

Gotowość do podjęcia leczenia a poziom wiedzy medycznej u pacjentek z zaburzeniami odżywiania

Readiness to the treatment and the level of medical knowledge
in patients with eating disorders

Mariusz Jaworski^{A-G}

Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wstęp: Wczesne rozpoznanie zaburzeń odżywiania oraz gotowość i motywacja pacjenta do podjęcia leczenia mają kluczowe znaczenie w terapii tych zaburzeń behawioralnych. Celem prezentowanej pracy była ocena poziomu wiedzy pacjentek z zaburzeniami odżywiania w zakresie etiologii, leczenia i powikłań ich choroby. W badaniu również starano się uchwycić związki między poziomem tej wiedzy a gotowością do podjęcia leczenia.

Materiał: W badaniu uczestniczyło 99 kobiet z zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania (33 kobiety z anoreksją, 35 respondentek z bulimią oraz 31 kobiet z kompulsywnym objadaniem się) w wieku od 13 do 39 lat.

Metody: W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej, który zawierał pytania dotyczące wiedzy pacjentek z zakresu etiologii, metod i przebiegu leczenia oraz powikłań medycznych zaburzeń odżywiania. Analizy statystyczne wykonano przy zastosowaniu pakietu statystycznego SPSS 18.

Wyniki: Poziom gotowości do podjęcia leczenia u kobiet z anoreksją wykazuje dodatni związek z poziomem wiedzy dotyczącej metod i przebiegu leczenia oraz wiedzą dotyczącą powikłań medycznych wynikających z choroby, natomiast w przypadku kobiet z bulimią dodatnią zależnością z wiedzą dotyczącą etiologii bulimii oraz wiedzą na temat metod i przebiegu leczenia tej jednostki chorobowej. W przypadku kobiet z kompulsywnym objadaniem się nie wykazano takich zależności.

Wnioski: Wyniki sugerują zastosowanie w praktyce klinicznej indywidualnego podejścia do pacjenta uwzględniającego zapotrzebowania na informacje o swojej chorobie w celu zwiększenia motywacji pacjenta z zaburzeniami odżywiania do leczenia.

Słowa kluczowe: Zaburzenia odżywiania, motywacja do leczenia, anoreksja, bulimia

Abstract

Background: Early diagnosis of eating disorders and the readiness and motivation of the patient to take medication on the other hand are crucial in the treatment of these behavioral disorders. The aim of this research was to assess the level of knowledge of patients with eating disorders about the etiology, treatment and complications of their disease. The relationships between the level of knowledge and readiness to take medication were analyzed in the study, too.

Material: The study included 99 women with diagnosed eating disorders (33 women with anorexia, 35 with bulimia and 31 with compulsive bingeing) aged between 13 and 39 years.

Methods: The original questionnaire, which included questions about patients' knowledge concerning the etiology, methods and course of treatment, medical complications of eating disorders was used in the study. Statistical analyzes were performed using the statistical package SPSS 18.

Results: The level of readiness to take treatment in women with anorexia has a positive correlation with the level of knowledge about methods, course of treatment and the medical complications resulting from this disease. We have shown a positive relationship between knowledge of the etiology of bulimia and the methods and course of treatment of this disease. There was no such relationship in case of women with compulsive bingeing.

Conclusions: The results suggest that one needs to implement individual approach to the patients taking into account the need for information about their disease in clinical practice to improve patients' motivation for treatment of eating disorders.

Keywords: Eating disorders, motivation for treatment, anorexia, bulimia

Wstęp

Zaburzenia odżywiania (ZO) stanowią bardzo różnicowaną grupę zaburzeń behawioralnych. Aktualnie w obrębie ZO wyróżnia się: jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa – AN), żarłoczność psychiczną (bulimia nervosa –BN) oraz zaburzenia odżywiania nie określone inaczej (ENDOS) [1]. W obrębie ENDOS wyróżni się m.in. syndrom jedzenia nocnego

(Night Eating Syndrome – NES) czy też kompulsywne objadanie się (Binge Eating Disorders –BED [2].

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowania na te zaburzenia behawioralne w populacji ogólnej, co stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Szacuje się, że częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi do 2,2% w populacji żeńskiej oraz około 0,3%

populacji męskiej w wieku między 11 – 65 lat [3]. Natomiast częstość występowania bulimii w ciągu całego życia szacuje się na poziomie od 1,1% do 4,2% [4]. Aktualnie istnieje niewielki odsetek badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia ENDOS. Nie mniej jednak Striegel-Moore i Franko [5] wykazali, że kompulsywne objadanie się może dotyczyć od 1 do 3% populacji. Dane dotyczące rozpowszechnienia ZO w populacji ogólnej są bardzo zróżnicowane i niedoszacowane.

W praktyce klinicznej diagnostyka zaburzeń odżywiania opiera się na kryteriach diagnostycznych zawartych w ICD-10 lub DSM-V [2, 6]. Dokładna ocena stanu somatycznego pacjenta u którego zdiagnozowano ZO stanowi bardzo ważny element procesu leczenia. Taka ocena nieprawidłowości somatycznych jak i psychicznych rzutuje na wybór odpowiedniej strategii terapii, która powinna być indywidualnie dostosowana do każdego pacjenta. W literaturze podkreśla się, że przy opracowywaniu odpowiedniej formy terapii ważniejsza od samego rozpoznania choroby jest dokładna znajomość objawów chorobowych, powikłań somatycznych jak i psychicznych [7].

Im bardziej zaawansowane stadium zaburzeń odżywiania tym więcej komplikacji i powikłań medycznych, które mogą bezpośrednio zagrażać życiu pacjenta. Dlatego też, sprawą priorytetową jest wyrównanie wszelkich zaobserwowanych w wywiadzie medycznym nieprawidłowości. Liczne nieprawidłowości obserwuje się ze strony układu krążenia, pokarmowego, wydalinowego, nerwowego, hormonalnego oraz kostnego [6, 7, 8]. Najbardziej niebezpieczne u pacjentów z ZO są powikłania w obrębie układu krwionośnego, które obejmują: nieprawidłowości w zapisie EKG, zmniejszenie masy i pojemności minutowej serca, niedociśnienie, wypadanie zastawki dwudzielnej (wrodzone), niewydolność serca i zmiany morfologiczne w tkance mięśniowej serca [7].

Istotne znaczenie w procesie terapii ZO mają dwa czynniki: wczesne rozpoznanie tego zaburzenia behawioralnego oraz zgoda i motywacja pacjenta do podjęcia leczenia. Aktualnie zwraca się uwagę, że te dwa czynniki są trudne do osiągnięcia, ponieważ pacjenci z ZO często zaprzeczają własnej chorobie i nie chcą się leczyć [7-9]. Dodatkowo nie ma standardowych procedur wczesnego wykrywania zaburzeń odżywiania.

W praktyce klinicznej podkreśla się, że osoby wykazujące zaburzenia odżywiania często charakteryzują się gruntowną wiedzą z zakresu odżywiania i stosowania diet redukujących masę ciała, co może mieć wpływ na ich motywację do podjęcia leczenia [7, 10]. Natomiast w literaturze nie analizowano wiedzy tych pacjentów dotyczącej bezpośrednio etiologii, leczenia i ewentualnych powikłań ich jednostki chorobowej. Nie analizowano także potencjalnych związków poziomu tej wiedzy z motywacją do leczenia.

Celem prezentowanej pracy była ocena związku między gotowością do podjęcia leczenia a wybranymi aspektami wiedzy medycznej dotyczącej etiologii, leczenia i powikłań ZO. W nawiązaniu do głównego celu pracy postawiono następujące pytania badawcze:

- 1) Jaki jest poziom motywacji do leczenia zaburzeń odżywiania u pacjentów, którzy otrzymali po raz pierwszy diagnozę?
- 2) Jaki jest poziom wiedzy tych pacjentów dotyczącej przyczyn, leczenia i powikłań medycznych zdiagnozowanych u nich zaburzeń odżywiania?
- 3) Czy poziom wiedzy dotyczący etiologii, leczenia i powikłań zaburzeń odżywiania wykazuje związek z gotowością do podjęcia leczenia?

Materiał

W badaniu uczestniczyły 33 kobiety z anoreksją, 35 respondentek z bulimią oraz 31 kobiet z kompulsywnym objadaniem się. Wszystkie pacjentki miały zdiagnozowane zaburzenia odżywiania przez psychiatrę.

Respondentki zakwalifikowane do badania zostały poinformowane o celu badania oraz jego pełnej anonimowości. W przypadku nieletnich uzyskano zgodę opiekunów prawnych na udział w badaniu.

Kryteria włączenia do badania obejmowały: 1) zdiagnozowane przez psychiatrę jedno z trzech zaburzeń odżywiania tj. anoreksją, bulimią, kompulsywne objadanie się, 2) świadomą zgodę na udział w badaniu, 3) od momentu otrzymania diagnozy nie upłynęło więcej niż dwa tygodnie. Prezentowane kryteria były tak dobrane, aby umożliwić jak najpełniejszą realizację celu pracy.

Metoda

W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej, który zawierał pytania umożliwiające subiektywną oceny poziomu wiedzy dotyczącej zaburzeń odżywiania, które zdiagnozowano u pacjenta uczestniczącego w projekcie (tj. etiologii, metod i przebiegu leczenia oraz powikłań medycznych). Poziom poszczególnych analizowanych aspektów wiedzy respondentki oceniały wg 5-cio stopniowej skali (gdzie 1- bardzo niski, 2- niski, 3- przeciętny, 4- wysoki, 5- bardzo wysoki). U pacjentek dokonano także oceny poziomu wiedzy dotyczącej ogólnych zasad prawidłowego odżywiania się oraz zasad stosowania diet redukujących masę ciała wg 5-cio stopniowej skali (gdzie 1- bardzo niski, 2- niski, 3- przeciętny, 4- wysoki, 5- bardzo wysoki).

Osoby uczestniczące w badaniu poproszono o wskazanie na cztero stopniowej skali aktualnego poziomu gotowości do podjęcia leczenia (1- Zupełnie nie gotowa/ nie chce się leczyć; 2- Bardzo niski poziom motywacji do leczenia; 3- Średni poziom motywacji do leczenia; 4- Bardzo duży poziom motywacji do leczenia).

Pacjentkom zadano także pytanie: „Jak ważne jest zaburzenie odżywiania w Pani życiu ?” z możliwością wyboru następujących odpowiedzi: 1 - Zupełnie nie ważne/ chce się tego pozbyć; 2- bardzo mało ważne; 3- mało ważne; 4- średnio ważne; 5- ważne; 6- bardzo ważne / nie chce się tego pozbyć.

Analizy statystyczne wykonano przy zastosowaniu pakietu statystycznego SPSS 18. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$. Dokonano oceny różnic między grupami przy zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Dokładne różnice między grupami analizowano przy zastosowaniu testu kontrastów Turkey'a, a związki korelacyjne przy użyciu współczynnika korelacji Spearmana.

Wyniki

Wiek kobiet z anoreksją uczestniczących w badaniu mieścił się w przedziale od 13 do 35 lat ($X = 20,4 \pm 5,0$). Wiek respondentek wykazujących bulimię zawierały się w przedziale od 16 do 32 lat ($X = 21,9 \pm 4,4$), natomiast w przypadku kobiet z kompulsywnym objadaniem się w zakresie od 15 do 39 lat ($X = 23,9 \pm 6,7$). Przy zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA wykazano istotne statystycznie różnice między analizowanymi grupami (Tabela 1). Analiza testem kontrastów Turkey'a ($p < 0,05$) pokazała istotne różnice między wiekiem kobiet z kompulsywnym objadaniem się oraz anoreksją i bulimią. Natomiast nie wykazano różnic pod względem omawianej zmiennej między kobietami z anoreksją bulimią.

Średnia masa ciała kobiet z anoreksją wynosiła 48,71 kg ($SD = 6,93$) i była znacznie niższa niż w przypadku kobiet z bulimią ($X = 59,25 \pm 8,61$) oraz respondentek z kompulsywnym objadaniem się ($X = 68,24 \pm 20,50$) (Tabela 1). Analiza kontrastów testem Turkey'a ($p < 0,05$) wykazała istotne statystycznie różnicowanie między wszystkim analizowanymi grupami.

Współczynnik masy ciała BMI w przypadku kobiet z anoreksją mieścił się w zakresie od 14,04 do 35,08 kg/m², natomiast w przypadku respondentek z bulimią od 16,33 do 28,35 kg/m². Największą średnią wartość współczynnika BMI odnotowano w przypadku kobiet z kompulsywnym objadaniem się i była ona równa 23,66 $\pm$ 6,19 kg/m². Obserwowane różnice między grupami były istotne statystycznie ($F = 15,301$; $p < 0,01$) (Tabela 1). Analiza kontrastów testem Turkey'a ($p < 0,05$) wykazała istotne statystycznie różnicowanie między wszystkim analizowanymi grupami.

Kobiety z anoreksją deklarowały wysoki poziom wiedzy dotyczący przyczyn ($Me = 4,00$) i powikłań ($Me = 4,00$) ich choroby oraz średni na temat metod leczenia ($Me = 3,00$). Podobne zależności odnotowano w przypadku respondentek z bulimią, które cechowały się wysokim poziomem wiedzy dotyczącej przyczyn ($Me = 4,00$) i powikłań ($Me = 4,00$) oraz średnim dotyczącym terapii bulimii ($Me = 3,00$). Natomiast pacjentki z kompulsywnym objadaniem się wykazywały wysoki poziom wiedzy dotyczącej przyczyn ich choroby ($Me = 4,00$) oraz średni w aspekcie metod leczenia ($Me = 3,00$) oraz powikłań ($Me = 3,00$) (Tabela 2).

Tabela 1. Analiza porównawcza zmiennych antropometrycznych respondentek uczestniczących w badaniu

Zmienna	N		Anoreksja	Bulimia	Kompulsywne objadanie się	F	p
		Ważnych					
		Braki danych	0	0	0		
Wiek [lata]	Średnia		20,4	21,9	23,9	3,357	0,039
	Odchylenie standardowe		5,0	4,4	6,7		
	Minimum		13	16	15		
	Maximum		35	32	39		
Masa ciała [kg]	Średnia		48,71	59,25	68,25	17,648	0,000
	Odchylenie standardowe		6,932	8,611	20,502		
	Minimum		34	46	47		
	Maximum		65	80	137		
Wzrost [cm]	Średnia		164,55	167,43	169,06	2,711	0,072
	Odchylenie standardowe		7,571	6,581	9,426		
	Minimum		149	155	154		
	Maximum		183	180	192		
BMI [kg/m ²]	Średnia		18,026	21,109	23,662	15,301	0,000
	Odchylenie standardowe		2,632	2,616	6,185		
	Minimum		14,043	16,326	17,264		
	Maximum		23,076	28,345	50,321		

Tabela 2. Średnie poziomy wiedzy dotyczącej etiologii, metod leczenia i powikłań zaburzeń odżywiania w analizowanych grupach

Grupa	Parametr	Poziom wiedzy dotyczącej :				
		Etiologii choroby	Metod i procesu leczenia	Powikłań medycznych	Ogólnych zasad prawidłowego odżywiania się	Zasad stosowania diet odchudzających
Anoreksja	N	33	33	33	33	33
	Średnia	3,97	3,88	3,12	3,97	4,30
	Mediana	4,00	4,00	3,00	4,00	5,00
	Odchylenie standardowe	,73	1,05	1,41	1,10	,98
	Minimum	3	1	1	1	2
	Maximum	5	5	5	5	5
Bulimia	N	34	35	35	35	35
	Średnia	3,74	3,69	2,97	4,14	4,37
	Mediana	4,00	4,00	3,00	5,00	5,00
	Odchylenie standardowe	1,053	1,022	1,294	1,192	,910
	Minimum	1	1	1	1	2
	Maximum	5	5	5	5	5
Kompulsywne objadanie się	N	31	31	31	31	31
	Średnia	3,55	3,35	3,19	4,45	4,26
	Mediana	4,00	3,00	3,00	5,00	5,00
	Odchylenie standardowe	1,060	1,199	1,223	,624	,930
	Minimum	1	1	1	3	2
	Maximum	5	5	5	5	5

Tabela 3. Porównanie grup pod względem wiedzy medycznej

Poziom wiedzy dot.		Suma kwadratów	df	Średnia kwadratów	F	Sig.
Przyczyn choroby	Między grupami	2,858	2	1,429	1,555	,216
	W ramach grup	87,265	95	,919		
	Razem	90,122	97			
Leczenia (terapii)	Między grupami	,857	2	,428	0,249	,780
	W ramach grup	165,325	96	1,722		
	Razem	166,182	98			
Powikłań medycznych	Między grupami	4,471	2	2,236	1,880	,158
	W ramach grup	114,155	96	1,189		
	Razem	118,626	98			
Podstawowych zasad prawidłowego odżywiania się	Między grupami	3,794	2	1,897	1,841	,164
	W ramach grup	98,933	96	1,031		
	Razem	102,727	98			
Zasad stosowania diet odchudzających	Między grupami	,216	2	,108	0,122	,885
	W ramach grup	85,077	96	,886		
	Razem	85,293	98			

Tabela 4. Porównanie grup pod względem wykazywanej gotowości do podjęcia leczenia

Zmienna	N		Anoreksja	Bulimia	Kompulsywne objadanie się	F	p
Poziom gotowości do podjęcia leczenia	Ważnych		33	35	31	0,895	0,412
		Brak danych	0	0	0		
	Średnia		2,48	2,77	2,87		
Znaczenie zaburzenia w życiu pacjentki	Odchylenie standardowe		1,302	1,114	1,204	0,926	0,400
		Minimum	1	1	1		
	Maximum		4	4	4		
	Odchylenie standardowe		4,30	3,71	3,87	0,926	0,400
			1,759	1,792	1,962		
		Minimum	1	1	1		
	Maximum		6	6	6		

Tabela 5. Związki między wybranymi aspektami wiedzy dotyczącej zaburzeń odżywiania a gotowością do podjęcia leczenia

Zmienna	Grupa		Poziom wiedzy dotyczącej:				
			Etiologii choroby	Metod i procesu leczenia	Powikłań medycznych	Ogólnych zasad prawidłowego odżywiania się	Zasad stosowania diet odchudzających
Poziom gotowości do podjęcia leczenia	Anoreksja	rho	-,245	,317	,370	,067	,001
		p	,084	,036	,017	,356	,497
		n	33	33	33	33	33
	Bulimia	rho	,410	,367	,259	,063	,117
		p	,008	,015	,066	,359	,252
			35	35	35	35	35
	Kompulsywne objadanie się	rho	,020	-,106	,096	,007	,012
		p	,458	,286	,304	,484	,474
		n	31	31	31	31	31

Przy zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji wykazano, że analizowane grupy kobiet z zaburzeniami odżywiania nie różniły się między sobą pod względem wiedzy dotyczącej przyczyn, leczenia oraz powikłań ich choroby (Tabela 3).

Kobiety z kliniczną postacią anoreksji, bulimii i kompulsywnego objadania się wskazywały podobny poziom wiedzy dotyczącej prawidłowego odżywiania się oraz zasad stosowania diet odchudzających (Tabela 3).

Kobiety z poszczególnych grup uczestniczących w badaniu nie różniły się między sobą pod względem wskazywanej gotowości do podjęcia leczenia. Średni poziom gotowości do podjęcia leczenia mieścił się w przedziale od bardzo niskiego do średniego we wszystkich analizowanych grupach. Należy jednak zaznaczyć, że najniższy poziom gotowości odnotowano w przypadku anoreksji a najwyższy u kobiet z kompulsywnym objadaniem się (Tabela 4).

Kobiety z anoreksją uznały, że znaczenie zaburzenia odżywiania na które chorują odgrywa od średniej do ważnej roli w ich życiu. W przypadku pacjentek z bulimią, ich choroba cechuje się od małego do średniego poziomu ważności w ich życiu. Podobne opinie dotyczące znaczenia własnej choroby wyraziły kobiety z kompulsywnym objadaniem się (Tabela 4). Dodatkowo należy zaznaczyć, że 8 pacjentek z anoreksją, 5 kobiet z bulimią oraz 5 z kompulsywnym objadaniem się stanowczo podkreśliło, że ich zaburzenie odżywiania jest bardzo ważne w ich życiu i nie chcą tego zmieniać.

Poziom gotowości do podjęcia leczenia wykazywał ujemny związek z deklarowanym poziomem znaczenia anoreksji w życiu pacjentek z pierwszej grupy ($\rho = -0,719$; $p = 0,000$). Podobne zależności odnotowano w przypadku kobiet z bulimią ($\rho = -0,523$; $p = 0,000$) oraz kompulsywnym objadaniem się ($\rho = -0,575$; $p = 0,000$).

Im większe znaczenie ma zaburzenie odżywiania w życiu pacjentki tym rzadziej będzie chciała podjąć leczenie.

Przy zastosowaniu współczynnika korelacji r - Spearmana wykazano, że poziom gotowości do podjęcia leczenia u kobiet z anoreksją wykazuje dodatni związek z poziomem wiedzy dotyczącej metod i przebiegu leczenia ($\rho = 0,317$; $p < 0,05$) oraz wiedzą dotyczącą powikłań medycznych wynikających z choroby ($\rho = 0,370$; $p < 0,05$). Natomiast nie wykazano takiej zależności w odniesieniu do wiedzy dotyczącej przyczyn anoreksji (Tabela 5).

W przypadku kobiet z bulimią gotowość do podjęcia leczenia cechuje się dodatnią zależnością z wiedzą dotyczącą etiologii bulimii ($\rho = 0,410$; $p < 0,01$) oraz wiedza na temat metod i przebiegu leczenia tej jednostki chorobowej ($\rho = 0,367$; $p < 0,05$). Wiedza dotycząca powikłań medycznych bulimii nie wykazywała związku z gotowością do podjęcia leczenia w tej grupie pacjentek (Tabela 5).

W przypadku pacjentek z kompulsywnym objadaniem się nie wykazano istotnego statystycznie związku między gotowością do podjęcia leczenia a poziomem wiedzy dotyczącej etiologii, metod leczenia oraz powikłań w przebiegu tego zaburzenia behawioralnego (Tabela 5).

W prezentowanym badaniu nie wykazano związku między poziomem wiedzy dotyczącej ogólnych zasad prawidłowego odżywiania się a gotowością do podjęcia leczenia w przypadku anoreksji, bulimii i kompulsywnego objadania się. Podobne obserwacje odnotowano w przypadku wiedzy dotyczącej zasad stosowania diet odchudzających (Tabela 5).

Omówienie wyników

Wyniki prezentowanych badań wykazały, że wiedza medyczna z zakresu etiologii choroby wykazuje dodatni związek z gotowością podjęcia leczenia przez pacjentki

z bulimią. Zależności takich nie odnotowano w przypadku kobiet z anoreksją i kompulsywnym objadaniem się. Można przypuszczać, że jeśli psychiatra w sposób jasny, klarowny i nieoceniający przekaze pacjentom z bulimią wiedzę dotyczącą przyczyn ich jednostki chorobowej może zwiększyć ich gotowość do podjęcia leczenia. Zdaniem Clausen i wsp. [9] określenie poziomu motywacji pacjenta z ZO przed przystąpieniem do leczenia rzutuje na skuteczność podjętego leczenia. Nie mniej jednak należy pamiętać w tym przypadku, że lekarz musi wykazać się dużym poziomem empatii, przyjacielską i otwartą postawą oraz uwzględnić indywidualne zapotrzebowania pacjenta na informacje. Nie należy obligatoryjnie uznawać, że przekazanie szczegółowych informacji dotyczącej przyczyn choroby zwiększy gotowość do zmian i podjęcia leczenia u pacjentów z BN. Na istotne znaczenie kształtowania motywacji do leczenia bulimii zwraca uwagę m.in. Vansteenkiste i wsp., [11].

Jasne i klarowne przedstawienie metod i form leczenia ZO wykazywało dodatni związek z gotowością podjęcia leczenia w przypadku anoreksji i bulimii, przy czym omawiana zależność była nieco wyższa w przypadku BN. Uzyskane wyniki sugerują potrzebę jasnego zaprezentowania pacjentowi z AN czy też BN dostępnych metod leczenia przy jednoczesnym podkreśleniu ich indywidualnego dostosowania do jego potrzeb. Optymalnym zachowaniem prezentowanym przez lekarza byłoby zastosowanie elementów wywiadu motywującego, który umożliwiłby większy udział pacjenta w doborze strategii leczenia oraz zwiększył jego poczucie sprawstwa. Należy dodatkowo podkreślić, że zainteresowanie wykorzystaniem metod motywacyjnych w leczeniu zaburzeń odżywiania nie jest często podejmowane w literaturze [12].

Jedynie w przypadku pacjentek z anoreksją zaobserwowano, że wiedza dotycząca powikłań medycznych cechuje się dodatnim związkiem z gotowością do podjęcia leczenia, takich zależności nie odnotowano w przypadku kobiet z bulimią i kompulsywnym objadaniem się. Należy zaznaczyć, że z prezentowanych wyników badań wynika, iż u kobiet z anoreksją większy związek z gotowością do podjęcia leczenia wykazuje wiedza dotycząca powikłań niż przyczyny ich zaburzenia behawioralnego.

Obserwowaną zależność potwierdzają również obserwacje z praktyki klinicznej. Pacjenci z AN zgłaszają się do specjalistów (lekarzy jak i dietetyków klinicznych) z problemami somatycznymi będącymi komplikacjami ich anoreksji m.in. ze strony układu pokarmowego (wzdęcia, zaparcia, refluks żołądkowo-przełykowy) [13]. Podczas wywiadu medycznego albo nie wspominają o swoich zaburzeniach odżywiania albo wręcz im zaprzeczają [6]. Dlatego też tak ważne jest podjęcie w początkowym etapie terapii AN leczenia dolegliwości zgłaszanych przez tych pacjentów bez natrączywego akcentowania pacjen-

towi jego problemu z ZO oraz zaprzestania prób uświadamiania pacjentowi że kłamie [7]. Takie działania mogą skutkować poprawą funkcjonowania pacjentów, polepszeniem ich stanu psychicznego, zachowaniem poczucia bezpieczeństwa oraz nawiązaniem prawidłowej relacji z pacjentem i wzrostem zaufania pacjenta do lekarza.

W prezentowanym badaniu wykazano, że poziom wiedzy dotyczącej ogólnych zasad prawidłowego odżywiania się czy też stosowania diet redukujących masę ciała nie wykazuje związku z gotowością podjęcia leczenia we wszystkich analizowanych grupach zaburzeń odżywiania. Edukacja żywieniowa pacjentów z ZO w początkowym etapie leczenia może okazać się nie skuteczna i powinna być wprowadzona w dalszych etapach terapii. Trudno jest jednak uchwycić przedział czasowy po jakim należy wprowadzić edukację żywieniową u tej grupy pacjentów, ponieważ jest to bardzo indywidualna kwestia.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań sugerują bardzo duże zróżnicowanie zależności między poziomem wiedzy dotyczącej etiologii, form leczenia oraz powikłań a gotowością do podjęcia leczenia w anoreksji i bulimii. Sugeruje to zastosowanie w praktyce klinicznej indywidualnego podejścia do pacjenta uwzględniającego zapotrzebowanie na informacje o swojej chorobie w celu zwiększenia motywacji pacjenta z zaburzeniami odżywiania do leczenia. Wymaga to jednak dalszych weryfikacji empirycznych.

References

1. Kontić O., Vasiljević N., Trisović M., Jorga J., Lakić A., Gasić M.J. Eating disorders. *Srp Arh Celok Lek*, 2012; 140(9-10): 673-678.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA; American Psychiatric Publishing: 2013
3. Roux H., Chapelon E., Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*, 2013; 39(2): 85-93.
4. Klump K.L., McGue M., Iacono W.G. Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000; 109: 239-251.
5. Striegel-Moore R.H., Franko D.L. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 2003; 34 (Suppl): S19-S29.
6. Thompson J.K. *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. New Jersey; John Wiley & sons: 2004
7. Maine M., McGilley B.H., Bunnell D.W. *Treatment of eating disorders: Bridging the research-practice gap*. London; Elsevier Urban & Partner: 2010.
8. Kim Y.R., Son M.H., Nah J.C., Park H.A. Medical findings in women with anorexia nervosa in a Korean population. *Psychiatry Investig*, 2013; 10(2): 101-107.
9. Clausen L., Lübeck M., Jones A. Motivation to change in the eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*, 2013; 11.
10. Scaglusi F.B., Nakagawa K.A., Campos R.M., Kotait M., Fabbri A., Sato P., Cordás T.A. Nutritional knowledge, eating attitudes and chronic dietary restraint among men with eating disorders. *Appetite*, 2009; 53(3): 446-449.

11. Vansteenkiste M., Soenens B., Vandereycken W. Motivation to change in eating disorder patients: a conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *Int J Eat Disord*, 2005; 37(3): 207-219.
12. Knowles L., Anokhina A., Serpell L. Motivational interventions in the eating disorders: what is the evidence? *Int J Eat Disord*, 2013; 46(2): 97-107.
13. Brown C.A., Mehler P.S. Medical complications of self-induced vomiting. *Eat Disord*, 2013; 21(4): 287-294.

Correspondence address

Mariusz Jaworski, Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 81a, 02-091 Warszawa, email: mariusz.jaworski@onet.pl, Tel: (+48 22) 572 0533; Fax: (+48 22) 572 05 42