

ANNA WIATROWSKA

*Poziom wsparcia społecznego dziewcząt z anoreksją i bulimią
psychiczną*

The level of social support for girls with anorexia and psychic bulimia

Wsparcie społeczne ma szczególne znaczenie dla działań na rzecz wyjścia z choroby i uzyskania zdrowia. Pozytywna rola wsparcia społecznego polega przede wszystkim na uruchomieniu mechanizmów mobilizacji wewnętrznej i zewnętrznej w celu opanowania choroby. Działanie systemu wsparcia zapewnia także poczucie przywiązania, społecznej integracji, zwiększa możliwości pielęgnowania, daje gwarancje zabezpieczenia osobistych wartości, sensu niezawodnych związków oraz użyteczności korzystania z pomocy innych (por. Kawczyńska-Butrym 1995).

W przypadku choroby największe znaczenie przypisywane jest wsparciu pochodzącemu od członków rodziny, a efekt jego oddziaływania zależy od sposobu, w jaki jednostka spostrzega rolę rodziny, oraz od relacji chorego z innymi członkami rodziny, od układu więzi rodzinnych mogących wpływać na kliniczną ocenę sytuacji rodzinnej jednostki. Wsparcie otrzymywane od rodziny i przyjaciół odgrywa istotną rolę w ograniczaniu konsekwencji choroby i jest cennym źródłem zasobów, które mogą być użyteczne w procesie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (por. Tobiasz-Adamczyk 1995).

OSOBY BADANE

Badaniami objęto 80 dziewcząt z zaburzeniami odżywiania. Stanowią one podstawową grupę badawczą – A. W obrębie tej grupy na podstawie kryterium: postać zaburzenia wyodrębniono dwie podgrupy, mianowicie grupę dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny – Aa (41 badanych) oraz grupę dziewcząt chorych na bulimię psychiczną – Ab (39 badanych).

METODA BADAŃ

Wsparcie społeczne, które otrzymują w sytuacjach społecznych badane dziewczęta, scharakteryzowano na podstawie rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania Kwestionariusza Wsparcia Społecznego (NSSQ) Norbeck oraz wartości sumy specyficzno-sytuacyjnej, odnoszącej się do trzech głównych kategorii (emocji, pomocy, afirmacji). Po sporządzeniu zestawienia osób znaczących i określeniu ich ról we wspieraniu badanych dziewcząt dokonano oceny wsparcia społecznego na podstawie ośmiu pytań podstawowych, tworzących skalę kwestionariusza.

WYNIKI BADAŃ

Poziom wsparcia społecznego ustalono na podstawie analizy porównawczej. W przypadku porównań z udziałem podziałów dwudzielnych dla grupy dziewcząt chorych (A) i zdrowych (B) oraz w podgrupach (jadłowstręt psychiczny – Aa i bulimia psychiczna – Ab) korzystano z testu różnic dla par niezależnych t-Studenta (tab. 1, 2).

Tab. 1. Wyniki wsparcia społecznego w dwóch grupach badawczych: dziewczęta z zaburzeniami odżywiania (A) i dziewczęta bez zaburzeń odżywiania (B)
Social support – results in two research groups: girls with nutrition disorders (A) and girls without nutrition disorders

Skala	Grupa				t°	p
	A		B			
	M	SD	M	SD		
Pytanie 1	20,90	10,54	29,55	12,14	-4,81	0,000*
Pytanie 2	20,53	10,92	30,01	12,39	-5,12	0,000*
Emocje	41,43	21,28	59,56	24,28	-5,01	0,000*
Pytanie 3	22,01	10,60	30,92	12,01	-4,97	0,000*
Pytanie 4	19,81	10,40	27,68	12,60	-4,31	0,000*
Afirmacja	41,82	20,79	58,61	24,22	-4,70	0,000*
Pytanie 5	23,08	10,93	31,65	13,10	-4,48	0,000*
Pytanie 6	21,81	10,92	29,01	12,38	-3,89	0,000*
Pomoc	44,90	21,58	60,66	24,38	-4,32	0,000*
Suma funkcj.	128,16	62,72	178,83	71,37	-4,77	0,000*
Pytanie 7	23,06	11,05	30,16	11,72	-3,94	0,000*
Pytanie 8	22,77	10,20	29,53	11,03	-4,02	0,000*

* (p < 0,000).

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 2. Wyniki wsparcia społecznego zróżnicowane ze względu na typ zaburzeń odżywiania: dziewczęta z anoreksją (Aa) i dziewczęta z bulimią (Ab)
 Social support – differentiated results related to the type of nutrition disorders: girls with anorexia (Aa) and girls with bulimia (Ab)

Skala	Grupa				t°	p
	A		B			
	M	SD	M	SD		
Pytanie 1	22,21	10,64	19,51	10,39	1,14	0,253
Pytanie 2	21,29	10,63	19,74	11,29	0,63	0,529
Emocje	43,51	21,08	39,25	21,54	0,89	0,374
Pytanie 3	22,70	10,69	21,28	10,59	0,59	0,551
Pytanie 4	19,75	9,59	19,87	11,30	-0,04	0,960
Afirmacja	42,46	20,17	41,15	21,67	0,27	0,780
Pytanie 5	24,31	11,12	21,79	10,71	1,03	0,305
Pytanie 6	22,70	10,11	20,87	11,78	0,74	0,456
Pomoc	47,02	21,00	42,66	22,21	0,90	0,370
Suma funkcj.	133,00	61,28	123,07	64,60	0,70	0,482
Pytanie 7	23,41	10,77	22,69	11,46	0,29	0,772
Pytanie 8	23,95	9,54	21,53	10,84	1,05	0,293

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych analiz należy stwierdzić, że poziom otrzymywanego wsparcia społecznego przez badane dziewczęta z grupy podstawowej różni się w istotny sposób od poziomu wsparcia uzyskiwanego przez dziewczęta z grupy porównawczej (por. tab. 1). We wszystkich ośmiu skalach wsparcia społecznego średnie uzyskane przez grupę dziewcząt chorych są znacząco niższe. Oznacza to, że dziewczęta z kliniczną postacią zaburzeń odżywiania doświadczają wsparcia społecznego na niższym poziomie. Ponadto deklarują, że okazywane im wsparcie społeczne jest niższe od oczekiwanego.

Z kolei z analizy porównań wewnątrzgrupowych wynika, że grupa dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym nie różni się od grupy dziewcząt z bulimią psychiczną w zakresie otrzymywanego wsparcia społecznego (por. tab. 2). Oznacza to, że postać zaburzeń odżywiania nie decyduje o poziomie otrzymywanego wsparcia społecznego. Przy tym w ośmiu analizowanych skalach wsparcia społecznego średnie uzyskane przez dziewczęta z bulimią psychiczną są nieco niższe niż dziewcząt z anoreksją. Zatem można pokusić się o wniosek, że w odczuciu badanych dziewcząt z bulimią psychiczną okazywane im wsparcie społeczne jest niższe od oczekiwanego. Spostrzeżenia te potwierdzają m.in. badania Tillera i in. (1997), sugerujące, że kobiety z bulimią psychiczną w porównaniu z kobietami bez zaburzeń odżywiania doświadczają więcej deficytów zarówno w postrzeganym wsparciu społecznym, jak i w zakresie relacji interpersonalnych.

KOMPONENT EMOCJONALNY

– Pierwszą kategorię Kwestionariusza Wsparcia Społecznego stanowią emocje, definiowane jako globalna reakcja organizmu na zakłócenie równowagi w stosunkach z otoczeniem. Skalę tę tworzą dwa pytania:

– Jak bardzo osoby z najbliższego otoczenia sprawiają, że czujesz się lubiany lub kochany? (pyt.1).

– Jak bardzo osoby z najbliższego otoczenia sprawiają, że czujesz się podziwiany i szanowany? (pyt.2).

Pytanie 1

Jak wynika z danych liczbowych przedstawionych w tabeli 1, skala ta różnicuje badane dziewczęta z zaburzeniami i bez zaburzeń odżywiania ($p < 0,000$). Średnia dziewcząt z klinicznymi zaburzeniami odżywiania jest istotnie niższa ($M = 20,90$) od średniej dziewcząt bez zaburzeń ($M = 29,55$), przy czym obie te wartości znajdują się w przedziale wyników przeciętnych. Oznacza to, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w przeciwieństwie do dziewcząt bez zaburzeń czerpią mniej satysfakcji i zadowolenia w kontaktach z osobami z najbliższego otoczenia. Najbliższa rodzina oraz bliscy znajomi w mniejszym stopniu okazują tym dziewczętom akceptację i zrozumienie. Nie zapewniają poczucia bezpieczeństwa, miłości i zaufania oraz nie gwarantują pomocy. Można zatem stwierdzić, że więź emocjonalna między badanymi dziewczętami z klinicznymi zaburzeniami odżywiania a osobami dla nich znaczącymi ma charakter negatywny. Wyniki uzyskane przez dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną w tej skali nie różnią się między sobą na poziomie istotności statystycznej ($p > 0,253$), jakkolwiek średnia dziewcząt z bulimią psychiczną jest niższa ($M = 19,51$) niż analogiczna dziewcząt z anoreksją ($M = 22,21$). Można zatem przypuszczać, że dziewczęta z bulimią psychiczną mają mniejsze niż dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym poczucie zadowolenia i satysfakcji w kontaktach interpersonalnych z osobami z najbliższego otoczenia. Badania Reicha i Cierpka (za: Józefik 1999) potwierdziły, że w rodzinach osób z bulimią psychiczną od wczesnego dzieciństwa wiele potrzeb przyszłych pacjentek nie znajduje zaspokojenia, szczególnie potrzeba czułości, wsparcia, zaufania i rozwoju. Wyrażane przez nie pragnienia, uczucia są nierzadko przyjmowane sarkastycznie, z ironią. W miejsce emocjonalnej więzi pojawiają się spory będące swoistą obroną przed bliskością.

Pytanie 2

Wyniki uzyskane przez dziewczęta z zaburzeniami odżywiania i bez zaburzeń w pytaniu 2 różnią się między sobą na poziomie istotności statystycznej ($p < 0,000$). Średnia w grupie podstawowej ($M = 20,56$) jest znacząco niższa niż w grupie porównawczej ($M = 30,01$), aczkolwiek obie usytuowane są w przedziale wyników przeciętnych. Można zatem powiedzieć, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w mniejszym stopniu niż dziewczęta bez zaburzeń czują się

szanowane i podziwiane przez najbliższe otoczenie. Dane te potwierdzają rozmaite badania wskazujące na pewne cechy wspólne łączące rodziny, w których rozwinęły się kliniczne zaburzenia odżywiania. Są to rodziny targane konfliktami, wewnątrznie skłócone, chaotyczne, niedające swoim członkom oparcia, wiary ani pewności siebie. Nie uczą też racjonalnego rozwiązywania konfliktów, ponieważ dominuje w ich obrębie komunikacja „nie wprost”, sprzyjająca poczuciu niepewności i alienacji (Jablow 1993, Ziółkowska 1999). Uzyskane wyniki w tej skali nie różnicują pod względem istotności statystycznej dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną ($p > 0,529$), przy czym średnia w grupie dziewcząt z anoreksją jest nieznacznie wyższa ($M = 21,29$) od średniej dziewcząt z bulimią ($M = 19,74$). Można zatem przyjąć, że dziewczęta z anoreksją w nieco większym stopniu niż dziewczęta z bulimią psychiczną czują się szanowane i podziwiane przez osoby z najbliższego otoczenia. Jak wykazały badania (Orwid 1981, Żok-Jaroszevska 1988), większość dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym przywiązuje ogromną wagę do sukcesów i osiągnięć, jest ambitna, pracowita, sumienna i obowiązkowa. Zarówno w nauce, jak i w innych czynnościach charakteryzuje się dokładnością, wręcz perfekcjonizmem, często stawia się je za wzór innym. Zapewne takie zachowania wzbudzają podziw i szacunek wśród najbliższych.

EMOCJE

Wyniki uzyskane w skali emocji różnicują badane dziewczęta z zaburzeniami i bez zaburzeń odżywiania ($p < 0,000$). Średnia arytmetyczna otrzymana przez dziewczęta z zaburzeniami odżywiania jest istotnie mniejsza ($M = 41,43$) od średniej dziewcząt bez zaburzeń ($M = 59,56$), przy czym obie te wartości znajdują się w przedziale wyników przeciętnych. Oznacza to, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w znacznie mniejszym stopniu niż dziewczęta bez zaburzeń są wspierane emocjonalnie przez swoje najbliższe otoczenie. Należy sądzić, że znacznie rzadziej otrzymują od swoich najbliższych komunikaty werbalne i pozawerbalne, świadczące o gotowości udzielania im kompleksowej i długoterminowej pomocy emocjonalnej. Porównanie badanych dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną nie wykazało różnicy na poziomie istotności ($p > 0,374$). Obie średnie są usytuowane w obszarach wyników przeciętnych, przy czym średnia dziewcząt z bulimią psychiczną ($M = 39,25$) jest niższa od średniej dziewcząt z anoreksją ($M = 43,51$). Zatem dziewczęta z bulimią psychiczną są w mniejszym stopniu niż dziewczęta z anoreksją wspierane emocjonalnie przez swoje najbliższe otoczenie, co niewątpliwie wpływa na ich poczucie własnej wartości, wiarę w posiadane możliwości i umiejętności i nie jest bez znaczenia dla samego procesu leczenia.

KOMPONENT AFIRMACYJNY

Druga kategoria Kwestionariusza Wsparcia Społecznego to afirmacja. Afirmacja jest przejawem akceptacji człowieka przez osoby z najbliższego otoczenia. Świadczy też o przynależności do określonych grup społecznych, o szacunku, jaki żywią członkowie grupy wobec danej osoby oraz o gotowości udzielania jej pomocy (Kirenko 2002). W skład tej skali wchodzi następujące pytania:

- Jak bardzo możesz zaufać osobom z najbliższego otoczenia? (pyt. 3).
- Jak bardzo osoby z najbliższego otoczenia zgadzają się z Twoimi poglądami i działaniami lub je popierają? (pyt 4).

Pytanie 3

Wyniki tej skali różnicują badane dziewczęta z zaburzeniami i bez zaburzeń odżywiania ($p < 0,000$). Średnia w grupie podstawowej jest istotnie niższa ($M = 22,01$) od średniej w grupie porównawczej ($M = 30,92$), obie oscylują w okolicach wyników przeciętnych. Można zatem powiedzieć, że zaburzenia odżywiania decydują o wielkości analizowanego wymiaru wsparcia społecznego. Dziewczęta z zaburzeniami łaknienia w istotnie mniejszym stopniu obdarzają zaufaniem osoby ze swojego najbliższego otoczenia. Z analizy porównań międzygrupowych wynika, że w omawianej skali dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym nie różnią się istotnie od dziewcząt z bulimią psychiczną. Średnie w obu grupach znajdują się w przedziale wyników przeciętnych, przy czym średnia dziewcząt z bulimią psychiczną ($M = 21,28$) jest nieco niższa od średniej dziewcząt z anoreksją ($M = 22,70$). Zatem dziewczęta z anoreksją w przeciwieństwie do dziewcząt z bulimią psychiczną nieco silniej akcentują zaufanie do rodziny oraz bliskich znajomych. Spostrzeżenia te potwierdzają pojawiające się w literaturze dane dotyczące funkcjonowania rodziny bulimicznej. W rodzinach tych występują sprzeczne normy, wartości i ideały. Z jednej strony dużą wartość członkowie rodziny przykładają do samokontroli, dobrego zewnętrznego obrazu, osiągnięć i perfekcji, akcentując silne *superego* i „ja” idealne. Z drugiej strony w rodzinach tych często dochodzi do zachowań impulsywnych i otwartych konfliktów, przy czym znaczenie tych zachowań jest pomniejszane i jednocześnie aprobowane czy podziwiane, gdyż członkowie rodziny spostrzegają je jako oznakę siły i mocy. To pragnienie siły i mocy wywołuje u przyszłych pacjentek potrzebę samodzielności i izolacji, zarazem prowadząc do zaprzeczania potrzebom bliskości, pomocy akceptacji i aprobaty (Józefik i Ulasińska 1999).

Pytanie 4

Uzyskane wyniki różnicują dziewczęta z klinicznymi zaburzeniami odżywiania i bez zaburzeń ($p < 0,000$). Średnia dziewcząt w grupie podstawowej jest istotnie niższa ($M = 19,81$) od średniej w grupie porównawczej ($M = 27,68$), przy czym obie wartości mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych. Wynika z tego, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w istotnie mniejszym stopniu

niż dziewczęta bez zaburzeń są wspierane we wszelkich swoich działaniach i poglądach przez osoby z najbliższego otoczenia. Zatem możliwe jest, że brak wsparcia z tego zakresu stawia dziewczęta w grupie ryzyka zaburzeń odżywiania. Stąd terapia klinicznych zaburzeń odżywiania powinna zmierzać do podwyższenia jakości relacji z rodziną i osobami bliskimi oraz do korygowania percepcji uzyskiwanej pomocy (por. Holt, Espelage 2002). Średnie dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną w tej skali usytuowane są w przedziale wyników przeciętnych z różnicą nieistotną statystycznie. Wartości ich zbliżone są do siebie, zatem można uznać, że postać zaburzeń odżywiania nie różnicuje analizowanej zmiennej wsparcia społecznego.

AFIRMACJA

Wyniki uzyskane w tej skali przez badane dziewczęta z grupy podstawowej i porównawczej różnią się istotnie między sobą ($p < 0,000$), sytuując się w przedziale wyników przeciętnych. Średnia statystyczna dziewcząt z zaburzeniami odżywiania jest znacznie niższa ($M = 41,82$) od porównywalnej dziewcząt bez zaburzeń ($M = 58,61$). Zatem dziewczęta z zaburzeniami odżywiania znacznie rzadziej niż dziewczęta nieujawniające zaburzeń otrzymują od osób z najbliższego otoczenia komunikaty świadczące o akceptacji, szacunku i uznaniu. Są przekonane, że rodzina i bliskie osoby nie podzielają ich poglądów, nie akceptują postępowania, a także nie wspierają w rozwiązywaniu problemów i trudnych zadań życiowych. Średnie uzyskane przez dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną w tej skali nie różnią się między sobą na poziomie istotności statystycznej ($p > 0,780$), uzyskując niskie zbliżone do siebie wartości. A zatem percepcja afirmacji badanych dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną znajduje się na poziomie niemalże identycznym.

KOMPONENT POMOCOWY

Pomoc jest kolejną kategorią Kwestionariusza Wsparcia Społecznego. Oznacza ona wysiłek, fizyczne lub moralne działanie, podjęte dla dobra innej osoby celem jej ulżenia lub ratowania w niebezpieczeństwie. To również wspieranie, a przede wszystkim wzmocnianie sił w chwilach trudnych oraz usuwanie przeszkód zbyt wielkich do pokonania przez jednostkę lub grupę (por. Kirenko 2002).

W skład tej skali wchodzi następujące pytania:

- Gdybyś potrzebował(ła) pożyczyć pieniądze na wizytę u lekarza, na ile możesz liczyć na pomoc osób najbliższych? (pyt. 5).
- Gdy byleś przykuty do łóżka przez kilka tygodni, na ile osoby z najbliższego otoczenia mogłaby Ci pomóc? (pyt. 6).

Pytanie 5

Uzyskane wyniki różnicują badane grupy dziewcząt z zaburzeniami i bez zaburzeń odżywiania ($p < 0,000$). Średnia w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania jest istotnie niższa ($M = 23,08$) od średniej dziewcząt bez zaburzeń ($M = 31,65$), obie usytuowane w obszarze wyników przeciętnych. Świadczy to o tym, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w istotnie mniejszym stopniu niż dziewczęta bez zaburzeń mogą liczyć na pomoc finansową ze strony osób najbliższych. Osoby z rodziny, znajomi oraz przyjaciele istotnie rzadziej gotowi są partycypować w kosztach leczenia czy rehabilitacji. Analiza wewnątrzgrupowa nie ujawniła istotnych różnic statystycznych ($p > 0,305$), aczkolwiek średnia dziewcząt z bulimią psychiczną jest nieco niższa ($M = 21,79$) od średniej dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym ($M = 24,31$). Wskazywałoby to, że dziewczęta z anoreksją w przeciwieństwie do dziewcząt z bulimią psychiczną otrzymują nieznacznie większe wsparcie materialne od osób najbliższych. Być może, jest to wynik przebiegu choroby, wyznaczanej przez pogarszający się stan somatyczny pacjentki z anoreksją. Jest też prawdopodobne, że większe wsparcie w tym zakresie jest pochodną wieku zachorowania, czasu trwania choroby, nasilenia objawów czy rokowania.

Pytanie 6

Wyniki uzyskane w tej skali przez dziewczęta z grupy podstawowej i porównawczej różnią się istotnie między sobą ($p < 0,000$), sytuując się w przedziale wyników przeciętnych. Średnia w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania jest istotnie niższa ($M = 21,81$) od średniej w grupie dziewcząt bez zaburzeń ($M = 29,01$). Pozwala to stwierdzić, że dziewczęta z klinicznymi zaburzeniami odżywiania w znacznie mniejszym stopniu niż dziewczęta zdrowe otrzymują od osób znaczących i ważnych w ich życiu pomoc w zakresie różnorodnych czynności życia codziennego. Deklarują, że w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia („przykucia” do łóżka) nie mogą liczyć na wsparcie materialno-pomocowe ze strony osób najbliższych. Analiza wewnątrzgrupowa nie wykazała różnic istotnych statystycznie ($p > 0,456$). Nieznacznie wyższą średnią zanotowano w grupie dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym. Można więc przypuszczać, że dziewczęta te w nieznacznie większym stopniu niż dziewczęta z bulimią mogą uzyskiwać wsparcie instrumentalne oraz emocjonalne (podtrzymujące) od osób z najbliższego otoczenia.

POMOC

Wyniki uzyskane w skali pomocy różnicują dziewczęta z zaburzeniami i bez zaburzeń odżywiania ($p < 0,000$). Średnia w grupie dziewcząt z zaburzeniami jest istotnie niższa ($M = 44,90$) od średniej bez zaburzeń ($M = 60,66$), przy czym pierwsza mieści się w przedziale wyników przeciętnych, a druga wysokich. Uzyskane dane upoważniają do stwierdzenia, że dziewczęta z klinicznymi

zaburzeniami odżywiania w przeciwieństwie do dziewcząt nieujawniających tego typu zaburzeń w znacznie mniejszym stopniu otrzymują od swoich bliskich wsparcie materialne. W sytuacji choroby nie mogą liczyć na pomoc swoich bliskich, tj. rodziny, kolegów czy przyjaciół, którzy *de facto* powinni tworzyć pierwszy krąg pomocowy – osób najbardziej godnych zaufania.

CZĘSTOŚĆ KONTAKTÓW Z GRUPAMI ŹRÓDŁOWYMI WSPARCIA

Ostatnie dwa pytania Kwestionariusza Wsparcia Społecznego (odnoszące się do problemu utraty kontaktu przez osobę badaną podczas minionego roku z kimś ważnym, wskutek zmiany pracy, rozwodu, separacji, śmierci lub innych powodów) nie tworzą odrębnej kategorii, ale pozwalają w pełni określić poziom wsparcia społecznego udzielanego przez poszczególne grupy źródłowe, w których badana osoba funkcjonuje. Pytania te brzmią następująco:

– Jak długo znasz osoby Ci najbliższe? (pyt.7).

– Jak często kontaktujesz się z osobami Ci najbliższymi? (telefonicznie, listownie lub bezpośrednio)? (pyt.8).

Określa się tutaj w miesiącach lub latach czas znajomości z wymienioną osobą oraz podaje częstość kontaktów z nią.

Pytanie 7

Wyniki uzyskane w tym pytaniu różnicują badane dziewczęta z grupy podstawowej i porównawczej ($p < 0,000$). Średnia w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania jest istotnie niższa ($M = 23,06$) od średniej w grupie dziewcząt bez zaburzeń ($M = 30,16$). Obie te wartości znajdują się w przedziale wyników przeciętnych. Z kolei różnice wewnątrzgrupowe są nieistotne statystycznie, zatem postać zaburzeń odżywiania nie decyduje o wielkości tego wymiaru wsparcia społecznego. Otrzymany wynik uprawnia do stwierdzenia, że w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania w porównaniu do grupy bez zaburzeń wymienione osoby z najbliższego otoczenia są w istotnie mniejszym stopniu znane badanym, co zapewne wpływa na jakość relacji interpersonalnych. Rzadkie bowiem kontakty nie sprzyjają wytworzeniu się trwałych i pozytywnych więzi, które uwrażliwiają na potrzeby drugiej osoby oraz wywołują gotowość do udzielania jej konkretnego wsparcia. W przypadku zaburzeń odżywiania wynik ten być może ponadto związany z dynamiką rozwoju zaburzeń odżywiania i/lub podjęciem leczenia i rehabilitacji (por. Rybakowa 1993).

Pytanie 8

Uzyskane tutaj wyniki różnicują badaną grupę podstawową i porównawczą ($p < 0,000$). Średnia statystyczna w grupie z klinicznymi zaburzeniami odżywiania jest istotnie niższa ($M = 22,77$) od średniej w grupie bez zaburzeń ($M = 29,53$). Obie wartości znajdują się w przedziale wyników przeciętnych. Na podstawie uzyskanych danych można więc stwierdzić, że dziewczęta z zaburzeniami odżywiania w przeciwieństwie do dziewcząt bez zaburzeń utrzymują

rzadkie kontakty z osobami z rodziny, kolegami czy przyjaciółmi. Analiza wewnątrzgrupowa nie ujawniła różnic istotnych statystycznie ($p > 0,293$), przy czym średnia dziewcząt z bulimią psychiczną jest nieznacznie niższa od średniej dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym, co wskazywałoby na mniejszą liczbę kontaktów i mniejsze natężenie wsparcia pochodzącego od osób znaczących.

SUMA FUNKCJONALNA

Wyniki uzyskane przez dziewczęta z zaburzeniami i bez zaburzeń odżywiania w tej skali różnią się między sobą na poziomie istotnym statystycznie ($p < 0,000$). Średnia w grupie dziewcząt z zaburzeniami odżywiania jest znacząco niższa ($M = 128,16$) od średniej dziewcząt bez zaburzeń ($M = 178,83$). Wskazuje to, że dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym i bulimią psychiczną otrzymują istotnie mniejsze wsparcie społeczne ze strony swoich najbliższych. Wsparcie to udzielane jest przez mniejszą grupę osób znaczących, a gotowość do niesienia pomocy wykazują przede wszystkim osoby znane od niedawna (terapeuta, duchowny). W grupie dziewcząt z kliniczną postacią zaburzeń odżywiania nie odnotowano różnic istotnych statystycznie ($p > 0,293$). Wyższa średnia dziewcząt z anoreksją wskazywałaby na nieznacznie większe wsparcie ze strony rodziny oraz innych osób znaczących.

BIBLIOGRAFIA

- Holt M. K., Espelage D. L. (2002). Problem-solving skills relationship attributes among womwn with eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 80.
- Jablow M. W. (1993). *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja. Bulimia. Otyłość*. Gdańsk: GWP.
- Józefik B. (1999). Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. Część I. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia pacjenta. *Psychiatria Polska*, 6.
- Józefik B., Ułasińska R. (1999). *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna* (s. 88–103). Kraków: UJ.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1995). *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa: CEM.
- Kirenko J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: WSUPIZ.
- Orwid M. (1981). *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL.
- Rybakowa M. (1993). *Zaburzenia w odżywianiu*. W: E. T. Romer, *Zaburzenia hormonalne u dzieci i młodzieży*. Warszawa: OP.
- Tiller I. M., Sloane G., Schmidt U., Troop N., Power M., Treasure J. L., (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21.
- Tobiasz-Adamczyk E. (1995). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: UJ.
- Ziółkowska B. (2001). *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: WFH.
- Żok-Jaroszewska U. (1988). Kliniczne i psychologiczne aspekty anorexia nervosa, *Psychoterapia*, 3/66.

SUMMARY

The profile of social support in case of a group of girls nutrition disorders differs from that of a comparative group of healthy girls. Statistically significant differences are on the level of the following scales: *Emotional component*, *Affirmative component*, *Auxiliary component*, and *Frequency of contacts with source groups of support*. Girls with the clinical form of nutrition disorders receive lower than expected emotional support. They feel less respected, admired and accepted by the close environment, besides they get slight affirmative support. They place less confidence in people from their nearest surrounding.