

ĒŠANAS TRAUCĒJUMU RISKI 12. KLAŠU SKOLĒNIEM

Detection of Eating Disorders Risks among 12th Grade Students

Olga Fokina

Rīga Stradiņš University, Latvia

Anželika Vaivodiša

Daugavpils regional hospital, Latvia

Liāna Deklāva

Rīga Stradiņš University, Latvia

Abstract. *The attitude to the healthy eating and eating habits takes its roots in the family. When becoming a grown-up, a person prefers eating the favorite and habitual food. It depends only on a person's own choice to observe the basic laws of the healthy eating and keeping to them and in this way to support own health. As opposed to healthy, balanced, diversified, regular and sufficient amount of food there are the strategies that can cause eating disorders if to follow them. Among such disorders might be neurotic anorexia, neurotic bulimia, compulsive overeating and other unspecified eating disorders. The prevalence of eating disorders nowadays is connected with the influence of increased stress, an enlarged information load, an awareness of modern beauty standards as a result, eating disorders risks are increasing. Prompt information and provision of knowledge for teachers, parents and students on eating disorders prevalence, manifestation and the importance of timely recognition for successful treatment is the most important element of preventive measures. The topicality of the research on eating disorders among students is justified by the fact that the early detection of students' eating disorders can promote timely recognition of the problem and the beginning of treatment reducing serious physical and psychological complications and even fatal cases. The primary goal of this research was to find out eating disorders risks among the 12th grade students. The second goal was to determine eating disorders risks among the 12th grade students due to the gender differences of students. To gain the results of the research the quantitative research method with the research tool – EAT-26 test (Garner et al., 1982) was used. Two hundreds of the 12th grade students were involved into the research as respondents. The results of the survey show that the 5th part of the respondents have got eating disorders risks indicators. There are statistically significant differences between men and women ($p < 0.001$).*

Keywords: *eating disorders, gender differences, anorexia, bulimia, binge-eating disorder.*

Ievads *Introduction*

Veselīgs uzturs ir veselību noteicošs faktors un viens no svarīgākajiem veselības veicināšanas aktivitāšu mērķiem (WHO, 2003).

Pētniece Karena Glansa (Glanz, 2001) uzskata, ka cilvēkiem ir nepieciešama informācija par to, kā izvēlēties uzturvielām bagātu pārtiku, lai viņi ievērotu veselīgas ēšanas ieteikumus. Šī informācija bieži vien ir sarežģīta un nesaprotama, kā arī tā tiek pasniegta, izmantojot pārāk komplicētus jēdzienus un to formulējumus.

Pasaules Veselības organizācijas vadlīnijās noteikts, ka daudzveidīga, sabalansēta un veselīga uztura precīzs sastāvs var atšķirties atbilstīgi individuālajām īpašībām (piemēram, vecumam, dzimumam, dzīvesveidam un fiziskām aktivitātēm), kultūras kontekstam, pieejamiem vietējiem pārtikas produktiem un uztura lietošanas ieradumiem. Tomēr veselīgu uzturu veidojošie pamatprincipi paliek nemainīgi (WHO, 2018).

Ēšanas traucējumu izplatība mūsdienās ir saistīta gan ar pastiprinātu stresa ietekmi un palielinātu informācijas slodzi, gan ar skaistuma izpratnes stereotipiem, kā rezultātā palielinās ēšanas traucējumu iespējamība (Klein & Walsh, 2003).

Pēc Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra apkopotajiem datiem, ēšanas traucējumi tiek klasificēti kā uzvedības sindromi. Tie saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskiem faktoriem (to skaitā – *anorexia nervosa*). 2017. gadā reģistra uzskaitē tika ietverti 64 pacienti, bet kopā 2017. gadā uzskaitē bija 550 pacientu (Iedzīvotāju psihiskā veselība, 2017).

ASV un vairākās Eiropas valstīs veiktie pētījumi par pusaudžu un jauniešu ēšanas traucējumiem liecina, ka šī tēma ar katru gadu kļūst aizvien aktuālāka (Hudson et al., 2007).

Skolotājiem, vecākiem un skolēniem laikus sniegta informācija un zināšanas par ēšanas traucējumu sastopamības biežumu, izpausmēm un to laikus atpazīšanas nozīmīgumu sekmīgā ārstēšanā ir būtiskākais preventīvo pasākumu elements, kas ir šī pētījuma novitāte. Ēšanas traucējumu skolēniem izpētes aktualitāte ir pamatojama ar to, ka ēšanas traucējumu agrīna noteikšana var veicināt gan savlaicīgu problēmas atpazīšanu, gan ārstēšanas uzsākšanu, samazinot nopietnu fizisku un psiholoģisku sarežģījumu iespējamību vai pat nāvi.

Lai noteiktu skolēnu ēšanas potenciālo traucējumu attīstības iespējas, tika izmantots EAT-26 tests (Garner et al., 1982). Šo instrumentu bieži lieto, lai izvērtētu ēšanas paradumu risku, ņemot vērā cilvēku attieksmi, sajūtas un uzvedību saistībā ar ēšanu un ēšanas traucējumu pazīmēm. Tests EAT-26 ir izmantots vairākos pētījumos, lai novērtētu risku, kas saistīts ar ēšanas traucējumiem audzēkņiem vidusskolās, augstskolās un citās īpašās riska grupās, piemēram, sportistiem (Garner et al., 1982). Latvijā šo instrumentu savā pētījumā "Potenciālo

ēšanas traucējumu noteikšana jauniešiem” (2018. gadā) pirmo reizi izmantoja J. Viskunte.

Šim testam ir trīs apakšskalās: Diēta, Bulīmija un pārmērīgas raizes par ēdienu, un Mutes kontrole. Apakšskalās rezultāti tika iegūti, summējot visus punktus, kuri tika piešķirti konkrētajā skalā. Gadījumā, ja iegūtie rezultāti sasniedza 20 punktus vai vairāk, šis rādītājs atspoguļoja augstas bažas par diētu, ķermeņa svaru vai sarežģījumus ēšanas uzvedībā. Pētījumā, lai noteiktu instrumenta validitāti, tika aprēķināts testa Kronbaha alfa koeficients ($\alpha = 0,79$).

Pētījuma mērķi. Primārais mērķis – noskaidrot ēšanas traucējumu risku 12. klašu skolēniem. Sekundārais mērķis – noteikt ēšanas traucējumu risku 12. klašu skolēniem atbilstīgi viņu dzimumam.

Datu apstrāde un grafisks atainojums tika veikts, lietojot programmu *Microsoft Office Excel, 2010* un *IBM SPSS Statistics 23.00*. Datu apstrādei tika izmantots Stjudenta t tests un ANOVA.

Potenciālie ēšanas traucējumi jauniešiem ***Potencial Eating Disorders Among Young People***

Uzturu par veselīgu uzskata tad, ja cilvēka ēšanas paradumi ietver adekvātu barības vielu uzņemšanu un pietiekamu, bet ne pārmērīgu, uzņemtās enerģijas apjomu, lai apmierinātu indivīda enerģijas patēriņa vajadzības (Haines et al., 2019).

Emija Brauna un citi zinātnieki (Brown et al., 2018) secina, ka ēšanas traucējumi visbiežāk sākas pusaudžu un agrīnā brieduma gados, attīstības ziņā jūtīgā laikā, kad smadzenes vēl joprojām attīstās. Tādējādi šie traucējumi var nopietni ietekmēt kognitīvās, sociāli emocionālās un izglītības attīstības virzību (Brown et al., 2018).

Ēšanas traucējumiem ir sarežģīta etioloģija: iemesli var būt saistīti gan ar ģenētiskiem, gan vides, gan iedzīvotāju skaita un labklājības līmeņa faktoriem (Cho et al., 2017).

Jauniešiem ēšanas traucējumi ir trešā izplatītākā hroniskā slimība (pēc aptaukošanās un bronhiālās astmas). Kritiskais vecums, kad tie visbiežāk parādās un attīstās, ir 14 līdz 19 gadu (Gonzalez, Kohn, & Clarke, 2007). Zinātnieki Ena Hermonta un Zauls Peivs (Hermont & Paiva, 2013) savā pētījumā secina, ka no ēšanas traucējumiem ir augstāka saslimstība un mirstība nekā no jebkura cita garīga traucējuma.

Pretstatā veselīgam, sabalansētam, daudzveidīgam, regulāram un pietiekamam uztura daudzumam, pastāv arī ēšanas stratēģijas, kuras piekopjot, var attīstīties ēšanas traucējumi. Zinātnieces Ketlīna un Elisone Merikangas ēšanas traucējumus definē šādi: ēšanas traucējumi ir tādu traucējumu grupa, kas saistīta ar sagrozītu vai izkropļotu uzskatu par savu ķermeni, ko pavada ēšanas un / vai

svara zaudēšanas uzvedība. Tie ietver neirotisko anoreksiju, neirotisko bulīmiju, kompulsīvo pārēšanos un citus nekonkretizētus ēšanas traucējumus (Merikangas & Merikangas, 2016).

Ēšanas traucējumu veidi

Saskaņā ar Starptautisko slimību klasifikāciju (SSK-10) anoreksiju kā ēšanas traucējumu veidu iedala divās grupās: neirotiskā anoreksija un atipiskā neirotiskā anoreksija (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2013–2016).

Neirotiskā anoreksija ir nopietna psihiska slimība, kurai raksturīga nespēja uzturēt normālu ķermeņa svaru (vismaz 15% zem ideālā ķermeņa svara) vai panākt svara pieaugumu bērniem un pusaudžiem (Bulik, Trace, & Mazzeo, 2013). No neirotiskās anoreksijas biežāk cieš meitenes pusaudžu vecumā un jaunas sievietes (1–2%), taču no tās nav pasargāti arī zēni pusaudžu vecumā un jauni vīrieši (0,1–1,2%) (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2013–2016). Visbiežāk ar neirotisko anoreksiju sirgst meitenes un sievietes vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem (Zuboviča, 2014).

Indivīdiem ar neirotisko anoreksiju ir raksturīga apsēstība ar šķietami pārāk lielu svaru, lai gan faktiski notiek ekstremāls svara zudums. Viņi arvien cenšas panākt lielāku svara zudumu un var piekopt neveselīgu svara zuduma uzvedību (piemēram, badošanos, attīrīšanos, caureju izraisošu un diurētisku medikamentu pārmērīgu lietošanu, pārmērīgu nodošanos fiziskām aktivitātēm). Šo indivīdu pašnovērtējumā par svarīgākajiem rādītājiem kļūst ķermeņa forma (figūra) un svars (Bulik, Trace, & Mazzeo, 2013).

Vīrieši dažreiz cieš no reversās neirotiskās anoreksijas sindroma, kas rodas arī kultūristiem un svarcēlājiem, kuri baidās, ka viņi nekad nekļūs pietiekami lieli un / vai viņiem nekad nebūs pietiekami maz ķermeņa tauku, lai atklātu labi attīstītus muskuļus. Bieži vien viņu mērķis ir sasniegt ķermeņa tauku masu, kuras īpatsvars ir mazāks nekā 5%. Jaunāks termins, ko reizēm izmanto, runājot par šo sindromu, ir “muskuļu dismorfija”. Taču reversā neirotiskā anoreksija nav pilnīgi tas pats, kas muskuļu dismorfija vai ķermeņa dismorfija. Vīrieši ar reverso neirotisko anoreksiju cieš no psihopatoloģijas, kas ietver makromuskulofiliju (vēlmi iegūt lielus, labi attīstītus muskuļus) un mikrosomatofobiju (bailes būt pārāk maza ķermeņa īpašniekam) (Mehler & Andersen, 2017).

Atipisko neirotisko anoreksiju noteic visu neirotiskās anoreksijas kritēriju klātesamība, izņemot nozīmīgu svara zudumu. Tā norādīts “Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas” piektajā izdevumā (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). Kritēriji ietver ģenētisku risku, vecumu, kad sākas slimība, psihopatoloģiju un rezultātu prognozi (Olivo et al., 2018). Pirmajā vizītē atipiskās neirotiskās anoreksijas pacientu svars bieži vien ir normāla ķermeņa svara diapazonā (Sawyer et al., 2016). Taču bieži sastopamas bada un medicīniskas

nestabilitātes pazīmes, un slimības sekas var būt tikpat smagas kā neirotikās anoreksijas gadījumā (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

50–80% pacientu, kas cieš no anoreksijas, pilnīgi vai daļēji izveseļojas pēc sešu mēnešu līdz sešu gadu ilgās terapijas. Apmēram 40–50% pacientu izveseļojas pilnībā, bet 30–40% gadījumu pacientu stāvoklis uzlabojas tik daudz, ka viņi spēj dzīvot pilnvērtīgu dzīvi, lai gan reizēm tomēr var atkārtoties ar ēšanas traucējumiem saistīta domāšana vai uzvedība. Taču 15–25% pacientu nespēj izveseļoties, un viņiem neirotikās anoreksijas terapija ilgst daudzus gadus (Zuboviča, 2014).

Pēc Starptautiskas slimību klasifikācijas (SSK-10) bulīmija kā ēšanas traucējumu veids tiek iedalīta divās grupās: neirotikā bulīmija un atipiskā neirotikā bulīmija (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2013–2016).

Neirotikā bulīmiju kā hronisku neirotikās anoreksijas fāzi pirmo reizi 1979. gadā aprakstīja britu psihiatrs Džeralds Rasels (*Gerald Russel*) (Castillo & Weiselberg, 2017). Neirotikajai bulīmijai raksturīgas atkārtotas pārēšanās epizodes, kam seko nepareiza kompensējoša uzvedība (ieskaitot pašizraisītu vemšanu, caureju izraisītu un diurētisku medikamentu nepareizu lietošanu, badošanos un pārmērīgas fiziskās aktivitātes), kuras mērķis ir nepieļaut svara pieaugumu. Taču parasti pacientu ķermeņa svars ir normas robežās (Spuleniece-Aišpure, 2014).

Atipiskai neirotikajai bulīmijai raksturīgs ir tas, ka nav vienas vai vairāku galveno pazīmju, kas fiksētas pacientiem, kuri cieš no neirotikās bulīmijas un kuriem citādi ir diezgan tipiska klīniskā aina (ar vai bez kompensējošām metodēm). Visbiežāk tas attiecināms uz cilvēkiem ar normālu vai pat lieko svaru, kuriem raksturīgi pārmērīgas ēšanas periodi, kam seko vemšana vai attīrīšanās (Fontenelle et al., 2005).

Balstoties uz kompensējošās uzvedības raksturu, tiek izšķirtas divas neirotikās bulīmijas izpausmes formas: attīrīšanās (vemšana un caureju izraisītu medikamentu, diurētisko līdzekļu, diētisko medikamentu vai klizmas nepareiza izmantošana) un neattīrīšanās (ierobežota ēšana un pārmērīgas fiziskās aktivitātes) (Bulik, Trace, & Mazzeo, 2013).

Parasti ēšanas traucējumu veidi nomaina viens otru: visbiežāk no anoreksijas uz bulīmijas simptomiem, kompulsīvas pārēšanās epizodēm kļūstot biežākām, turklāt saglabājot nelielu svaru (neirotikā anoreksija, “pārēšanās–attīrīšanās” izpausmes forma) vai atgūstot pietiekami daudz svara, lai vairs neciestu no medicīniskām bada pazīmēm (neirotikā bulīmija). Apmēram 50% pacientu ar neirotikā bulīmiju pagātnē ir pieredzējuši neirotikā anoreksiju, kā pilnīgu vai daļēju sindromu. Daži nopietnas svara zaudēšanas mēģinājumi ātri pāraug neirotikā bulīmijā, bet citi vispirms attīstās un kļūst par neirotikās anoreksijas kompulsīvās pārēšanās apakštipu, un tikai vēlāk (var paiet pāris nedēļas vai vairāki gadi) pāraug neirotikā bulīmijā (Mehler & Andersen, 2017).

Medicīniskās komplikācijas bulīmijas gadījumā ietver pašizraisītu vemšanu un pārmērīgu laksatīvo līdzekļu izmantošanu. Lai gan ar bulīmiju saistītās mirstības koeficients ir zemāks nekā neirotiskās anoreksijas gadījumā, tomēr arī tas ir pārāk augsts sakarā ar smagām elektrolītu līmeņa un skābju–sārņu izmaiņām, kuru cēlonis var būt attīrīšanās uzvedība. Bulīmijas pacientiem konstatēto attīrīšanās darbību veids 90% gadījumu ir pašizraisīta vemšana vai pārmērīga caureju izraisošu līdzekļu lietošana (Denholm & Jankowski, 2011).

Kompulsīvo pārēšanos diagnosticē, ja pacientam ir hroniski pārēšanās paradumi bez pārēšanās kompensēšanas – bez attīrīšanās un ar minimāliem uztura ierobežojumiem. To raksturo epizodisks liela pārtikas daudzuma patēriņš, kas netiek kontrolēts un atkārtojas vismaz reizi nedēļā trīs mēnešus. Šis ēšanas traucējums nav saistīts ar pašizraisītu vemšanu vai citu kompensējošu uzvedību, tādēļ pacientiem var būt liekais svars (Latner & Clyne, 2008).

Indivīdiem ar kompulsīvo pārēšanos pastāv aptaukošanās risks un ar to saistītie citi riska faktori (t. i., hipertensija, ortopēdiskas problēmas, diabēts) (McCuen-Wurst et al., 2018).

Kompulsīvās pārēšanās ārstēšana pamatojas uz pacientu baiļu no badošanās pārveidošanas. Pacienti saprot, ka badošanās izraisa pārēšanos, tādēļ viņi parasti sāk ēst regulāri, pat gadījumos, ja no viņiem to tieši nepieprasa (Nardone & Brook, 2010).

Tikai nesen kompulsīvā pārēšanās tika atzīta par atsevišķu ēšanas traucējumu un slimībai tika piešķirts atsevišķs statuss citu ēšanas traucējumu veidu vidū. Šī statusa atzīšana ļauj novērst to, ka šādi cilvēki tiek apsūdzēti vājībā un slinkumā, un tādēļ tiem, kas cieš no kompulsīvās pārēšanās traucējuma, būs iespēja laikus saņemt profesionālu palīdzību un pārvarēt slimību.

Pētījuma rezultāti ***Results of research***

Pētījumā piedalījās divi simti (n = 200) respondentu, no kuriem 52% (n = 104) bija sievietes un 48% (n = 96) vīrieši 18 gadu vecumā. Tika izvēlēti respondenti, kuri mācās pilsētas skolās, 12. klasē, un kuri ir sasnieguši 18 gadu vecumu pēc nejaušības principa. Tika izslēgti 12. klašu skolēni, kuri ir jaunāki par 18 gadiem. Respondentu aptauja tika veikta piecās vidusskolās Latgales reģionā.

Respondentu piedalīšanās bija brīvprātīga. Šī pētījuma ietvaros respondentu aptauja (kvantitatīvā pētījuma metode), izmantojot EAT - 26 testu, tika veikta ar mērķi izvērtēt ēšanas traucējumu risku 12. klašu skolēniem, balstoties uz emocijām, sajūtām un uzvedību sakarā ar iespējamām ēšanas traucējumu pazīmēm.

Darbā tika izmantots šķērsgriezuma pētījums, un iegūtie dati tika salīdzināti starp vīriešu un sieviešu aptaujas rezultātiem.

Iegūtie dati liecina, ka lielākā daļa respondentu 43,72% (n = 87) nekad nav jutuši, ka, daudz ēdot, nevar apstāties. Tomēr gandrīz piektā daļa aptaujāto 18,09% 2–3 reizes mēnesī daudz ēdot, nevar apstāties. Līdzīgs skaits (16,58%) ir respondentu, kuri vienu reizi mēnesī nevar apturēt sevi, daudz ēdot. Savukārt vienreiz nedēļā šādas sajūtas ir 9,55% 12. klašu skolēniem. 8,54% respondentu atzinās, ka 2–6 reizes nedēļā viņi nevar apstāties, daudz ēdot (sk.1. tab.). Saskaņā ar hī kvadrāta kritēriju statistiski nozīmīgas atšķirības atkarībā no respondentu dzimuma netika novērotas ($p = 0,659$).

1.tabula. *Ēdiena kontrole (pēc EAT-26 testa)*
Table 1 *Monitoring of eating frequency (test EAT-26)*

Daudz ēdāt un jutāt, ka nevarat apstāties?	%	n
Nekad	43,72	87
Vienreiz mēnesī	16,58	33
2-3 reizes mēnesī	18,09	36
Vienreiz nedēļā	9,55	19
2-6 reizes nedēļā	8,54	18
Vienreiz dienā vai vairāk	3,52	7

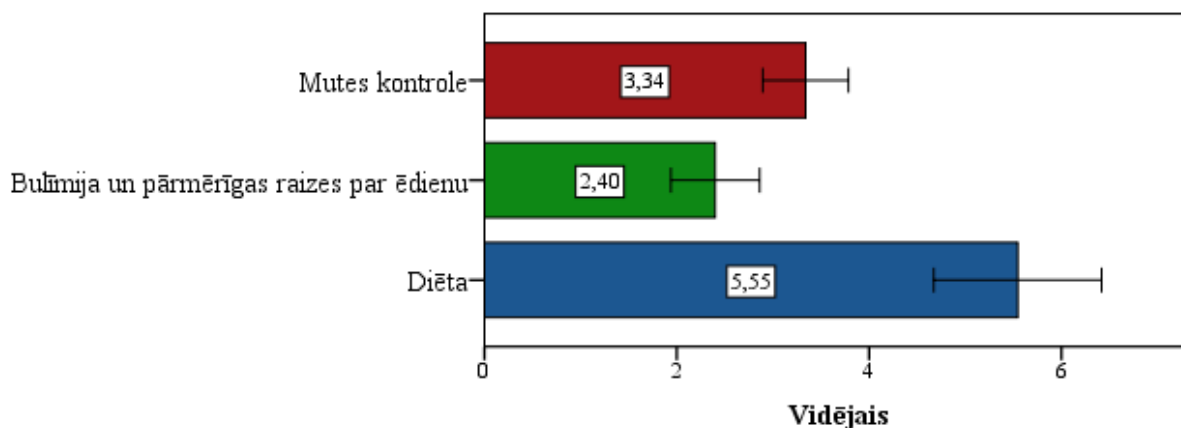
%- respondentu atbilžu skaits procentos

n- respondentu atbilžu skaits ciparos

Atbilstīgi pētījuma rezultātiem var konstatēt, ka lielākā daļa respondentu (76,50%) nenovēro sev ēšanas traucējumus. Neliels respondentu skaits tomēr domā, ka viņiem ir ēšanas traucējumi. Mazāk respondentu (16%) nezina, vai ēšanas traucējumi viņiem ir vai nav. Šāda atbilde, domājams, ir tāpēc, ka respondenti neizprot ēšanas traucējumu būtību un klīniskās pazīmes.

Apkopojot iegūtos datus atbilstīgi aptaujāto dzimumam, tika noskaidrots, ka 8,65% sieviešu un 6,25% vīriešu uzskata, ka viņiem ir ēšanas traucējumi. Piektā daļa (20,19%) sieviešu un 11,46% vīriešu nav pārliecināti, vai viņiem ir vai arī nav ar ēšanu saistītie traucējumi. Šāda atbilde varētu būt gadījumā, ja respondenti neizprot ēšanas traucējumu būtību un klīniskās pazīmes. Vairākums respondentu (71,15%) sieviešu un 82,29% vīriešu atzīmē, ka viņiem nav ēšanas traucējumu. Saskaņā ar hī kvadrāta kritēriju statistiski nozīmīgas atšķirības atkarībā no respondentu dzimuma netika novērotas ($p = 0,147$).

1. attēlā redzams, ka Diētas skalai ir visaugstākie vidējie rādītāji (5,55). Otrajā vietā tiek ierindota Mutes kontroles skala ar vidējo rādītāju (3,34). Mazākie vidējie rādītāji pieder Bulīmijas un pārmērīgu raižu par ēdienu testa skalai.



1. attēls. Ēšanas paradumu vidējie rādītāji (pēc EAT-26 testa)
Figure 1 The average indicators of eating habits (test EAT-26)

EAT-26 testa vidējo rādītāju analīzei sievietēm un vīriešiem tiek izmantots t-tests (Stjudenta). Pamatojoties uz rezultātiem, Diētas skalā un Bulīmijas un pārmērīgu raīžu par ēdienu skalā ir statistiski nozīmīgas atšķirības sievietēm un vīriešiem ($p = 0,000$ un $p = 0,028$ attiecīgi).

Diētas skalas vidējais rādītājs sievietēm ir 7,63, bet vīriešiem – 3,15. Tas izskaidrojams ar to, ka sievietes biežāk seko diētām, vairāk ierobežo noteiktu pārtikas produktu lietošanu, vēlas būt slaidākas, biežāk baidās iegūt lieko svaru, regulāri uzskaita uzņemtās un iztērētās kalorijas. Vīriešiem vidējais rādītājs ir divas reizes mazāks nekā sievietēm.

Bulīmijas un pārmērīgu raīžu par ēdienu skalas vidējais rādītājs sievietēm ir 2,86, kas pārsniedz vidējo rādītāju vīriešiem (1,87). Tas liek domāt par to, viņas jūt vajadzību atbrīvoties no pārtikas nedabiskā veidā.

Saskaņā ar t testa (Stjudenta kritērija) rezultātiem Mutes kontroles skalas rādītāji sievietēm un vīriešiem nav statistiski nozīmīgi, jo $p > 0,05$. Iegūtie dati liecina, ka respondentu lielākajai daļai (81%) nav nopietna ēšanas traucējumu riska. Taču 19% pētījuma dalībniekiem tika konstatēts nopietns ēšanas traucējumu risks.

Analizējot pētījuma rezultātus pēc dzimuma, tika konstatēts, ka lielākajai daļai sieviešu (71,15%; $n = 74$) un vīriešu (91,67%; $n = 88$) nav nopietnu ēšanas traucējumu riska. Savukārt gandrīz vienai trešdaļai sieviešu, t. i., 28,85% ($n = 30$) pastāv nopietns ēšanas traucējumu risks. To var izskaidrot ar sieviešu attieksmi pret pētāmo jautājumu – viņas vairāk rūpējas par savu svaru un ķermeņa formām, viņas biežāk seko diētām (pēc EAT-26 skalas rezultātiem, visaugstākie vidējie rādītāji attiecas uz Diētas skalu).

Arī starp vīriešiem ir respondenti ar ēšanas traucējumu risku (8,33%; $n = 8$), jo visaugstākie vidējie rādītāji attiecas gan uz Mutes kontroles, gan uz Bulīmijas un pārmērīgu raīžu par ēdienu skalu.

Saskaņā ar hī kvadrāta kritēriju sieviešu un vīriešu respondentu sadalījums atkarībā no ēšanas traucējumu riska statistiski būtiski atšķiras ($p < 0,001$).

Secinājumi **Conclusions**

Kopumā gandrīz piektajai daļai (19%) aptaujāto (28,85% sieviešu un 8,33% vīriešu) ir konstatēts nopietns ēšanas traucējumu riska rādītājs. Sievietes biežāk ir pakļautas ēšanas traucējumu riskam un saskaņā ar hī kvadrāta kritēriju ir statistiski nozīmīgas atšķirības sievietēm un vīriešiem ($p < 0,001$). Var secināt, ka veselīga uztura principu neievērošana daudziem 12. klases skolēniem var izraisīt ēšanas traucējumus.

18,09% pētījuma dalībnieku (21,33% sieviešu un 14,59% vīriešu) no vienas līdz sešām reizēm nedēļā un 4% abu dzimumu aptaujāto vienreiz dienā daudz ēd un jūt, ka nevar apstāties. Tas ļauj secināt, ka sievietes vairāk nekā vīrieši cieš no kompulsīvās pārēšanās, viņas domā par pārtiku un jūt, ka ēdiens kontrolē viņu dzīvi. Vīriešiem ēšanas traucējumu riska, mutes kontroles skalā vidējais rādītājs ir augstāks nekā sievietēm (attiecīgi 4,41: 2,81). Var secināt, ka viņi biežāk badojas un vairāk kontrolē savu uzturu.

Summary

In general, the attitude to the healthy diet and healthy eating habits is developed in the family.

When growing up a person prefers favorite and the most habitual food. It depends only on a person's own choice to observe the basic laws of the healthy eating and keeping to them and in this way to support own health. As opposed to healthy, balanced, diversified, regular and sufficient amount of food there are the strategies that can cause eating disorders if to follow them. Among such disorders might be neurotic anorexia, neurotic bulimia, compulsive overeating and other unspecified eating disorders. The prevalence of eating disorders nowadays is connected with the influence of increased stress, an enlarged information load, an awareness of modern beauty standards as a result, eating disorders risks are increasing.

Prompt information and provision of knowledge for teachers, parents and students on eating disorders prevalence, manifestation and the importance of timely recognition for successful treatment is the most important element of preventive measures. The topicality of the research on eating disorders among students is justified by the fact that the early detection of students' eating disorders can promote timely recognition of the problem and the beginning of treatment reducing serious physical and psychological complications and even fatal cases.

The primary goal of this research was to find out eating disorders risks among the 12th grade students. The second goal was to determine eating disorders risks among the 12th grade students due to the gender differences of students. To gain the results of the research the quantitative research method with the research tool – EAT-26 test (Garner et al., 1982) was used.

The respondents of the research were two hundreds of the 12th grade students.

Microsoft, Microsoft Office Excel, 2010 program and IBM SPSS Statistics 23.00 version were used in data and chart processing. For data processing were used Student *t* tests and ANOVA.

As a result, almost the 5th part of the respondents (19%) - (28.85% female and 8.33% male) have got serious eating disorders risks indicators. Females are more exposed to eating disorders risks and according to the criterion, chi-square, there are statistically significant differences between men and women ($p < 0.001$).

On this basis it can be concluded that if the 12th grade students do not keep to the healthy diet they can get eating disorders.

The respondents of the research (18.09%) - (21.33% female and 14.59% male) eat from one to six times a week and 4% of both genders respondents eat one more meal a day and feel that can't stop eating. These results induce to draw a conclusion that female persons more than men suffer from compulsive overeating, think about food and feel that eating controls their lives. Male persons have the average indicators on the scale of eating disorders risks and mouth control bigger (4.41: 2.81). Thus, it is possible to conclude that men more often use fasting and they have a bigger control over their eating.

Literatūra References

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.007>
- Brown, A., McClelland, J., Boysen, E., Mountford, V., Glennon, D., & Schmidt, U. (2018). The FREED Project (first episode and rapid early intervention in eating disorders): service model, feasibility and acceptability. *Early intervention in psychiatry*, 12(2), 250-257.
- Bulik, C., Trace, S., & Mazzeo, S. (2013). *Women and Health*. Second Edition. Academic Press.
- Castillo, M., Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 85–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>.
- Cho, S., Aliev, F., Clark, S., Adkins, A., Edenberg, H., Bucholz, K., Porjesz, B., & Dick, D. (2017). Using patterns of genetic association to elucidate shared genetic etiologies across psychiatric disorders. *Behav. Genet*, 47, 405. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10519-017-9844-4>
- Denholm, M., & Jankowski, J. (2011). Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa—a review of the literature. *Diseases of the Esophagus*, 24(2), 79-85.
- Fontenelle, L., Mendlowicz, M., Moreira, R., & Appolinario, J. (2005). An empirical comparison of atypical bulimia nervosa and binge eating disorder. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(11), 1663–667. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X20050011 00014> .
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Glanz, K. (2001). Current Theoretical Bases for Nutrition Intervention and Their Uses. In Coulston, A.M., Rock, C.L., & Mosen, E.R. (Eds.), *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease* (PP. 83–93). Academic Press.. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-193155-1.50053-2>

- Gonzalez, A., Kohn, M., & Clarke, S. (2007). Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician*, 36, 614–619.
- Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L., Nicklaus, S., Kok, F., Merdji, M., Fisberg, M., Moreno, L., Goulet, O., & Hughes, S. (2019). Nurturing Children's healthy eating: Position statement. *Appetite*, 137, 124–133.
- Hermont, A., & Paiva, S. (2013). Eating disorder behavior and dental implications among adolescents. *Int J Eat Disord*, 46(7), 677–683.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Klein, D., & Walsh, B. (2003). Eating disorders. *Int Rev Psychiatry*, 15(3), 205–216.
- Latner, J., & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 1–14.
- Mehler, P., & Andersen, A. (2017). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications* (Vol. Third edition). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Merikangas, K., & Merikangas, A. (2016). Contribution of Genetic Epidemiology to Our Understanding of Psychiatric Disorders. In Lehner, L., Miller, B. L. and State, M. W., (Eds.), *Genomics, Circuits, and Pathways in Clinical Neuropsychiatry* (pp. 27–50). Academic Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800105-9.00002-0>
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison K. (2018). Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1411, 96–105. DOI: 10.1111/nyas.13467
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa; Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Nardone, G., & Brook, B. (2010). Advanced brief strategic therapy: an overview of interventions with eating disorders to exemplify how theory and practice work. *Eur. J. Psychother. Couns*, 12, 113–127. DOI:10.1080/13642537.2010.482743
- Olivo, G., Solstrand Dahlberg, L., Wiemerslage, L., Swenne, I., Zhukovsky, C., Salonen-Ros, H., ... & Schiöth, H. B. (2018). Atypical anorexia nervosa is not related to brain structural changes in newly diagnosed adolescent patients. *International Journal of Eating Disorders*, 51(1), 39–45.
- Sawyer, S., Whitelaw, M., Le Grange, D., Yeo, M., & Hughes, E. (2016). Physical and psychological morbidity in adolescents with atypical anorexia nervosa. *Pediatrics*, 137(4), e20154080. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4080>
- Slimību profilakses un kontroles centrs. (2013–2016). SSK-10 klasifikācija. Pieejams <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/index2051.html?p=%23120>
- Spuleniece-Aišpure, K. (2014). Bulimija. *Latvijas Diētas un Uztura Speciālistu asociācija* (LDUSA). Pieejams <http://www.ldusa.lv/lv/content/bulimija>
- SPKC tematiskais ziņojums “Psihiskā veselība Latvijā”. (2017). Pieejams https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. WHO Technical Report Series, Geneva, Nr. 916.
- Zuboviča, J. (2014). Anoreksija. Latvijas Diētas un uztura speciālistu asociācija. Pieejams <http://www.ldusa.lv/node/157>