska*, 55(2), 421–433.

Gubiec E., Stetkiewicz-Lewandowicz A., Rasmus P., Sobów T. (2015). Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(1), 95–100.

Hyrnik J., Zasada I., Jelonek I., Wilczyński K.M., Janas-Kozik M. (2021). Ortoreksja – aktualne ujęcie problemu. Przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 55(2), 405–420.

Juczyński Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Kong F., Ding K., Yang Z., Dang X., Hu S., Song Y., Liu J. (2015). Examining gray matter structures associated with individual differences in global life satisfaction in a large sample of young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(7), 952–960.

Koszowska A., Dittfeld A., Zubelewicz-Szkodzińska B. (2013). Psychologiczny aspekt odżywiania oraz wpływ wybranych substancji na zachowania i procesy myślowe. *Hygeia Public Health*, 48(3), 279–284.

Kupcewicz E., Szczypiński W., Kędzia A. (2018). Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarzek. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 8(1), 27–32.

Lamarche L., Tejpal A., Mangin D. (2018). Self-efficacy for medication management: a systematic review of instruments. *Patient Preference and Adherence*, 12, 1279–1287.

Łucka I., Janikowska-Hołoweńko D., Domarecki P., Plenikowska-Ślusarz T., Domarecka M. (2019). Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych? *Psychiatria Polska*, 53(2), 371–382.

Machado L.A.C., Telles R.W., Costa-Silva L., Barreto S.M. (2016). Psychometric properties of multidimensional health locus of control – A and General Self-Efficacy Scale in civil servants: ELSA-Brasil Musculoskeletal Study (ELSA-Brasil MSK). *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(5), 451–460.

Mitrofanova E., Pummell E., Martinelli L., Petróczy A. (2021). Does ORTO-15 produce valid

- data for “orthorexia nervosa”? A mixed-method examination of participants’ interpretations of the fifteen test items. *Eating and Weight Disorders*, 26(3), 897–909.
- Moroze R.M., Dunn T.M., Craig Holland J., Yager J., Weintraub P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403.
- Náfrádi L., Nakamoto K., Schulz P.J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE*, 12(10), e0186458.
- Rajani N.B., Skianis V., Filippidis F.T. (2019). Association of environmental and sociodemographic factors with life satisfaction in 27 European countries. *BMC Public Health*, 19, 534.
- Saddichha S., Babu G.N., Chandra P. (2012). Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 134(1), 110.
- Skrzypek M., Krzyszycha R.M., Stachorzecka O., Szczygieł K. (2021). Rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych i sposoby rozumienia zdrowia przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(4), 473–479.
- Stochel M., Janas-Kozik M., Zejda J.E., Hyrnik J., Jelonek I., Siwiec A. (2015). Walidacja kwestionariusza ORTO-15 w grupie młodzieży miejskiej w wieku 15–21 lat. *Psychiatria Polska*, 49(1), 119–134.
- Varga M., Thege B.K., Dukay-Szabó S., Túry F., van Furth E.F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–11.

---

**Źródła finansowania / Funding sources:** brak źródeł finansowania / no sources of financing

**Wkład autorów / Authors’ contributions:** Agnieszka Pieczykolan 30%, Joanna Grzesik-Gąsior 30%, Agnieszka Bień 30%, Krystyna Krygowska 10%

**Konflikt interesów / Conflict of interest:** brak konfliktu / no conflict of interest

**Otrzymano/Received:** 24.04.2023

**Zaakceptowano/Accepted:** 29.05.2023