

VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Ieva Tarasevičiūtė

Susirūpinimas sveika mityba, kūno vaizdas ir psichologinė gerovė

Magistro darbas

Sveikatos psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: dr. Olga Zamalijeva

Vilnius, 2020

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
PRATARMĖ.....	6
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS.....	8
1. ĮVADAS.....	9
1.1. Ortoreksijos samprata ir ryšys su kitais sutrikimais.....	9
1.1.1. Ortoreksijos samprata.....	9
1.1.2. Ortoreksija, anoreksija ir obsesinis-kompulsinis sutrikimas.....	10
1.2. Ortoreksijos veiksniai.....	13
1.2.1. Socialiniai ir demografiniai veiksniai.....	13
1.2.2. Kūno vaizdas ir jo ryšys su ortoreksija.....	15
1.2.2.1. Kūno vaizdo samprata ir veiksniai.....	15
1.2.2.2. Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ir ortoreksija.....	17
1.2.3. Susirūpinimas savo sveikata ir ortoreksija.....	18
1.2.3.1. Susirūpinimas savo sveikata ir hipochondrija.....	18
1.2.3.2. Susirūpinimo savo sveikata reikšmė ortoreksijai.....	20
1.3. Ortoreksijos pasekmės asmens sveikatai ir gerovei.....	23
1.3.1. Psichologinės gerovės samprata.....	24
1.3.2. Psichologinės gerovės ryšiai su ortoreksija.....	25
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	27
2. TYRIMO METODIKA.....	28
2.1. Tyrimo dalyviai.....	28
2.2. Tyrimo instrumentai.....	29
2.3. Tyrimo eiga.....	34
2.4. Duomenų apdorojimo metodai.....	34
3. REZULTATAI.....	35
3.1. Pirminė duomenų analizė.....	35
3.2. Ortoreksijos dėmenų prognozavimas pagal sociodemografinius veiksnius, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius, kūno vaizdo bei sveikatos veiksnius.....	39
3.3. Psichologinės gerovės prognozavimas pagal sociodemografinius veiksnius, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius, kūno vaizdo ir sveikatos veiksnius bei ortoreksijos dėmenis.....	44
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	52

4.1.	Ortoreksiją prognozuojantys veiksniai.....	53
4.2.	Psichologinę gerovę prognozuojantys veiksniai.....	57
4.3.	Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų gairės.....	59
4.4.	Praktinės rekomendacijos.....	61
	IŠVADOS.....	62
	LITERATŪRA.....	63
	PRIEDAI.....	71

SANTRAUKA

Susirūpinimas sveika mityba, kūno vaizdas ir psichologinė gerovė

Ieva Tarasevičiūtė

Vilnius, Vilniaus universitetas

74 psl.

Sveika mityba yra vienas pagrindinių sveikatos šaltinių, tačiau per didelis dėmesys skiriamas sveikai mitybai gali tapti perdėtu susirūpinimu, literatūroje vadinamu ortoreksija. Ortoreksija yra gana naujas ir dar mažai tyrinėtas reiškinys, tad šiame darbe buvo siekta įvertinti ryšius tarp ortoreksijos ir nepasitenkinimo savo kūno vaizdu, hipochondrijos, sociodemografinių veiksnių. Šiame darbe taip pat kelta prielaida, jog ortoreksija gali neigiamai atliepti psichologinei gerovei. Tyrime dalyvavo 306 tiriamieji (amžiaus vidurkis 38 metai), atrinkti patogiosios imties būdu. Ortoreksijai vertinti buvo naudotas ORTO-15 klausimynas, kiti šiame tyrime naudoti instrumentai - kūno nepasitenkinimo skalė, sveikatos nerimo trumpoji versija, psichikos sveikatos kontinuumo trumpoji forma. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog ortoreksija yra susijusi su kūno vaizdo kintamaisiais, hipochondrija bei gali prognozuoti geresnę psichologinę gerovę.

Raktiniai žodžiai: ortoreksija, nepasitenkinimas kūno vaizdu, hipochondrija, psichologinė gerovė.

SUMMARY

Concern about healthy eating, body image and psychological well-being

Ieva Tarasevičiūtė

Vilnius, Vilniaus university

74 psl.

Healthy eating is one of the main sources of health, however too much attention on a healthy diet can become an exaggerated concern which in literature is called orthorexia. Orthorexia is a relatively new and little-studied phenomenon, so this work is aimed to evaluate the relationships between orthorexia and dissatisfaction of your body image as well as hypochondria and sociodemographic factors. In this work it is also assumed that orthorexia may have a negative effect on psychological welfare. There were 306 participants of the present study (average age of 38 years) selected by the principle of comfortable sampling. ORTO-15 questionnaire was used to evaluate orthorexia in this study, other instruments used were Body Dissatisfaction Scale, The Health Anxiety Inventory Short version (SHAI), Mental Health Continuum Short Form. The results of this study revealed that orthorexia is associated with body image variables, hypochondria and also can predict better psychological well-being.

Keywords: orthorexia, body dissatisfaction, hypochondria, psychological well-being.

PRATARMĖ

Visuomenės požiūris į sveiką mitybą vis kinta ir kuo toliau, tuo didesnis dėmesys skiriamas maisto kokybei (Greville-Harris et al., 2019). Autorių teigimu, šiuolaikinė visuomenė idealizuoja susirūpinimą sveika mityba, pastebima, jog vis daugiau laiko skiriama galvojimui – ką, kada ir kiek reikia valgyti. Nors sveika mityba yra vienas pagrindinių sveikatos šaltinių, tačiau per didelis dėmesys skiriamas sveikai mitybai gali tapti perdėtu susirūpinimu, literatūroje vadinamu ortoreksija (Gleaves et al., 2013; Oberle et al., 2017; Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2019). Esant išreikštai ortoreksijai asmuo didžiąją laiko dalį praleidžia galvodamas apie maistą, planuodamas savo valgymą, pirkdamas sveikus produktus, ruošdamas sveiką maistą (Donini et al., 2004). Atkreipdami dėmesį į šiuos rodiklius, mitybos srities ekspertai bei kiti specialistai pastebėjo, jog tai gali simbolizuoti naują valgymo sutrikimą. Tačiau, šis perdėtas susirūpinimas sveika mityba dar nėra pripažįstamas kaip liga, neturi apibrėžtų atpažinimo kriterijų bei nėra išskiriamas kaip sutrikimas DSM-5 (Donini et al., 2005). Ortoreksija yra pakankamai naujas konstruktas, tad, vis dar trūksta empirinių tyrimų, kurie patvirtintų, kokie veiksniai gali prognozuoti šį reiškinį. Taip pat, vis dar nėra vieningos nuomonės, kokiems sutrikimams priskirti ortoreksiją: valgymo, obesesinio-kompulsinio, hipochondrijos ar kitų. Nors randama nemažai reikšmingų sąsajų tarp ortoreksijos ir kitų sutrikimų, tačiau kai kurie tyrėjai (pavyzdžiui, Chaki et al., 2013) mano, jog tai unikalus reiškinys. Todėl ortoreksiją reiktų apibrėžti kaip atskirą sutrikimą. O tam reikalingi empiriniai tyrimai, kurie praplėstų žinias apie šį konstruktą, jo pasireiškimą, prognostinius veiksnius.

Nors šiuo metu nėra bendro sutarimo dėl to, kokie veiksniai prisideda prie šios problemos atsiradimo, kai kurie autoriai (pavyzdžiui, McComb & Mills, 2019) teigia, jog nepasitenkimas savo kūno vaizdu ir didesnis KMI gali būti susiję su ortoreksijos pasireiškimu. Tuo tarpu kiti, laikosi nuomonės, jog šie faktoriai lieka diskutuotini prognozuojant ortoreksiją. Kadangi ortoreksijos atveju yra susitelkiama į maisto kokybę, o ne kiekybę, tad, manoma, jog noras sumažinti kūno svorį nėra ortoreksijos priežastis (Strahler et al., 2018). Tačiau pastebima, jog žmonės, domėdamiesi sveikesne mityba, po truputį išbraukia dalį maisto produktų iš savo raciono ir taip tampa įvairių mitybos rūšių atstovais (pavyzdžiui, vegetarais, veganais, kt.). Barthels su kolegomis (2018) teigimu, įvairūs mitybos apribojimų taikymai bei dietų laikymasis gali prognozuoti valgymo sutrikimų, tokių kaip ortoreksija, pasireiškimą.

Ortoreksija dar yra siejama susirūpinimu savo sveikata. Viena iš galimų priežasčių gali būti tai, jog sveikata didžiąja dalimi priklauso nuo gyvenamos būdo bei mitybos. Kadangi ortoreksija gali būti siejama su rūpinimusi sveikata, tai galima kelti prielaidą, jog perdėtas susirūpinimas savo sveikata gali būti susijęs su hipochondrija. Tiek perdėtas susirūpinimas sveika mityba, tiek hipochondrija gali pabloginti psichologinę gerovę (Sirri et al., 2015). Tad, tokiu būdu, siekis tapti

sveikam, tampa nebesveikas, žalingas, galintis sukelti problemų reiškinys (Kiss-Leizer & Rigo, 2020). Be to, ortoreksija gali sąlygoti kitas neigiamas pasekmes, tokias kaip - prastesnė gyvenimo kokybė, socialinė izoliacija (Zamora et al., 2005), ar neigiamas emocingumas (Brytek-Matera, 2012; Varga, 2017). Kadangi ortoreksija gali sukelti nemažai neigiamų padarinių yra svarbu išsiaiškinti, kas gali prognozuoti ortoreksijos pasireiškimą.

Įvairūs tyrimai patvirtina prielaidą, jog sociodemografiniai veiksniai gali būti susiję su ortoreksijos pasireiškimu. Tačiau, gaunami rezultatai nėra vieningi, tad teigti, kokie sociodemografiniai faktoriai gali prognozuoti ortoreksijos pasireiškimą, šiuo metu negalima. Tyrimuose dažniausiai tikrinamos sąsajos tarp ortoreksijos ir kitų valgymo sutrikimų, pavyzdžiui, anoreksijos, bulimijos (Segura-Garcia, 2015) ar kūno dismorfinio sutrikimo (Cena et. al., 2019). Taip pat, ieškoma, ar yra galimos rizikos grupės (pavyzdžiui, medicinos studentų, sveikatos priežiūros specialistų, kt.), turinčios polinkį susirgti ortoreksija (Varga, 2017). Kadangi ortoreksija dar gana naujas ir mažai tyrinėtas konstruktas, tyrimų, kas galėtų prognozuoti šį reiškinį, dar labai trūksta. Šiame darbe buvo pasirinkta nagrinėti ortoreksijos, nepasitenkinimo savo kūno vaizdu, hipochondrijos sąsajas, atsižvelgiant į sociodemografinių veiksnių svarbą bei keliant prielaidą, jog ortoreksijos pasireiškimas gali neigiamai atliepti psichologinei gerovei.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Ortoreksija (angl. *orthorexia*) – perdėtas susirūpinimas sveika mityba, kuriam būdingas per didelis susirūpinimas savo sveikata, obsesinės mintys, susikontroversavimas į maisto kokybę bei maisto gaminimo planavimą, valgymo ritualus (Bratman & Knight, 200).

Nepasitenkinimas savo kūnu (angl. *body dissatisfaction*) – „asmens negatyvios mintys ir jausmai apie savo kūną“ (Pruzinsky, Cash, cit. pg. Grogan, 2001, p. 2).

Hipochondrija (angl. *hypochondria*) – nuolatinis ir sunkus nerimas dėl savo sveikatos (Muse et al., 2010). Esminis hipochondrijos bruožas – susirūpinimas, įsitikinimas ir nerimas, kad sergi kokia nors liga (Warwick & Salkovskis, 1990).

Psichologinė gerovė (angl. *psychological well-being*) – bendraja prasme pozityvaus funkcionavimo lygis, kuris apima santykius su kitais, požiūrį į savo asmeninį augimą bei pasitenkinimą gyvenimu (Burns, 2016).

1. ĮVADAS

1.1. Ortoreksijos samprata ir ryšys su kitais sutrikimais

1.1.1. Ortoreksijos samprata

Ortoreksija, kaip perdėtą susirūpinimą sveika mityba pirmą kartą apibrėžė S. Bratman (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2019). Modifikavęs nervinės anoreksijos sąvoką, reiškiniį, kuriam būdingas susitelkimas valgyti tinkamą, sveiką, „švarų“ maistą, S. Bratman pavadino nervine ortoreksija (Bratman & Knight, 2000). „Orthos“ išvertus iš graikų kalbos reiškia „teisingas, tinkamas“, o „orexis“ – „apetitą“. Pasak Bratman ir Knight (2000), šiam sutrikimui būdingas per didelis susirūpinimas savo sveikata, obsesinis, įkyrus susikoncentravimas į maisto kokybę bei maisto gaminimo planavimą (Bratman & Knight, 2000). Nors klinikinės praktikos atstovai teigia, kad savo darbe jau kurį laiką pastebi šį naują fenomeną, tačiau ortoreksija, kaip sutrikimas nėra išskiriamas DSM-5 (Cuzzolaro & Donini, 2016). Moksliniame lygmenyje vis dar vyksta diskusijos, kokiems sutrikimams priskirti šį reiškiniį. Kai kurių autorių (pavyzdžiui, Donini, 2004) teigimu, ortoreksija gali būti laikoma asmenybės ar elgesio sutrikimu, kadangi randama reikšmingų sąsajų su obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu bei obsesiniu-kompulsiniu asmenybės sutrikimu (Koven & Abry, 2015). Kiti, dėl gaunamų glaudžių ryšių su kitais valgymo sutrikimais (pavyzdžiui, anoreksija) mano, jog tai yra būtent valgymo sutrikimas (Chaki et al., 2013). Taip pat yra teigiama, kad ortoreksija turi būti išskiriama, kaip atskiras valgymo sutrikimas arba priskirta neuropsichiatrinam sutrikimui (Avsar, 2017). Dalis šį sutrikimą laiko tiesiog perdėtu susirūpinimu sveika mityba. Segal (2008) teigimu, ortoreksiją galima laikyti hipochondrijos dalimi. Tuo tarpu Koven ir Abry (2015) teigia, kad ortoreksija, savo ritualiniu valgymo elgesiu bei griežtu vengimu bet kokio nesveiko maisto, atspindi potologinę sveikos mitybos dalį. Taip ir nėra vieningos nuomonės, kas gi per sutrikimas tas perdėtas susirūpinimas sveika mityba. Tačiau verta atkreipti dėmesį į tai, kada domėjimasis sveika mityba perauga į perdėtą susirūpinimą ir gali būti laikomas sutrikimu.

Ortoreksija gali būti laikoma tuomet, kai toks valgymo elgesys yra ilgalaikis ir daro neigiamą poveikį asmens gyvenimo kokybei. Stipriai išreikštos ortoreksijos atvejais, asmuo yra linkęs geriau iš viso nevalgyti, negu rinktis maistą, kurį jis laiko „nešvariu“, kenksmingu jų sveikatai (Donini et al., 2004; Greville-Harris et al., 2019). Toks elgesys laikomas potologiniu. Ir nors dar kol kas nėra aiškiai apibrėžtų bei empiriškai patvirtintų ortoreksijos kriterijų, literatūroje aptinkami bruožai, kurie, kaip teigiama, būdingi ortoreksijos atveju. Pasak Brytek-Matera su kolegomis (2015), ortoreksijos termino autorius Bratman, apibrėžia tokius ortoreksijos kriterijus: a) praleidžiama daug laiko (daugiau nei 3 valandas per dieną) galvojant apie sveiką maistą bei jo paruošimą; b) jaučiamas pranašumas prieš tuos, kurie turi kitokius valgymo įpročius; c) griežtai laikomasi tam tikrų mitybos principų, norint kompensuoti mitybos nusižengimus, taikomi apribojimai (pvz. nevalgoma kurį

laiką); d) savivertės susiejimas su savo mityba (jaučiamas kaltės jausmas, kuomet nusižengiama mitybos taisyklėms, o kuomet laikomasi mitybos taisyklių – pasitenkinimas savimi); d) sveika mityba ir asmeniui reikšmingi jo mitybos principai tampa pagrindine gyvenimo dalimi, neskiriant dėmesio kitoms asmeniui būdingoms vertybėms, anksčiau mėgiamoms veikloms, o kartais net ir fizinės sveikatos sąskaita. Tačiau, kaip teigia Gleaves su kolegomis (2013, p. 2): „šie kriterijai atsirado iš juos apibrėžusio autoriaus patirties, jiems trūksta empirinio pagrindimo bei trūksta vieningų patvirtinimų, ar tie kriterijai iš tiesų atspindi tokį glaustą elgesio modelį (ortoreksiją)“. Kol tokių tyrimų trūksta, tyrėjai ir praktikai toliau kelia prielaidas apie ortoreksijos priežastis, požymius, diagnostinius metodus, pasireiškimą, sutrikimo paplitimą, rizikos veiksnius, remdamiesi patirtimi ir klinicine praktika.

Ortoreksija dažniausiai turi ne vieną pilnai neįsisąmonintą atsiradimo priežastį. Bratman ir Knight (2001), pateikia keletą, jų manymu, svarbiausių priežasčių. Viena jų – visiško saugumo iliuzija. Ši iliuzija susijusi su manymu, kad sveikos mitybos dėka mes galime visiškai apsisaugoti nuo bet kokių ligų. Kaip teigia Bratman ir Knight (2001), tinkamai maitindamiesi bei reguliariai mankštindamiesi mes galime prailginti savo gyvenimo trukmę bei sumažinti tikimybę susirgti kai kuriomis ligomis. Tačiau yra ir kitų faktorių, kurie nepriklauso nuo mūsų ir išsklaido visiško saugumo iliuziją, pavyzdžiui: teršalai ore, kuriuo kvėpuojame, neblaivūs vairuotojai gatvėse, genetiniai faktoriai ir kt. Bet visgi, nepaisant to, kas nuo mūsų nepriklauso, vieną dalyką tikrai galime kontroliuoti – tai savo mitybą. Tad, kita ortoreksijos priežastis ir yra noras kontroliuoti. Minėti autoriai taip pat teigia, jog šiame chaotiškame pasaulyje galime jaustis jo šeimininkais, galėdami visiškai kontroliuoti kokią nors sritį, ortoreksijos atveju ta sritis yra valgymas. Dar viena svarbi ir pilnai neįsisąmoninta ortoreksijos priežastis, kurią pateikia Bratman ir Knight (2001), tai slaptas atitikimas. Šis reiškinys dažniausiai būdingas moterims, tačiau neaplenkia ir vyrų. Tai noras atitikti išvaizdos standartus, tad, dažnu atveju, mitybos pakeitimas susijęs su norimais kūno pokyčiais, svorio kontrole. Šios priežastys nebūtinai būna neįsisąmonintos, kartais asmuo turi labai aiškius motyvus, kodėl jis nori keisti savo mitybą, pradėti maitintis sveikiau. Iš pažiūros šis reiškinys nekaltas, pradedama skirti daugiau dėmesio sveikai mitybai norint įveikti lėtines ligas, numesti svorio ar pagerinti sveikatą (Bratman & Knight, 2001). Tačiau, laikui bėgant, šis domėjimasis ir susirūpinimas sveika mityba gali peraugti į valgymo sutrikimą.

1.1.2. Ortoreksija ir kiti valgymo sutrikimai bei obsesinis-kompulsinis sutrikimas

Bratman (2017) teigimu, ortoreksija turi du etapus. Pirmasis etapas yra nekaltas, įprastai pagirtinas – pasirenkama domėtis sveika mityba ir valgyti sveiką maistą. Tuo tarpu antrasis siejamas su perdėtu susirūpinimu sveika mityba. Autorius teigia, jog šiame etape pasireiškia obsesinis mąstymas, kompulsyvus elgesys, savęs baudymas, didėja mitybos apribojimai bei

pasireiškia kita, įprastų valgymo sutrikimų, dinamika. Dėl panašių simptomų į kitus valgymo sutrikimus, obsesinį-kompulsinį sutrikimą ar somatoforminius sutrikimus ortoreksija klaidinga gali būti priskiriama šiems sutrikimams (Koven & Abry, 2015; Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2019). Be to, kaip teigia Dell'Osso su kolegomis (2016), ortoreksija gali atsirasti prieš atsirandant kitam valgymo sutrikimui, kartu su kitu valgymo sutrikimu ar net sukelti kitą valgymo sutrikimą. Tad, nenuostabu, kad ortoreksija dažnai painiojama su kitais valgymo sutrikimais ir ją tampa sunku atskirti. Taigi, šiame darbe toliau trumpai aptariami ortoreksijos ir anoreksijos bei obsesinio kompulsinio sutrikimo panašumai ir skirtumai.

Ortoreksija ir anoreksija yra panašios tuo, kad abiemis šiems sutrikimams būdingi perfekcionizmo bruožai, noras kontroliuoti, pasireiškia nerimas, svorio netekimas (Koven & Abry, 2015). Literatūroje teigiama, jog tiek anoreksija sergantys, tiek ortoreksijos bruožų turintys asmenys yra orientuoti į pasiekimus ir savo dietos, valgymo taisyklių laikymąsi vertina kaip savidisciplinos laikymąsi, tuo tarpu nukrypimą nuo dietos supranta, kaip savikontrolės nesėkmę (Koven & Abry, 2015). Daugiau ortoreksijos ir anoreksijos panašumų savo darbe pateikia Brytek-Matera su kolegomis (2015).

Brytek-Matera su kolegomis (2015), išskiria šiuos ortoreksijos ir anoreksijos panašumus:

- Susirūpinimas maistu ir valgymu;
- Mitybos apribojimai (mityboje asmenį ribojantys valgymo įpročiai);
- Su valgymu susijusios problemos tampa svarbiausia gyvenimo dalimi;
- Iškreipti įsitikinimai apie maistą;
- Perdėtas rūpinimasis savimi ir savęs saugojimas;
- Pranašumo jausmas prieš kitus dėl savo mitybos;
- Noras kontroliuoti;
- Obsesiniai-kompulsiniai asmenybės bruožai (pvz. perfekcionizmas);
- Su sveikata susijusios pasekmės (pvz. tam tikrų maistingų medžiagų trūkumas organizme, socialinė izoliacija).

Nepaisant ortoreksijos ir anoreksijos panašumų, yra ir reikšmingų skirtumų, kurie atkreipia dėmesį, jog šie sutrikimai visgi yra skirtingi (Gleaves et al., 2013). Visų pirma, anoreksija sergantys asmenys, koncentruojasi į maisto kiekį, tuo tarpu ortoreksijos atveju žmogus yra susirūpinęs maisto kokybe (Bratman & Knight, 2001; Strahler et al., 2018). Pastebima, jog skiriasi anoreksijos ir ortoreksijos sutrikimo asmens valgymo elgesio motyvacija. Anoreksijos atveju, asmuo bijo sustorėti, siekia nepriaugti svorio. Tuo tarpu ortoreksijos atveju, stengiamasi kontroliuoti savo mitybą, kad ji taptų sveikesnė, „švaresnė“, nors kartais svorio sumažėjimas tampa šalutiniu ortoreksijos poveikiu (Gleaves et al., 2013; Koven & Abry, 2015). Vieni autoriai (pavyzdžiui, Bratman & Knight, 2001) mano, kad svorio sumažėjimas gali sąlygoti ortoreksijos atsiradimą,

tačiau kiti mano, jog tai greičiau ortoreksijos pasekmė (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Nors Eriksson su kolegomis (2008) atliktas tyrimas ir jame gauti rezultatai parodė, jog internalizacija to, kad idealus kūnas yra lieknas, reikšmingai prognozavo didžiąją dalį ortoreksijos duomenų sklaidos. Tad, kaip teigia Gleaves ir kiti (2013), galima daryti prielaidą, kad liekno kūno siekimas gali būti labiau susijęs su ortoreksijos pasireiškimu negu buvo manyta anksčiau. Taigi, svorio kontrolė, kūno vaizdo kitimas gali būti tiek ortoreksijos ir anoreksijos panašumas, tiek skirtumas, priklausomai nuo kiekvieno konkretaus atvejo.

Tęsiant apie ortoreksijos ir anoreksijos skirtumus, anoreksijos atveju asmenys yra linkę slėpti savo mitybos įpročius, tuo tarpu ortoreksijos atveju – didžiutis savo sveika mityba (Koven & Abry, 2015). Domėtis sveika mityba, sveiku gyvenimo būdu, stengtis išlaikyti ar stiprinti savo sveikatą bei tuo didžiutis nėra blogai. Tačiau, kuomet žmogaus elgesį pradeda lemti jo obsesinės mintys, pavyzdžiui, žmogus „teisia“ kitus, remdamasis savo mitybos supratimu, praleidžia didžiąją laiko dalį galvodamas apie maistą, tai tampa nebe sveiku gyvenimo būdu, o valgymo sutrikimu (Bratman & Knight, 2001). Autoriai vieningai sutaria, jog ortoreksijos atveju asmenį kamuoja įkyrios mintys, susijusios su sveika mityba, atliekamais elgesio ritualais. Tad, ortoreksija yra dažnai siejama ir su obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu.

Brytek-Matera (2015) teigimu, nors ankstesni tyrimai rodo, jog ortoreksija susijusi su anoreksija, tačiau šios autorės nuomonė ortoreksija iš tiesų yra labiau susijusi su obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu. Kai kurie autoriai (Gleaves et al., 2013) kelia prielaidą, jog gali būti, kad ortoreksija yra obsesinio-kompulsinio sutrikimo rūšis. Kadangi ortoreksijos atveju atsiranda obsesijų (įkyrių minčių) susijusių su sveiko maisto pasirinkimu, valgiaraščio planavimu taip pat pasireiškia kompulsijos (veiksmai) daug laiko praleidžiama renkantis, gaminant ar valgant tinkamus, sveikus maisto produktus (Gleaves et al., 2013). Tačiau nėra aišku, ar ortoreksijos atveju obsesinės mintys sukelia nerimą, ar jų kompulsinis elgesys yra skirtas tą nerimą mažinti (Gleaves et al., 2013). Bet kokių atveju, yra randama reikšmingų šių dviejų sutrikimų panašumų bei yra manoma, jog obsesiniai-kompulsiniai simptomai gali prognozuoti ortoreksijos pasireiškimą (Brytek-Matera, 2015). Esant ortoreksijai pasireiškia tam tikri obsesiniai-kompulsiniai polinkiai, pavyzdžiui, pasikartojančios, įkyrios mintys, šiuo atveju, apie maistą, padidėjęs susirūpinimas užterštumu ir nešvarumais bei didelis poreikis pasirūpinti savo sveikata bei atlikti valgymo ritualus (Koven & Abry, 2015). Kitas panašumas yra tas, jog esant ortoreksijai, kaip ir turint obsesinį-kompulsinį sutrikimą, yra ribotas laikas skirtas kitai veiklai, kadangi esančios griežtos valgymo taisyklės pažeidžia normalią asmens rutiną ir visa kita veikla derinama pagal valgymo įpročius (Koven, Abry, 2015). Apžvelgus ortoreksijos, anoreksijos ir obsesinio-kompulsinio elgesio sąsajas, vis dar nėra aišku, ar šie sutrikimai panašūs tik savo pobūdžiu, ar gali vienas kitą prognozuoti. Be

to, tai tik keletas su ortoreksijos pasireiškimu siejamų veiksnių, aptariamų moksliniame lygmenyje. Tad, toliau apžvelgiami ir kiti veiksniai siejami su ortoreksijos pasireiškimu.

1.2. Ortoreksijos veiksniai

1.2.1. Socialiniai ir demografiniai veiksniai

Atsižvelgiant į atliktus tyrimus ir juose gautus rezultatus, manoma, kad yra tam tikros rizikos grupės susirgti ortoreksija. Kai kurių autorių teigimu ortoreksija yra linkusi plisti tarp žmonių, kurie taiko tam tikrus mitybos apribojimus, priskiria save veganams ar kitos mitybos rūšies atstovams, kurių vis daugėja (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Toliau trumpai apžvelgiama, kokios mitybos rūšies atstovai dažniausiai siejami su perdėtu susirūpinimu sveika mityba bei, kaip mitybos apribojimų taikymas gali būti susijęs su ortoreksija.

Žmonės, perdėtai susirūpinę savo mityba, iš savo raciono pašalina tam tikrus maisto produktus, kurie, pasidomėjus jų kilme, sudėtimi ar kitomis savybėmis, pasirodo „nešvarūs“ ir netinkami jų mitybai. Tad, mityboje po truputį lieka tik „švarūs“ produktai, tokiu būdu mityba tampa tarsi griežta dieta ir, dažnu atveju, asmuo tampa vegetaru, veganu, žaliavalgiu ar frugivoru (Zamora et al., 2005; Dell'Osso et al., 2016). Veganai – tai žmonės, kurie nevartoja jokių gyvūninės kilmės produktų (įskaitant medų, kiaušinius, pieną ir pieno produktus). Frugivorai – tai asmenys, kurie valgo vaisius, riešutus, tuo tarpu žaliavalgiai – tai vegetarai, kurie valgo termiškai neapdorotą maistą: daržoves, vaisius, riešutus, sėklas (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Toks požiūris, kuomet taikomi griežti mitybos apribojimai, veda į pavojų, nes kuo toliau, tuo daugiau maisto produktų pašalinama iš raciono, kol galiausiai gali nutikti visiškas kraštutinumas ir racione likti tik oras, kuris, beje, taip pat užterštas (Bratman & Knight, 2001).

Žinoma reikėtų atsižvelgti į tai, dėl kokių priežasčių asmuo atsisako vienokio ar kitokio produkto ar produktų grupės. Daugelis žmonių tiesiog tiki, kad, pakeitus savo mitybą, jie jausis geriau, padidės energijos lygis. Tuo tarpu, asmenys, turintys išreikštą ortoreksijos bruožų, gali neįtraukti įvairių maisto produktų į savo mitybos racioną dėl kiek kitokių priežasčių. Vieni, bijodami pesticidų, hormonų ar genetiškai modifikuotų produktų organizmo užterštumo (Ramacciotti et al., 2011). Kiti dėl dėmesio sutelkimo į gyvūnų galimai sukeltas ligas (pvz. paukščių gripą), augintojų naudojamų metodų ir medžiagų auginant gyvūnus. Treti, siekdami pagerinti savo sveikatą, gydytis ligas ar siekdami sumažinti kūno svorį (Zamora et al., 2005; Ramacciotti et al., 2011; Oberle et al., 2017). Mitybos apribojimų priežastys gali būti įvairios, tačiau kai kurie tyrimai patvirtina, jog tokių apribojimų taikymas gali prognozuoti mitybos sutrikimus. Barthels su kolegomis (2018) atliktas tyrimas ir jame gauti rezultatai patvirtina, jog asmenys, kurie taiko mitybos apribojimus (yra vegetarai, veganai, kt.) dėl etinių priežasčių, noro sumažinti kūno svorį ar kitų priežasčių, pasižymi didesniu ortoreksijos išreikštumu negu tie, kurie

mitybos apribojimų netaiko. Visgi reikia daugiau patvirtinančių tyrimų, jog vegetarizmas, veganizmas ar dažnas dietos(-ų) laikymasis yra kai kurių valgymo sutrikimų, pavyzdžiui ortoreksijos, rizikos veiksnys (Berthels et al., 2018).

Literatūro išskiriama ir kita rizikos grupė, turinti polinkį susirgti ortoreksija, tai – mitybos mokslo studentai (pavyzdžiui, dietetikos) ar medicinos studentai bei būsimi sveikatos priežiūros specialistai. Prielaida, jog minėtų studijų krypties atstovai turi didesnę tikimybę pasireikšti ortoreksijai yra keliama, tačiau gaunami atliktų tyrimų rezultatai yra nevieningi. Glaeves su bendraautorais (2013) teigimu, mitybos bei sveikatos srities studentai yra labiau suinteresuoti sveikos mitybos pasirinkimu, labiau supranta sveikos mitybos teikiamą naudą, šiai minčiai pritaria ir kiti autoriai (pavyzdžiui, Varga, 2017). Be to, atlikti tyrimai, rodo, jog ortoreksija pasireiškia nuo 6,9% (Donini et al., 2004) iki 45,5% (Bağcı Bosi et al., 2007) tarp medicinos specialistų, o tai leidžia kelti prielaidą, jog ortoreksijos pasireiškimas gali kilti studijų metu. Gleaves su kolegomis (2013) atlikę tyrimą patvirtino, jog mitybos bei sveikatos priežiūros specialistai, medicinos studentai turi aukštesnį ortoreksijos išreikštumą, lyginant su kitų disciplinų atstovais. Tuo tarpu Missbach su kolegomis (2015) nerado reikšmingų skirtumų tarp mitybos, sveikatos priežiūros studentų ir kitų krypties studentų. Tačiau minėti autoriai pastebėjo, jog apskritai, studentų imtyje ortoreksijos išreikštumas didesnis lyginant su ne studentų imtimi. Tad, kyla klausimas ar ortoreksijos pasireiškimas gali būti siejamas su jaunesniu („studentišku“) amžiumi, ar amžius nėra susijęs ir studentų imtis tiesiog patogi tyrėjams.

Vieningos nuomonės, ar ortoreksijos pasireiškimas susijęs su amžiumi, nėra. Vieni tyrėjai (pavyzdžiui, Valera et al., 2014) teigia, jog ortoreksijos pasireiškimas su amžiumi nėra susijęs, tuo tarpu kiti (Segura-Garcia et al., 2012; Turner & Lefevre, 2017) teigia, jog amžius yra reikšmingas ir ortoreksija siejama su jaunesniu suaugusio amžiumi. Pasak Vargos su kolegomis (2013), vyresnis amžius yra laikomas susijusiu su sveikesniu valgymo elgesiu apskritai. Taip pat, vis dar nėra aišku, ar ortoreksija pasireiškia dažniau vyrams ar moterims. Vieni autoriai (Varga et al., 2013; Valera et al., 2014; Brytek-Matera et al., 2015) teigia, jog ortoreksijos išreikštumas pagal lytį nesiskiria, tuo tarpu kiti autoriai su tuo nesutinka, kadangi savo atliktuose tyrimuose gauna kitokius rezultatus. Pavyzdžiui, Gramaglia su kolegomis (2019) teigia, jog jų tyrimai patvirtina, kad ortoreksijos pasireiškimas labiau susijęs su moteriška lytimi, o Oberle su kolegomis (2017) teigia, jog ortoreksija pasireiškia dažniau vyrų tarpe.

Prieštaringi rezultatai apie ortoreksijos pasireiškimą gaunami ir su kitais sociodemografiniais veiksniais, tokiais kaip: išsilavinimas bei šeiminei padėtis. Vieni tyrėjai neranda sąsajų tarp išsilavinimo ir ortoreksijos, kiti – nustato, jog didesnis ortoreksijos pasireiškimas siejasi su žemesniu išsilavinimu (Donini et al. 2004; Sanlier et al., 2016). Tuo tarpu yra tyrimų (pavyzdžiui, Brytek-Matera et al., 2015), kurie nustato, jog aukštesnis išsilavinimas mitybos, sveikatos srityje yra susijęs

su didesniu ortoreksijos pasireiškimu. Ortoreksijos tyrimuose nedidelis dėmesys skiriamas šeiminių padėties veiksniai. Daugelis tyrėjų neatsižvelgia į šį veiksni, laiko jį nereikšmingu, tuo tarpu kiti teigia, jog ortoreksijos išreikštumas dažniau pastebimas asmenų, neturinčių romantinių santykių tarpe (Varga et al., 2013). Ir nors tyrimuose neretai gaunami prieštaringi rezultatai, kurie sociodemografiniai veiksniai gali būti susiję su ortoreksijos pasireiškimu, visų prieš tai minėtų veiksnių neturėtume ignoruoti ir sąsajas reikėtų patyrinti plačiau.

1.2.2. Kūno vaizdas ir jo ryšys su ortoreksija

1.2.2.1. Kūno vaizdo samprata ir galimi veiksniai

Kūno vaizdas yra daugiakomponentis konstruktas. Ši prielaida kilo tuomet, kai 1950 metais P. Schilder savo darbuose tikino, jog kūno vaizdas nėra vien tik kognityvinis konstruktas, o taip pat ir požiūrio bei interakcijos su kitais atspindys (Grogan, 2001). Nuo to laiko tyrėjai kūno vaizdą pradėjo konceptualizuoti, kaip daugiamačią konstrukciją, apimančią savo kūno patrauklumo suvokimą, kūno dydžio ir ribų suvokimą bei kūno pojūčių suvokimą (Fisher, cit. pg. Grogan, 2001). Laikantis šio požiūrio kūno vaizdas buvo apibrėžiamas, kaip: „žmogaus suvokimas, mintys ir jausmai apie savo kūną“ (Grogan, 2001, p. 1). Toks apibrėžimas turėjo visus P. Schilder nurodytus elementus: kūno dydžio vertinimą (suvokimas), įvertintą kūno patrauklumą (mintys), emocijas, susijusias su kūno forma ir dydžiu (jausmai) (Grogan, 2001). Kūno vaizdą galima apibūdinti kaip pozityvių ir negatyvių emocijų vertinimą apie savo kūno dalis ir jų savybes, tad ir matuoti galima abu: tiek teigiamą savo kūno vaizdą (pasitenkinimą savo kūnu), tiek nepasitenkimą savo kūno vaizdu (Nayir et al., 2016). Pasak Nayir ir kitų (2016), daugiausiai tyrimų atliekama vertinant nepasitenkinimą savo kūno vaizdu. Remiantis Schilder kūno vaizdo apibrėžimu, Pruzinsky ir Cash sukūrė nepasitenkinimo kūno vaizdu apibrėžimą, kuris teigė, jog: „nepasitenkinimas kūno vaizdu tai – asmens negatyvios mintys ir jausmai apie savo kūną“ (Pruzinsky, Cash, cit. pg. Grogan, 2001, p. 2). Mutale su kolegomis (2016) teigia, jog nepasitenkinimas kūno vaizdu apima sprendimus apie kūno dydį, formą ir raumenų tonusą bei paprastai idealus kūno vaizdas (norimas kūnas) nesutampa su esamu kūno vaizdu. Tad, šis kylantis nesutapimas (nepasitenkinimas kūno vaizdu) gali neigiamai paveikti asmenį (pavyzdžiui, mažinti savivertę), bet tuo pačiu gali ir įkvėpti keistis, rinktis sveikesnį gyvenimo būdą. Pasak Nayir ir bendraautorių (2016), nepasitenkinimas kūno vaizdu, moksliniuose tyrimuose laikomas psichikos sveikatos problemų (pvz. valgymo sutrikimų) rizikos veiksniumi, o ne visuomenės sveikatos problema.

Nepasitenkinimą savo kūnu gali lemti keletas veiksnių. Kaip nurodo Stice ir Whitenton (2002), padidėjęs kūno riebalų kiekis, spaudimas būti lieknai (-a), liekno kūno, kaip tobulo kūno internalizacija ir socialinės paramos trūkumas lemia nepasitenkinimą savo kūno vaizdu.

Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu gali prognozuoti nesveikus valgymo įpročius ir elgesį susijusį su svorio mažinimu (Foreyt, 2010). Turintys atsvario žmonės dažnai siejami su nesveikais valgymo įpročiais. Tokie asmenys patiria patyčias, mūsų visuomenėje atsvario turėjimas laikomas gėda, apsileidimu, o kur dar įvairios ligos susijusios su per dideliu kūno svoriu. Taigi, asmuo turintis atsvario patiria įvairių, tiek fizinių, tiek psichologinių sunkumų, kurių norėtų nejausti. Tačiau dažniausiai žmonės imtis pokyčių skatina ne įvairūs sveikatos rodikliai, o būtent kūno vaizdas, o tiksliau nepasitenkinimas savo kūno vaizdu. Tad, daugelis moterų ir dalis vyrų apriboja save įvairiomis dietomis, stengdamiesi pasiekti tobulą kūną, tokį, kuris atitiktų visuomenės keliamus standartus.

Kūno vaizdas subjektyviai suvokiamas, tačiau kintantis elementas, tad, tam įtakos gali turėti žiniasklaida ir socialiniai tinklai. Žiniasklaida, rodanti itin lieknas moteris, kaip tobulo kūno standartą, daro didelę įtaką daugeliui asmenų, ypač jaunesnio amžiaus žmonėms. Tokiu būdu formuojamas iškreiptas supratimas apie kūno vaizdą, kuris gali sukelti nepasitenkinimą savo kūnu, depresiją ar valgymo sutrikimus (Foreyt, 2010). Vis labiau populiarėja socialiniai tinklai, kuriuose pateikiami vaizdai gali būti itin reikšmingai susiję su savo kūno vertinimu (Grogan, 2001). Internetu yra daugybė grupių ir puslapių, kurių turinys skatina tobulo kūno kultą (Murray et al., 2016). Dalijamasi įvairiomis motyvuojančiomis citatomis bei vaizdais, susijusiais su svorio mažinimu ar raumenų auginimu. Tokiose svetainėse skatinama rinktis „sveiką“ gyvenimo būdą, kuris padėtų pasiekti norimo kūno vaizdą. Bandoma perteikti žinią, jog tokiu gyvenimo būdu, kuris padeda artėti prie norimo kūno, reiktų didžiuotis.

Socialinių tinklų naudojimas taip pat palengvino informacijos dalijimąsi apie mitybos apribojimus, badavimą, organizmo valymą (detoksikacijas), o visa šie būdai dažniausiai siejami su svorio mažinimu (Murray et al., 2016). Prnjak su kolegomis (2019), atlikę tyrimą, gavo rezultatus, jog grožio idealai socialinėse medijose gali paskatinti socialinį lyginimąsi su kitais, o tai savo ruožtu gali kelti nepasitenkinimą savo kūno vaizdu bei lieknumo siekimą. Yra žinoma, kad moterys turi daugiau kognityvinių iškreipimų, susijusių su savo kūnu, daugiau nepasitenkinimo savo kūnu ir daugiau minčių apie svorio mažinimą (Paap & Gardner, 2011). Apskritai, moterys yra linkusios trokšti lieknesnių figūrų bei skirti daugiau laiko apmąstyti, kokio kūno norėtų, tai patvirtina ir Pranjak su kolegomis atliktas tyrimas (2019). Iš esmės, lieknumas yra sveikiau nei atsvaris (Grogan, 2001), tačiau lieknumas ne visada yra susijęs su sveikata. Derėtų atkreipti dėmesį ir į kitus sveikatos rodiklius, o tuo labiau jeigu to lieknumo siekiama ne pačiu tinkamiausiu būdu, pavyzdžiui, organizmą alinančia dieta, tai gali būti net žalinga. Įvairios dietos, mitybos apribojimai, kurių laikomasi dėl nepasitenkinimo savo kūno vaizdu gali prognozuoti valgymo sutrikimų pradžią, yra randama tai patvirtinančių tyrimų (pavyzdžiui, Diest & Perez, 2012; Mutale et al., 2016;

Soyoung, 2018). Tad, vertėtų atkreipti dėmesį į tai dėl kokių priežasčių asmuo laikosi mitybos apribojimų.

Nors klinikiniai valgymo sutrikimai paveikia nedidelę dalį visuomenės, tačiau neklinikinai, su rizika susiję simptomai, tokie kaip nepasitenkinimas savo kūno vaizdu, yra plačiai paplitę visuomenėje, ypač tarp merginų, moterų (Munoz et al., cit. pg. Prnjak et al., 2019, p. 2). Kadangi nepasitenkinimas savo kūno vaizdu yra valgymo sutrikimų prognostinis veiksnys, reikia atkreipti dėmesį į mitybos sutrikimų prevencines programas. Diest ir Perez (2012) savo tyrime nustatė, jog kognityvine disonanso teorija remtos sveiko svorio kontrolės prevencinės programos yra efektyvesnės už kitas valgymo sutrikimų programas. Šių autorių teigimu, akcentuojant sveiko svorio išlaikymo svarbą bei parodant neatitikimą tarp to, ką reikėtų daryti, norint palaikyti sveiką svorį bei žmogaus elgesio šiuo klausimu, asmuo gali būti skatinamas pradėti domėtis sveika mityba. Domėjimasis sveika mityba, tobulo kūno siekimas, nepasitenkinimas savo kūno vaizdu gali sukelti įvairių valgymo sutrikimų, vienas jų – nervinė ortoreksija.

1.2.2.2. Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ir ortoreksija

Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu dažnai skatina žmones imtis pokyčių, susijusių su mityba. Siekiant numesti svorio ne visuomet į pagalbą pasitelkiamos dietos. Kai kurie žmonės pradeda domėtis sveika mityba ir sveiku gyvenimo būdu, o ne laikytis dietų, norimiems pokyčiams įgyvendinti. Skiriama vis daugiau laiko ir dėmesio domėjimuisi sveika mityba. Informacijos apie sveiką mitybą ir sveiką gyvenimo būdą dažniausiai ieškoma internete, paskutiniu metu populiariu tai daryti socialiniuose tinkluose. Tyrimais įrodyta (pavyzdžiui, Turner & Lefevre, 2017), kad socialinių medijų naudojimas daro neigiamą poveikį asmens kūno vaizdo suvokimui, skatina socialinį lyginimąsi bei gali prisidėti prie valgymo sutrikimų atsiradimo. Vienas iš tokių valgymo sutrikimų yra ortoreksija, kurios paplitimas, kaip teigia Turner ir Lefevre (2017), dažnai pastebimas populiacijoje, besidominčioje savo sveikata, kūno vaizdu. Plichta su kolegomis teigimu (2019), būtent nepasitenkinimas kūno vaizdu, iškreiptas kūno vaizdo suvokimas ir nuolatinis noras sulieknėti gali prisidėti prie ortoreksijos atsiradimo. Nustatyta, jog kūno vaizdas reikšmingai prognozuoja gyvenimo kokybę (Nayir et al., 2016), žinant, jog nepasitenkinimas savo kūno vaizdu gali prisidėti prie ortoreksijos atsiradimo derėtų stebėti, jog domėjimasis sveika mityba bei svorio mažinimas nevirstų sutrikimu.

Ortoreksiją dažnai sukelia elgesys, kurio imamasi norint pagerinti fizinę būklę, sumažinti kūno svorį ar išvengti tam tikrų ligų (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Nors, autorių teigimu, ortoreksijai būdingas elgesys dar gali prasidėti dėl virškinimo problemų ar įvairių alergijų, dėl kurių tenka pakeisti mitybą, pereiti prie sveikesnės mitybos. Tačiau vis dar nėra vieningos nuomonės, ar ortoreksijos atsiradimą gali sąlygoti noras sumažinti svorį. Nors pačių ortoreksijos apibrėžimo

autorių teigimu, noras sumažinti kūno svorį gali būti susijęs su ortoreksijos pasireiškimu. Tačiau tų pačių autorių (Bratman & Knight, 2001) bei daugelio kitų autorių (pavyzdžiui, Zamora et al., 2005; Valera, 2014; Avser, 2017) teigimu – ortoreksijos atveju yra susitelkiama ne į svorio mažinimą, o į maisto kokybę. Dalis autorių teigia, jog nepasitenkinimas savo kūno vaizdu, noras sulieknėti yra vienas iš faktorių, galinčių prisidėti prie ortoreksijos atsiradimo (Plichta et al., 2019). Kiti mano, kad noras sumažinti kūno svorį nėra ortoreksijos priežastis, o ortoreksija atsiranda dėl rūpinimosi savo sveikata. Gali būti ir taip, jog, kuomet pradedama rūpintis sveika mityba ir keičiant mitybos įpročius, svoris pradeda kisti savaime. Tad, taip ir lieka neaišku, ar noras sulieknėti yra ortoreksijos priežastis, pasekmė ar gali būti šių dviejų veiksnių (priežasties ir pasekmės) dermė. Remiantis jau atliktais tyrimais bei literatūros analize, pastebėta, jog kūno vaizdas bei nepasitenkinimas juo gali būti susiję su ortoreksija. Tad, šiame darbe bus siekiama išnagrinėti, kokią reikšmę nepasitenkinimas savo kūno vaizdu turi ortoreksijos pasireiškimui

1.2.3. Susirūpinimas savo sveikata ir ortoreksija

1.2.3.1. Susirūpinimas savo sveikata ir hipochondrija

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 1946 m. sveikatą apibrėžė kaip „visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimą“ (Grad, 2002, p. 984). Kadangi fizinė gerovė yra svarbus elementas, tad, nenuostabu, kad dauguma žmonių patiria nerimą keliančių išgyvenimų susijusių su sveikata (Abramowitz et al., 2007). Šiame darbe sveikatos nerimas ar nerimas dėl sveikatos (angl. *health anxiety*) vadinamas susirūpinimu savo sveikata. Nors sveikata tai daugiau nei ligų nebuvimas, tai dvasinė, psichologinė gerovė, tačiau žmonės labiausiai linkę rūpintis savo fizine sveikata. Viena iš priežasčių gali būti, jog fizinė sveikata yra labiausiai „apčiuopiama“, lengviausiai pastebimi jos simptomai. Nors kartais fizinius negalavimus sukelia psichologiniai veiksniai. Žmogus pastebi somatinius simptomus, neįvertindamas savo psichologinės būklės, išgyvenimų, streso, kuris galimai ir sukėlė tuos simptomus. Nors, asmenims, kurie serga įvairiomis ligomis dažnai nurodoma stebėti savo kūną bei simptomų pasireiškimą, kad būtų galima kontroliuoti ligos eigą ar pasireiškimą (Abramowitz, et al., 2007). Tačiau yra žmonių, kurie perdėtai kreipia dėmesį į kiekvieną kūno pojūtį, jaučia įvairius simptomus, kurių kartais realiai net nėra, bet žmogui atrodo, kad yra. Intensyvus susirūpinimas savo sveikata, nesant organiniems pakitimams, pavyzdžiui, tuomet, kai asmuo įsivaizduoja, jog sunkiai serga ir klaidingai interpretuoja savo kūno pojūčius (pavyzdžiui, pajutęs galvos skausmą, mano, kad jam smegenų auglys) gali reikšti hipochondriją (Abramowitz, et al., 2007). Tad, kiekvieno asmens dėl sveikatos būklės patiriamas nerimo lygis skiriasi.

Susirūpinimas savo sveikata gali varijuoti nuo lengvo rūpesčio iki stipriai išreikšto nerimo (Warwick & Salkovskis, cit. pg. Kōteles & Simor, 2014, p. 21). Viename kontinuumo gale lengvas susirūpinimas savo sveikata, kitame – nuolatinis ir sunkus nerimas dėl savo sveikatos, vadinamas hipochondrija (Muse et al., 2010). Esminis hipochondrijos bruožas – „susirūpinimas, įsitikinimas ar nerimas, kad sergi kokia nors liga be objektyvaus organinio pažeidimo ir medikų nuraminimo, jog nesergi“ (Warwick & Salkovskis, 1990, p.105). Minėtų autorių teigimu, nerimas yra susijęs su neteisingu kūno pojūčių ir pokyčių suvokimu, kuris priimamas, kaip ligos įrodymas. Normalu yra jausti nerimą, susijusį su savo sveikata, kuomet susiduri su, atrodo, nepaaiškinamais, kūno pokyčiais. Tačiau tokie sveikatos nerimo epizodai paprastai būna trumpalaikiai. Pasak Salkovskį su kolegomis (2003), tokie simptomai gana greitai išnyksta, raminanti informacija iš gydytojo (-ų) priimama su palengvėjimu ir savo ruožtu nerimas dėl sveikatos būklės dingsta. Tačiau hipochondrija sergantiems asmenims toks nerimas neišnyksta, jie gali ilgą laiką ruminuoti galimų kūno simptomų padarinius – ilgą laiką apie tai galvodami, jie vis labiau įsitikina, kad jie iš tiesų serga pavojinga liga (Salkovskis et al., 2003). Nors nerimas turi įgimtą savo funkciją – apsaugoti organizmą nuo sužalojimų bei kitokių organizmo pažeidimų (Abramowitz et al., 2007), tačiau hipochondrijos atveju šie nerimą keliantys asmens įsitikinimai gali būti visiškai nepagrįsti.

Nors hipochondrija priskiriama somatoforminiams sutrikimams, tačiau atsižvelgiant į fenomenologinius ir pažintinius (kognityvinius) procesus, tai greičiausiai sunkaus ir nuolatinio nerimo, nukreipto į sveikatą, forma (Salkovskis et. al., 2003). Autoriai bando susirūpinimą savo sveikata aiškinti specifine kognityvine elgesio koncepcija. Teorija teigia, kad nerimas dėl sveikatos yra rezultatas tam tikrų psichikoje vykstančių procesų, palaikančių katastrofiškus scenarijus ir interpretacijas, kurios ir sukelia tą nerimą. Asmenys, patiriantys stiprų ir nuolatinį susirūpinimą savo sveikata, turi polinkį neteisingai interpretuoti kūno simptomus ir pokyčius (Salkovskis et. al., 2003), hipochondriškiems asmenims nerimas dėl ligos išlieka net ir sveikatos priežiūros specialistui patvirtinus, jog jų sveikatos rodikliai puikūs (Muse et al., 2010). Salkovskio su bendraautoriais (2003) teigimu, hipochondrija kelia distresą, kuris gali trukdyti pacientams funkcionuoti socialinėse, profesinėse ar kitose svarbiose gyvenimiškose srityse. Taigi, perdėtas susirūpinimas savo sveikata yra siejamas su tuo, jog asmuo yra įsitikinęs, kad serga arba gali susirgti kokia nors fizine liga, o tai sukelia didelį nerimą bei trukdo funkcionuoti.

Kaip jau buvo minėta, daugelis hipochondriškų žmonių mano, jog jie, nepaisant visų faktų, vis tiek serga ir yra linkę bandyti rasti atsakymą, kokia liga jie galimai serga. Tad, šiais technologijų laikais reikiamos informacijos ieškoma internete. Taip atsirado nauja hipochondrijos atmaina – kiberchondrija (angl. *cyberchondria*), kuri gali pasireikšti žmonėms, internete nuolat ieškantiems informacijos apie ligas bei jų simptomus ir dėl to patiriantiems išgastį bei nerimą (Lanseng & Andreassen, cit. pg. Tautvaišaitę ir Gaižauskienę, 2017). Dažnu atveju nutinka taip, jog, internete

prisiskaitę apie vienokią ar kitokią ligą, jie tarytum pradeda jausti simptomus, kurie būdingi tai ligai arba jausdami kažkokius simptomus, skaito apie juos internete ir tokiu būdu „diagnozuoja“ sau ligą. Nors vieniems asmenims, esant hipochondrijai gali pasireikšti noras tikrintis simptomus ir įrodyti savo ligą. Tuo tarpu kitiems, toks tikrinimas internete gali sukelti pernelyg didelę baimę dėl galimos ligos ir tai gali būti susiję su tuo, kad asmuo imasi nepalankaus sveikatai elgesio (pavyzdžiui, rūko, vartoja alkoholį) (Sirri et al., 2015). Tad, labai svarbu, jog asmuo savo sveikatą vertintų remiantis savo pojūčiais, realia būkle, o ne ieškodamas atsakymų internete. Apskritai, subjektyvus savo sveikatos vertinimas yra vienas pagrindinių veiksnių imantis tolimesnių priemonių savo sveikatai gerinti/kontroliuoti (Williams, 2004). Pasak autorės, savo sveikatos ir galimos ligos vertinimas daro įtaką tolimesniam rūpinimuisi savimi: prisideda prie sprendimo kreiptis ar nesikreipti į medikus, naudotis ar nesinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis ir kt. Todėl svarbu, jog subjektyvus sveikatos vertinimas buvo kuo tikslesnis, o ne hiperbolizuotas.

Yra žinoma, jog susirūpinimas savo sveikata varijuoja nuo švelnaus susirūpinimo iki vieno iš kraštutinumų – hipochondrijos. Vienaip ar kitaip, kiekvienas žmogus bent kartais susirūpina savo sveikata. Vieni, net ir sirgdami realia fizine liga, yra linkę pernelyg nesirūpinti savo sveikata iki kol pajaučia nemalonius simptomus, kurie trukdo užsiimti įprasta kasdiene veikla. Tuo tarpu kiti, net ir neturėdami realios ligos, į kiekvieną simptomą reaguoja jautriai. Yra žmonių, kurie stengiasi užkirsti kelią bet kokiai ligai ir savo sveikata rūpinasi kasdien: skiria dėmesio savo mitybai, fiziniam aktyvumui, darbo – poilsio režimui, vengia žalingų įpročių ir panašiai. Tad, dėl aukščiau minėtų priežasčių, perdėtas asmenų susirūpinimas savo sveikata gali peraugti į hipochondriją arba skatinti keisti savo su sveikata ir gyvensena susijusį elgesį, įskaitant mitybą, ir taip paskatinti ortoreksijos atsiradimą.

1.2.3.2. Susirūpinimo savo sveikata reikšmė ortoreksijai

Didėjant susirūpinimui savo sveikata bei sveika mityba, tyrėjai bando šį reiškinį paaiškinti, įtraukiant sąmoningumo elementą. Haman su kolegomis (2015), atlikę literatūros apžvalgą, ortoreksiją bando aiškinti per sveikatingumo (angl. *healthism*) prizmę. Sveikatingumo terminą 1980 metais apibrėžė Crawford, aprašydamas tų laikų sąmoningą požiūrį į sveikatą (angl. *health consciousness*) (Haman et al., 2015). Sveikatingumas siejamas su tuo, jog akcentuoja individualią atsakomybę už sveikatą, keliami prielaida, kad sveikatą galima pasiekti sutelkiant dėmesį į kūno dydį ir formą, laikantis disciplinos ir tam tikro moralinio elgesio (Haman et al., 2015). Haman su kolegomis (2015), remdamiesi kitų autorių darbais, teigia, jog sveikatingumas skatina vengti rizikos veiksnių, galinčių sukelti įvairias ligas, reguliariai mankštintis bei turėti sveikus mitybos įpročius. Taigi, pasak sveikatingumo koncepcijos reguliarius mankštinimasis ir sveika mityba – sveikatos ženklas. Kaip teigia Brytek-Matera ir kiti (2015), ortoreksija gali būti laikoma ypatinga

sveikatingumo forma. Sveikatingumui būdinga, jog sveikata susidomėjęs asmuo ieško informacijos apie sveikatą ir ligas knygoje, žurnaluose, internete. Taip pat, tiek ortoreksijos atveju, tiek siekiant sveikatingumo, asmenys pasirenka sveikatai palankesnę gyvenimo būdą, pavyzdžiui, reguliariai mankština, laikosi dietos, kuri atitinka mitybos rekomendacijas. Kai kurie vartoja maisto papildus ir alternatyvius vaistus, kuriems priskiriamos natūralios savybės bei laikosi įvairių detoksikuojančių dietų, norėdami išvalyti savo organizmą (Brytek-Matera, 2015). Dalis žmonių, remdamiesi savo įsitikinimais, atsisako tam tikrų maisto produktų be realaus sveikatai pavojingo pagrindo jų atsisakyti.

Per pastaruosius dešimtmečius, kaip teigia Missbach su kolegomis (2016), padaugėjo žmonių, kurie teigia, jog netoleruoja arba yra alergiški tam tikriems produktams. Taigi, žmonės renkami atsakingiau, kruopščiau, ką valgyti ir kokių produktų vengti, jog išlaikytų gerą sveikatos būklę (Missbach et al., 2016). Missbach su kolegomis (2016), remdamiesi kitų autorių darbais, teigia, jog prie šio sveikatingumo (angl. *healthism*) judėjimo, noro palaikyti sveikatą prisidėjo socialinė erdvė ir nauji įsitikinimai apie mitybą. Minėtų autorių teigimu, kai kurie įsitikinimai nėra tiksliai mokliškai pagrįsti, pavyzdžiui, ar produktai be gliuteno (taip pat dar vadinamo glitimu) yra sveikesni asmenims nesergantiems celiakija už produktus turinčius jo. Taip pat vis dar nėra aišku, kiek iš tiesų žmonių netoleruoja gliuteno, o kiek iš jų tiesiog mano, kad gliutenas netinka jų mitybai. Tad, dažnai asmens mitybos pasirinkimas yra siejamas su jo įsitikinimais. Pasiseka, jeigu tie įsitikinimai yra sveikatai palankūs, tačiau kai kurie įsitikinimai mitybos atžvilgiu gali neturėti jokio poveikio arba, tam tikrais atvejais, sukelti daugiau žalos nei naudos organizmui.

Nors sveika mityba gali teigiamai paveikti sveikatą, tačiau tai taip pat gali sukelti ir neigiamų padarinių žmogaus sveikatai. Įvairūs mitybos apribojimai gali sukelti mitybos sutrikimus, sąlygoti svorio netekimą (iki nepakankamo kūno svorio) (Olejniczak & Skonieczna, 2018), sukelti virškinimo sistemos problemų, sutrikdyti hormonų pusiausvyrą, metabolinius procesus, kt. (Plichta & Jezewska-Zychowicz, 2019). Dėl nepilnavertės mitybos organizmui pradeda trūkti maisto medžiagų, reikalingų jo veiklai. Kaip teigia Olejniczak ir Skonieczna (2018), taikant specifinius mitybos apribojimus, organizmui gali pradėti trūkti geležies, vitamino B12 bei baltymų. Visi organizmo pokyčiai, atsiradę dėl ortoreksijos padarinių, gali sukelti gretutinių sveikatos problemų (Varga, 2017) ir tuo pačiu prisidėti prie įvairių organizmo sutrikimų atsiradimo, pavyzdžiui, žarnyno veiklos sutrikimo, gali pasireikšti bendras silpnumas, įvairūs skausmai ir panašūs simptomai (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Dar gali nutikti ir taip, jog ortoreksijos atveju, asmuo didelę laiko dalį skiria sveikai mitybai, tad lieka mažai laiko kitiems su sveikatos išlaikymu susijusiems elementams (Brytek-Matera et al., 2015). Kitaip tariant, susitelkus į sveiką mitybą, asmuo gali nekreipti dėmesio į tai, jog ne tik sveika mityba gali palaikyti sveikatą. Būna ir taip, kad asmuo perdėtai rūpinasi tiek savo sveikata (pasireiškia hipochondrija), tiek sveika mityba (pasireiškia

ortoreksija). Tuo tarpu yra tyrimų (pavyzdžiui, Olejniczak & Skonieczna, 2018), rodančių, jog ortoreksijos atsiradimas siejamas su hipochondrija.

Susirūpinimas sveika mityba bei kūno vaizdu retai vertinamas, kaip vienas iš hipochondrijos aspektų, tačiau, kai kurių autorių (Segal, 2008) teigimu, tai galima laikyti hipochondrijos rūšimi. Žinome, jog hipochondrijai būdingas susirūpinimas savo sveikata, tuo tarpu ortoreksijos atveju – susirūpinimas sveika mityba, kuri taip pat yra susijusi su sveikata. Kitaip tariant, ortoreksijos atveju, asmeniui gali pasireikšti hipochondrija mitybos srityje. Analizuojant hipochondrijos ir ortoreksijos reiškinius, galime pastebėti ir daugiau šių konstruktyvų panašumų. Buvo pastebėta, jog kai kurie skirtingi sutrikimai, pavyzdžiui hipochondrija, kūno dismorfinis sutrikimas, dalis valgymo sutrikimų (tarp jų ir ortoreksija), turi bendras savybes: asmenys pasižymi obsesiniu mąstymu ir/ ar kompulsyviu elgesiu (Bartz & Hollander, 2006). Ir nors prieš tai minėtų sutrikimų obsesinių minčių turinys gali skirtis nuo diagnozuojamo obsesinio – kompulsinio sutrikimo, tačiau visi tie sutrikimai, minėtų autorių teigimu, gali būti laikomi obsesinio kompulsinio elgesio išraiška. Oberle ir kitų (2018) teigimu, perdėtai susirūpinusių savo sveika mityba asmenų obsesijos ir kompulsijos yra susijusios su sveika mityba ir apima tai, ką, kaip ir kada jie valgo. Šis reiškinys dažniausiai vadinamas ortoreksija, nors tai glaudžiai susiję su hipochondrijos bruožais. Įvairių obsesinių minčių, susijusių su sveikata bei sveika mityba, gali pasireikšti ir kituose srityse. Pavyzdžiui, sporte, fizinėje veikloje, mankštos atlikime (Segal, 2008). Esant hipochondrijai mitybos atžvilgiu, suvalgius netinkamo maisto, atsiranda hiperkompensacija sportu, bandoma „išsportuoti“ kiekvieną suvartotą kaloriją. Taip pat gali pasireikšti savęs baudimu – kurį laiką asmuo badauja, norėdamas išsivalyti nuo suvalgyto netinkamo produkto.

Kaip teigia Segal (2008), kai kurie asmenys galvoja, kad nepakankamai gerai atrodo ir yra hipochondriški kūno vaizdo tobulumo siekimui. Tai dažniausiai siejama su kūno dismorfiniu sutrikimu, kuris yra laikomas hipochondrijos rūšimi. Kitas panašumas yra tas, kad tiek hipochondrija, tiek ortoreksija iš esmės siejama su nerimo sutrikimais. Hipochondrija labiau susijusi su nerimu dėl savo sveikatos (susirūpinimo savo sveikata), o ortoreksija su susirūpinimu sveika mityba (nors sveika mityba taip pat yra su sveikatos išlaikymu susijęs elementas). Galiausiai, tiek hipochondrija (Sirri et al., 2015), tiek ortoreksija (Barthels et al., 2015) susijusi su sumažėjusia psichologine gerove bei psichologiniu distresu. Nors tyrėjai randa vis kitų požiūrio taškų, kaip hipochondrija ir ortoreksija yra susijusios, tačiau vis dar labai trūksta empirinių tyrimų patvirtinančių, jog hipochondrija gali prognozuoti ortoreksijos pasireiškimą. Kadangi tiek hipochondrija, tiek ortoreksija yra kontinuumo dalis, sunku yra suprasti, kur elgesys, mintys ir įsitikinimai yra susiję su rūpinimusi savo sveikata, o kur jau peržiangama sutrikimo riba. Visgi, nors šiuo metu negalime daryti griežtų išvadų apie ortoreksijos ir hipochondrijos priežastingumo ryšių, kadangi abu reiškiniai gali priklausyti nuo kitų veiksnių (pavyzdžiui, polinkio į obsesinį-

kompulsinų elgesį, kt.), tačiau galime teigti, kad perdėtas susirūpinimas sveikata ir mityba yra susiję reiškiniai, kurie gali sukelti tam tikrų padarinių.

1.3.Ortoreksijos pasekmės žmogaus sveikatai ir gerovei

Kai kurie tyrėjai (pavyzdžiui, Bratman & Knight, 2000; Dunn & Bratman, 2016; Oberle & Lipschuetz, 2018) teigia, kad ortoreksija yra obsesinio mąstymo apie sveiką maistą pasekmė. Ortoreksiją apibūdina būtent obsesinės savybės, o ne noras sveikai maitintis (Bratman & Knight, 2001). Prieš tai minėtų autorių teigimu, šis obsesinis susitelkimas apima psichinį (protinį) susirūpinimą ir kompulsyvų elgesį, susijusį su mitybos apribojimais, kurie, laikui bėgant, tampa vis dažnesni ir griežtesni. Pasak Oberle ir Lipschuetz (2018), klinikinės praktikos atstovai bei šio konstrukto tyrėjai nurodo, jog, nors mitybos apribojimai, yra taikomi siekiant optimalios fizinės sveikatos, tačiau rezultatai dažnai būna neigiami. Autoriai (Bratman & Knight, 2000; Dunn & Bratman, 2016; Oberle & Lipschuetz, 2018) nurodo, jog taikomi mitybos apribojimai gali skatinti netinkamos mitybos vystymąsi, sukelia stiprius nemalonius jausmus (pavyzdžiui, gėdos jausmą nusižengus savo mitybos taisyklėms), taip pat gali sukelti problemas, susijusias su socialiniais santykiais.

Po truputį galvojimas apie tai, ką valgyti, kiek valgyti, kokios bus valgymo pasekmės (pvz. numes ar priaugs svorio) tampa pačia svarbiausia gyvenimo dalimi. Bratman ir Knight (2001) teigimu, žmogaus jaučiasi tarsi „apsėstas“ įkyrių minčių, susijusių su sveiku maistu. Ortoreksijos atveju žmogus tarsi nebepamato laiko perspektyvos, kiek laiko jis praleidžia galvodamas apie sveiką mitybą ir kiek prasmės tam suteikia. Galiausiai tokie asmenys, pasak minėtų autorių, didžiąją savo laiko dalį skiria maisto planavimui, sveikų produktų pirkimui, maisto gaminimui bei valgymui. Tai pradeda trukdyti kitoms gyvenimo sritims (pavyzdžiui, karjerai/darbui, laisvalaikiui, santykiams) bei sumažina interesų sritį, todėl galima sakyti, kad šis reiškinys tampa valgymo sutrikimu (Bratman & Knight, 2001). Toks perdėtas susirūpinimas savo mityba gali ne tik apsunkinti su mityba susijusius procesus, bet taip pat trikdyti ir žmogaus kasdienį funkcionavimą bei atsiliiepti socialiniams santykiams.

Asmenys su išreikšta ortoreksija, atsižvelgiant į griežtas ir ribojančias savo mitybos taisykles, vengia restoranų ar kitų socialinių susibūrimų, kuriuose gaminamas maistas neatitinka asmens vidinių taisyklių sveikos mitybos klausimu (Zamora et al., 2005; Oberle & Lipschuetz, 2018). Be to, tokie asmenys pradeda vengti vakarėlių pas draugus, o jeigu jau į tokius vyksta, tuomet su savimi atsineša savo pačių gamintų patiekalų (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Žinant, jog valgymas yra socialinis elgesys daugelyje kultūrų, vengimas susiburti vakarienei ar pietums, kaip teigia Oberle ir Lipschuetz (2018), gali sukelti socialinę atskirtį nuo šeimos, draugų, romantinių partnerių. Taigi, laikymasis griežtų savo paties sugalvotų mitybos taisyklių bei buvimas nelanksčiu

tarp kitų asmenų, kurie turi kiek kitokius įsitikinimus apie mitybą, gali apriboti socialinius ryšius, nepatenkinti asmens susietumo poreikio bei vesti prie socialinės izoliacijos.

Ortoreksija, kaip ir kiti valgymo, elgesio sutrikimai gali sukelti nemažai šiame darbe dar neaptartų psichologinių, fiziologinių bei socialinių pasekmių bei kitų sutrikimų. Kaip teigia Varga (2017), ortoreksija gali sukelti gretutinių sutrikimų, pavyzdžiui, nerimo sutrikimą, depresiją ar kitokių valgymo ir su kūno vaizdu susijusių sutrikimų. Iš čia kyla daugelis problemų, nuo sumažėjusios savivertės iki alinančių dietų, norint atitikti visuomenės kūno vaizdu keliamus standartus. Kaip žinoma, dabartinė visuomenė daug dėmesio skiria kūno vaizdui, tad asmenys dažnai pradeda domėtis sveika mityba dėl to, jog yra nepatenkinti savo kūno vaizdu, nori jį pakeisti. Taip pat žinoma, jog mityba ir fizinis aktyvumas yra pagrindiniai faktoriai, norint koreguoti kūno vaizdą. Tačiau, perdėtai susirūpinus sveika mityba, tai gali virsti sutrikimu, pasireikšti ortoreksija, kuri, taip pat kaip ir kiti sutrikimai, gali sukelti nemažai psichologinių problemų, mažinti psichologinę gerovę.

1.3.1. Psichologinės gerovės samprata

Prisimenant PSO sveikatos apibrėžimą, galime teigti, jog psichologinė gerovė yra vienas iš svarbių aspektų vertinant žmogaus sveikatą. Psichologinės gerovės apibrėžimų yra įvairių, priklausomai nuo to, kokia teorinė kryptis pasirenkama. Psichologinėje literatūroje išskiriami du pagrindiniai požiūriai – hedoninis ir eudaimoninis. Hedoninis psichologinės gerovės požiūris apibūdina gerovę, kaip „teigiamo poveikio būvimą ir neigiamo poveikio nebuvimą“, tuo tarpu eudaimoninėje perspektyvoje gerovė vertinama kaip „visiško psichologinio aktualizavimo, iš kurio žmonės išsiugdo visą savo potencialą, pasekmė“ (Vázquez et. al., 2009, p. 15). Kitaip tariant, hedoniniu požiūriu psichologinė gerovė siejama su laimingumu ir apibrėžiama per malonių potyrių siekimą ir skausmo vengimą (Ryff & Deci, cit. pg. Kaliauskaitę ir Bulotaitę, 2014). Šio požiūrio atstovai mano, kad gerovė susideda iš malonumo ar laimės ir dažniausiai tai vadina subjektyvia gerove (Šarakauskienė ir Bagdonas, 2011). Subjektyvi gerovė apima tris sritis: emocines reakcijas (patiriamos malonios/nemalonios emocijos), pasitenkinimas konkrečia sritimi (pvz. darbas, šeima, finansinė būklė, kt.) ir bendras pasitenkinimas gyvenimu (pasitenkinimas dabartiniu gyvenimu, praeitimi, noras keisti kažką). (Diener et. al., 1999). Pasak Kaliauskaitės ir Bulotaitės (2014), aukšta subjektyvi gerovė būdinga asmeniui, kurio teigiami emociniai išgyvenimai yra intensyvūs, o pasitenkinimas gyvenimu didelis. Taigi, tiek psichologinei gerovei, tiek asmens sveikatai svarbus emocijų balansas, išgyvenamų jausmų intensyvumas bei pasitenkinimas savo veikla ir gyvenimu.

Tuo tarpu eudaimoniniu požiūriu, gerovė yra apibūdinama kaip siekis realizuoti žmogiškąjį potencialą, savo tikrąją prigimtį ir visa tai vadinama psichologine gerove (Ryan & Deci, Ryff, cit. pg. Šarakauskienę ir Bagdoną, 2011). Vienas ryškiausių šio požiūrio atstovų C. Ryff, kuris pateikė

daugiadimensį psichologinės gerovės konstrukta, apimančią šešias pozityvaus psichologinio funkcionavimo sritis: savęs priėmimą, teigiamus santykius su kitais, autonomiją, aplinkos kontrolę, gyvenimo tikslą ir asmeninį augimą (Kaliatkaitė ir Bulotaitė, 2014). Pasak C. Ryff, žvelgiant iš istorinės psichologinės gerovės matavimų perspektyvos, gerovės matavimams trūko teorinio pagrindo ir buvo pamiršta svarbūs pozityvaus funkcionavimo aspektai (Vázquez et. al., 2009). Siūlydamas psichologinės gerovės terminą atskirti nuo subjektyvios gerovės, C. Ryff bandė gerovę apibūdinti, kaip tikrojo asmens potencialo vystymąsi (Ryff, cit. pg. Vázquez et. al., 2009). Tokiu būdu laimė ar psichologinė gerovė yra ne pagrindinė asmens motyvacija, o gero gyvenimo rezultatas (Ryff & Keyes, cit. pg. Vázquez et. al., 2009). Yra daugelis faktorių, kurie gali prisidėti prie psichologinės gerovės vystymosi, tačiau taip pat yra ir tokių faktorių, kurie siejami su psichologinės gerovės prastėjimu.

Nepaisant to, ar gerovė vertinama hedoniniu ar eudaimoniniu požiūriu, psichologinė gerovė vaidina svarbų vaidmenį užkertant kelią fizinėms būklėms ir ligoms bei atsigaunant po iškilusių sunkumų (Vázquez et. al., 2009). Tad, derėtų atkreipti dėmesį į faktorius, susijusius su psichologine gerove sveikatingumo srityje. Fizinio aktyvumo ir sveikos mitybos įpročių derinys gali turėti teigiamą poveikį sveikatai, psichologinei gerovei, tačiau, esant perdėtam dėmesiui sveikai gyvensenai, gali kilti priklausomybė nuo sporto ar ortoreksija. Kalbant apie sportą, Rudolph (2018), remdamasi kitų autorių darbais teigia, kad reguliarus fizinis aktyvumas teigiamai susijęs su psichologine gerove, mažina nerimo simptomus bei gerina fiziologinius rodiklius. Tuo tarpu nepasitenkimas savo kūno vaizdu gali pabloginti psichologinę gerovę, sumažinti gyvenimo kokybę bei prisidėti prie valgymo sutrikimų atsiradimo (Jauregui-Lobera & Bolanos-Rios, 2011). Savo ruožtu, sveika mityba sumažina riziką susirgti lėtinėmis ligomis (Rudolph, 2018). Tačiau perdėtas susirūpinimas sveika mityba (ortoreksija) yra siejamas su neigiamomis psichologinės gerovės pasekmėmis. Apibendrinant galima teigti, kad reguliarus fizinis aktyvumas bei sveika mityba yra pagrindiniai sveikos gyvensenos elementai, kurie yra naudingi tiek fizine, tiek psichologine prasme. Visgi, per didelis sportavimo krūvis ar nepasitenkinimas savo kūno vaizdu gali turėti neigiamų pasekmių. Taip pat ir per didelis susirūpinimas sveikata (hipochondrija) ar sveika mityba (ortoreksija) gali atsiliiepti psichikos sveikatai bei psichologinei gerovei.

1.3.2. Psichologinės gerovės ryšiai su ortoreksija

Ortoreksija daro neigiamą įtaką asmens gyvenimo kokybei (Donini et al. 2005). Sveika mityba gali prisidėti prie asmens sveikatos bei psichologinės būsenos, tačiau per didelis susirūpinimas sveika mityba gali tapti sutrikimu. Šis sutrikimas (ortoreksija), dažnai lydimas negatyvių psichologinių ir socialinių pasekmių (Brytek-Matera, 2012; Avser, 2017). Asmenys,

kuriems būdinga ortoreksija, neretai patiria psichologinių sunkumų. Kaip teigia Mathieu (2005), asmenys patiria didelį nusivylimą, kuomet sutrinka jų su maistu susijusi rutina, patiria pasibjaurėjimą, kai maistas būna ne toks „grynas“ ar švarus, kaip jie manė. Taip pat jaučia kaltės jausmą bei savęs gailėjimosi jausmą, kai nusižengia savo mitybos taisyklėms (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Esant ortoreksijai asmeniui gali pasireikšti nerimas (Avsar, 2017), nuotaikos svyravimai ar net depresija (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Mathieu (2005) teigimu, visi šie jausmai susiję su tuo, jog asmuo nuolat siekia tobulai maitintis bei yra susirūpinęs savo sveikata. Be visų šių nemalonių jausmų, ortoreksija taip pat gali sukelti distresą bei kitas psichosocialines problemas.

Kaip jau buvo minėta, ortoreksija gali sukelti problemų šeimoje, silpninti socialinius santykius ar net sukelti socialinę izoliaciją (Barthels et al., 2015; Varga, 2017). Dažniausiai santykių problemos susijusius su požiūrių, įsitikinimų nesutapimu tarp skirtingų asmenų, iš kurių vienas laikosi griežtų mitybos apribojimų, taisyklių bei turi kiek kitokius įsitikinimus mitybos klausimu. Ortoreksiją sergantys žmonės gali patirti socialinę izoliaciją dėl keletos priežasčių (Bratman & Knight, 2001). Autorių teigimu, ortoreksija sergantys žmonės jaučiasi pranašesni už kitus dėl savo sveikos mitybos (Donini et al., 2004). Bei yra linkę vertinti kitus pagal savo mitybos pasirinkimą (Skonieczna, 2018). Valgant su kitais žmonėmis, ortoreksijos bruožų turintys asmenys yra linkę kritikuoti šalia esančių asmenų lėkštės turinį ar pasakoti apie tai, kokie produktai yra naudingi, o kokie žalingi sveikatai (Bratman & Knight). Kitus žmones gali tai erzinti ir jie ima vengti susitikimų, pokalbių ar valgymo kartu su ortoreksija sergančiais asmenimis. Dar viena priežastis, dėl ko gali sumažėti socialinio kontakto, yra ta, kad į ortoreksiją linkę asmenys yra labai kruopščiai susiskaičiavę, kiek, ko turi suvalgyti ir net paprašyti, nenori dalintis savo maistu, kadangi būtent tokia maisto porcija turi būti suvalgyta. Taigi, dėl įvairių nesutarimų mitybos srityje, gali blogėti santykiai su artimaisiais, draugais, kolegomis, o visa tai gali vesti prie artimų santykių nutrūkimo bei socialinės izoliacijos. Santykiai su artimaisiais gali būti nutraukiami dėl to, kad jų mityba neatitinka aukštų „švaros“ standartų, kokie yra keliami pasireiškus ortoreksijai. Santykių pablogėjimas ar artimų santykių nebuvimas gali reikšmingai prisidėti prie psichologinės gerovės mažėjimo.

Trumpai aptarus, kaip ortoreksija gali atsilipti psichologinei gerovei, pastebima, jog nėra randama konkrečių tyrimų, kurie tikrintų tiesiogines psichologinės gerovės ir ortoreksijos sąsajas. Atsižvelgiant į tai, kad su ortoreksija siejamas dažnas nemalonių jausmų (tokių kaip nerimas ir kaltė) išgyvenimas, perdėtas susirūpinimas gali iškreipti patiriamų emocijų balansą (persverti jį į neigiamą pusę). Vyraujančios nemalonios emocijos trukdo asmeniui jaustis laimingam ir patirti pasitenkinimą gyvenimu. Be to, kai susirūpinimas sveika mityba tampa pagrindine asmens veikla bei skatina atsiribojimą nuo artimos aplinkos žmonių, tai gali trikdyti kitų asmeninių tikslų siekimą,

savo potencialo įgyvendinimą, skatinti kontrolės jausmo praradimą ir nepalankiai atliepti pasitenkinimui socialiniais santykiais. Taigi, galime teigti, kad stipriai išreikšta ortoreksija gali turėti neigiamą poveikį tiek hedoniniams, tiek eudainonimiams asmens gerovės aspektams.

Apžvelgus literatūrą taip ir lieka neaišku, ar ortoreksija gali prognozuoti psichologinės gerovės blogėjimą, ypač stinga šią prielaidą patvirtinančių empirinių tyrimų. Be to, šiuo metu vis dar nėra bendro sutarimo, kokie veiksniai prognozuoja ortoreksiją. Tad, šiame darbe remiantis kitų autorių darbais, keliami prielaida, jog ortoreksija susijusi su tokiomis veiksmų grupėmis kaip kūno vaizdas, susirūpinimas savo sveikata – hipochondrija bei gali būti susijusi su amžiumi, išsilavinimu, šeimine padėtimi. Visi šiame darbe aptarti konstruktai (nepasitenkinimas kūno vaizdu, hipochondrija, ortoreksija) bei dalis sociodemografinių veiksmų (pavyzdžiui, išsilavinimas, šeiminei padėčiai) gali būti susiję su psichologine gerove. Tačiau šiame darbe keliami prielaida, jog nepasitenkinimas kūno vaizdu, hipochondrija, bei kai kurios sociodemografinės charakteristikos gali prisidėti prie ortoreksijos pasireiškimo, o ortoreksija savo ruožtu – prognozuoti prastesnę psichologinę gerovę.

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo tikslas – nustatyti susirūpinimo sveika mityba (ortoreksijos), nepasitenkinimo kūno vaizdu, susirūpinimo savo sveikata bei psichologinės gerovės sąsajas.

Tyrimo tikslui įgyvendinti išskirti tokie uždaviniai:

1. Įvertinti, kokie sociodemografiniai veiksniai susiję su ortoreksija.
2. Nustatyti ortoreksijos sąsajas su kūno vaizdu.
3. Nustatyti ortoreksijos sąsajas su susirūpinimu savo sveikata.
4. Įvertinti ortoreksijos sąsajas su psichologine gerove.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyviai atrinkti patogiosios imties būdu. Imtį sudarė 311 tiriamųjų, iš kurių 5 anketos buvo atmetos dėl keletos priežasčių. Keturi tiriamieji pažymėjo, jog nesutinka dalyvauti tyrime. Vienas tiriamasis buvo nepilnametis, o šiame tyrime buvo keliama sąlyga, jog tyrime dalyvautų asmenys sulaukę 18 metų ir vyresni, tad šio respondento atsakymai nenaudoti tolesnei analizei.

Taigi, galutinę tyrimo imtį sudarė 306 tiriamieji, iš kurių 95,8% buvo moterys. Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 18 iki 70 metų ($M = 38,56$; $SD = 11,42$). Detalesnė informacija apie tyrimo dalyvių demografines charakteristikas pateikta žemiau esančioje lentelėje (1 lentelė).

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos.

Demografinės charakteristikos		<i>n</i>	%
Lytis	Moteris	293	95,8
	Vyras	13	4,2
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis	177	57,8
	Aukštasis neuniversitetinis/ aukštesnysis	72	23,5
	Profesinis	22	7,2
	Vidurinis	33	10,8
	Nebaigtas vidurinis	1	0,3
	Kita	1	0,3
	Vedęs/ištekėjusi	189	61,8
Šeimtinė padėtis	Nevedęs/netekėjusi	25	8,2
	Išsiskyres (-usi)	17	5,6
	Našlys (-ė)	5	1,6
	Gyvenu su partneriu (-e)	48	15,7
	Gyvenu vienas (-a)	20	6,5
Kita	2	0,7	

Tiriamųjų ($N = 303$) ūgis svyravo nuo 150 cm iki 197 cm ($M = 168$; $SD = 0,07$). Svoris ($N = 299$) nuo 42 kilogramų iki 136 ($M = 71,9$; $SD = 15,8$), septyni tyrimo dalyviai nenurodė savo

svorio. Remiantis tiriamųjų ($N = 299$) ūgio ir svorio duomenimis buvo skaičiuojamas kūno masės indeksas (KMI), kuris svyravo nuo 12,41 (nepakankamas kūno svoris) iki 48 (sunkus nutukimas) ($M = 25$; $SD = 5,67$). Vertindami savo fizinį aktyvumą tyrimo dalyviai buvo linkę jį vertinti kaip labiau pakankamą negu nepakankamą. 58,2% tyrime dalyvavusių asmenų nurodė, jog per paskutinius 6 mėnesius reguliariai sportavo (atliko mankštą namuose, lankė sporto klubą ar pnš.), tuo tarpu 41,8 % neužsiėmė reguliaria fizine veikla. Pagrindinės ir svarbiausios sportavimo priežastys (tiriamųjų, kurie nurodė, jog reguliariai sportavo) yra šios: 22,5% tokiu būdu nori numesti svorio (22,5%), 21,9% įsitikinę, kad sportas padeda palaikyti sveikatą. 19% tiriamųjų nurodė, jog tokiu būdu užtikrina fizinio aktyvumo lygį, kadangi dirba sėdimą darbą ir didžiąją dienos dalį praleidžia nejudėdami. 17,4% tiriamųjų tokiu būdu stengiasi palaikyti kūno formas. Tuo tarpu reguliariai nesportavusių tiriamųjų pagrindinės priežastys yra šios: 38,3% nurodė, jog nemėgsta sportuoti, 25% neturi tam laiko, 10,9% nesportavo dėl sveikatos problemų, o 18% dėl kitų priežasčių.

Didžioji dalis tyrime dalyvavusių (88,6 %) nurodė, jog yra visavalgiai, kiti, jog yra vegetarai (4,9 %), veganai (4,2 %) taip pat kitos, anketoje neįvardintos, mitybos atstovai (2,3 %). Tyrimo metu buvo klausiama, kokius mitybos apribojimus taiko tiriamieji. Kai kurie tyrimo dalyviai nurodė, jog netaiko mitybos apribojimų, kiti, kad mažina cukraus kiekį, nevartoja gaminių turinčių laktozės, glitimo, transriebalų. Dalis vengia „greito“ maisto, alkoholio, angliavandenių apskritai, taiko keto (ar kitų) dietų mitybos principus. Tyrimo metu išryškėjo, jog pagrindinės mitybos apribojimų taikymo priežastys yra įsitikinimai apie sveiką mitybą („tikiu, kad sveika mityba gerina mano savijautą“), šią priežastį nurodė 39,5% tyrimo dalyvių, ir siekis numesti svorio – 36,6%. Tuo tarpu 5,6% tiriamųjų nurodė, jog nevartoja tam tikrų produktų dėl ligos ar kitų sveikatos problemų (pvz.: cukrinio diabeto, hipertenzijos, kt.) bei taip pat 5,6% dėl tam tikrų produktų netoleravimo. Tyrimo dalyviai savo sveikatos būklę buvo linkę vertinti kaip gerą - 76,8% pažymėjo 7 balus ir daugiau.

2.2. Tyrimo instrumentai

Sociodemografinių duomenų anketa. Šiam tyrimui buvo sukurta sociodemografinių duomenų anketa (1 priedas), kurioje buvo klausiama ne tik apie tiriamųjų amžių, lytį, išsilavinimą, bet taip pat buvo prašoma nurodyti savo ūgį ir svorį (toliau šie duomenys naudoti skaičiuoti KMI). Tiriamųjų taip pat buvo klausiama, ar per pastaruosius 6 mėnesius užsiėmė reguliaria fizine veikla bei, kaip vertina savo fizinį aktyvumą 10-ties balų skalėje (kurioje 1 - nepakankamas fizinis aktyvumas, 10 - pakankamas fizinis aktyvumas. Tų, kurie nurodė, jog per sportavo reguliariai buvo prašoma nurodyti pagrindinę ir svarbiausią sportavimo priežastį (pvz.: „sportas padeda atsipalaiduoti“, „sportas padeda palaikyti sveikatą“ ir kt.). Tuo tarpu tų, kurie atsakė, kad

nesportavo – pagrindinę ir svarbiausią nesportavimo priežastį (pvz.: „nesportuoju dėl sveikatos problemų“, „neturiu laiko“ ir kt.). Šioje anketoje tiriamųjų buvo klausiama, kuriai mitybos rūšiai priskirtų save (pvz., vegetarų, veganų, visavalgių, kt.) bei prašoma nurodyti, kokius mitybos apribojimus taiko. Be to, įvardinti, kokia yra pagrindinė mitybos apribojimų taikymo priežastis (pvz., etinės priežastys, tam tikrų produktų netoleravimas, alergija ar kt.). Tyrimo dalyvių buvo paprašyta įvertinti dabartinę savo sveikatos būklę 10-ties balų skalėje (kurioje 1 – labai prasta, 10 – labai gera).

Ortoreksija. Mitybos įpročių bei ortoreksijos nustatymui buvo naudojamas ORTO-15 (Donini et al., 2005) – tai nervinei ortoreksijai nustatyti skirtas klausimynas. Gavus autorio L. M. Donini leidimą naudoti šią metodiką, ji buvo išversta į lietuvių kalbą šio darbo autorės. Dar vieną metodikos vertimą atliko kitas asmuo, išmanantis lietuvių bei anglų kalbas, nesusijęs su psichologijos mokslu. Galutinį metodikos vertimą patvirtino baigiamojo darbo vadovė. ORTO-15 klausimyne vertinami įsitikinimai apie požiūrį į maisto pasirinkimą (pvz.: „Ar Jūsų susirūpinimas dėl sveikatos būklės turi įtakos Jūsų maisto pasirinkimui?“), į tai, kiek su valgymu susijęs elgesys turi įtakos kasdieniam gyvenimui (pvz.: „Ar mintys apie maistą Jus neramina ilgiau negu tris valandas per dieną?“), suprantamą sveiko maisto valgymo poveikį (pvz.: „Ar galvojate, kad sveiko maisto vartojimas gali pagerinti Jūsų išvaizdą?“) ir maisto vartojimo įpročius (pvz.: „Ar pastaruoju metu dažnai būnate vienas (-a) valgymo metu?“) (Missbach et al., 2015). Kiekvienas klausimas vertinamas 4 balų Likert tipo skale (galimi atsakymo variantai: visada, dažnai, kartais, niekada). Atsakymai, rodantys ortoreksiją vertinami 1 balu, tuo tarpu „sveikesni“ atsakymai – 4 balais (Donini et al., 2005). Nors visi klausimai vertinami keturių balų skale, tačiau ne visi klausimai vienodai. Pavyzdžiui, klausimo „Ar leidžiate sau nusižengti savo mitybos principams?“ atsakymas „niekada“ vertinamas 1 balu, o klausimo „Ar manote, kad sveiko maisto valgymas keičia Jūsų laisvalaikį (valgymo ne namuose dažnumą, susitikimus su draugais ir pan.)?“ atsakymas „niekada“ – 4 balais. Autorius savo darbuose pateikia šios metodikos skaičiavimo raktą. Pagal instrukciją įvertinus kiekvieną teiginį atskirai, susumavus visų klausimų balus yra gaunamas bendras skalės įvertis. Žemesnis balas rodo daugiau ortoreksijai būdingo elgesio ar požiūrio susijusio su perdėtu susirūpinimu sveika mityba (Parra-Fernandez et al., 2018).

Klausimynas sudarytas iš 15 klausimų. Šiame klausimyne išskiriamos trys subskalės, kurios apima kognityvinius (6 klausimai), klinikinius (5 klausimai) bei emocinius (4 klausimai) aspektus, susijusius su valgymo elgsena (Parra-Fernandez et al., 2018). Siekiant patikrinti šios skalės faktorių struktūrą, buvo atlikta patvirtinančioji faktorių analizė. Instrumento validumo tikrinimui naudota AMOS 26 programa. Patvirtinančioji faktorių analizė parodė, kad modelį siūloma koreguoti. Remiantis modifikavimo indeksais modelis buvo modifikuotas. Patikslinto modelio tinkamumo rodikliai ($\chi^2(81) = 202,40$, $p < 0,0001$; CFI = 0,771; TLI = 0,703; RMSEA = 0,070) patvirtino, jog

toks modelis galimas ir atitinka modelio tinkamumo duomenims keliamus reikalavimus. Tačiau buvo pastebėta, kad ne visi teiginiai turėjo pakankamą svorį savo faktoriuose (2 teiginių faktorių svoris $< 0,2$). Tad buvo nuspręsta naudoti originalios versijos autorių siūloma faktorių struktūrą. Tačiau skalės autoriai nenurodė patikimumo rodiklių. Kiti tyrėjai (pavyzdžiui, Missbach et al., 2015) nurodo, jog šios skalės Cronbacho alfa atliktuose tyrimuose svyruoja nuo 0,621 iki 0,751. Šiame tyrime gauta bendra skalės Cronbacho alfa lygi 0,724. Tuo tarpu šiame tyrime kognityvinės ortoreksijos subskalės Cronbacho alfa lygi 0,669, klinikinės ortoreksijos subskalės – 0,632, emocinės – 0,630. Pakalniškienės (2012) teigimu, jeigu Cronbacho alfa siekia 0,60, tai tinka tyrimams.

Kūno vaizdas. Subjektyviai suvokiamas esamas kūno vaizdas bei norimas kūno vaizdas buvo matuojamas kūno nepasitenkinimo skale (angl. *Body Dissatisfaction Scale*, Mutale et al., 2016). Taip pat buvo skaičiuojamas nepasitenkinimo savo kūnu įvertis, kuris buvo gautas iš esamo kūno įverčio atėmus norimo kūno įvertį. Tokį skaičiavimo būdą norodo ir skalės autoriai iš kurių buvo gautas leidimas naudoti ir versti šią įvertinimo priemonę.

Tiriamųjų buvo prašoma pasirinkti iš nurodytų paveikslėlių vieną, kuris geriausiai atitinka esamą kūno sudėjimą (esamas kūnas), tuomet pasirinkti vieną, kuris geriausiai atitinka tai, kaip labiausiai norėtų atrodyti (norimas kūnas). Taigi, tas neatitikimas tarp tiriamojo pasirinkto esamo kūno ir norimo kūno ir yra nepasitenkinimo kūnu rodiklis (Mutale et al., 2016). Ši metodika, jos autorių, buvo sukurta kompiuterinės programos pagalba. Kompiuterine programa buvo sukurtas vidutinio dydžio žmogaus kūnas, tuomet šis kūnas sistemingai keičiamas, tokiu būdu sukuriant 4 plonesnius kūnus ir 4 stambesnius už originalų kūnus. Iš viso kompiuterine programa sukurti 9, žmogaus kūno parametrus atitinkantys, vyro kūnai bei 9 moters kūnai (nuo ypač liekno iki nutukusio). Visi vaizduojami kūnai dėvi juodais apatiniais drabužiais, tad kūno dydis ir forma aiškiai matoma (Mutale et al., 2016). Kaip teigia autoriai (Mutale et al., 2016), šie kūno vaizdai buvo sukurti remiantis KMI rodikliais: 1 – 3 kūnai vaizduoja nepakankamą kūno svorį, 4 – 6 – normalų kūno svorį, o 7 – 9 vaizduoja antsvorį/nutukimą turintį kūną. Autorių teigimu (Mutale et al., 2016), atlikus analizę pastebima, jog tiriamieji lengvai atpažįsta subtilius dydžio skirtumus tarp pavaizduotų kūnų, be to, subjektyviai suvokiamas esamas kūno vaizdas stipriai koreliuoja su tiriamųjų KMI. Na, o geras konstrukto validumas bei pakartotiniu testavimu patvirtintas patikimumas, leidžia daryti prielaidą, jog šią skalę galima naudoti tolimesniems tyrimams. Šiame tyrime buvo gauta, jog skalės patikimumo rodiklis (Cronbacho alfa) lygus 0,810.

Susirūpinimas savo sveikata. Šiame darbe susirūpinimas savo sveikata buvo vertinamas sveikatos nerimo trumpąją metodikos versija (angl. *The Health Anxiety Inventory Short version, SHAI*, Salkovskis et al., 2002). Gavus autoriaus leidimą naudoti šią metodiką, ji buvo išversta į lietuvių kalbą šio darbo autorės. Dar vieną metodikos vertimą atliko kitas asmuo, išmanantis

lietuvių bei anglų kalbas, nesusijęs su psichologijos mokslu. Galutinį metodikos vertimą patvirtino baigiamojo darbo vadovė. Šią skalę sudaro 14 klausimų pagrindinėje dalyje, matuojantys hipochondrijos išreikštumą (pvz.: „Jeigu aš išgirstu apie kokią nors ligą, visada pagalvoju, kad ir aš ją turiu“, „Dažnai įsivaizduoju save sergantį (-čią)“) ir 4 klausimai matuojantys neigiamas ligos pasekmes (pvz.: „Rimta liga sugriautų daugelį mano gyvenimo aspektų). Tuo tarpu ilgojoje versijoje pagrindinę dalį sudaro 47 teiginiai ir 17 neigiamų ligos pasekmių teiginiai (Salkovskis et al., 2002). Kuriant trumpąją sveikatos nerimo metodikos versiją, iš ilgosios versijos buvo išrinkti 14 teiginių, kurie labiausiai koreliavo hipochondrija sergančių tiriamųjų imtyje bei atspindėjo skirtingus hipochondrijos aspektus (Salkovskis et al., 2002). Visi trumposios versijos skalėje esantys 18 teiginių bendrai matuoja nerimą dėl sveikatos, kuris šiame darbe įvardijamas, kaip susirūpinimas savo sveikata.

Metodikoje kiekvienas klausimas susideda iš keturių teiginių (pvz.: a) Dažniausiai aš nebijau, kad turiu rimtą ligą; b) Kartais aš bijau, kad turiu rimtą ligą; c) Aš dažnai bijau, kad turiu rimtą ligą; d) Aš visada bijau, kad turiu rimtą ligą). Kiekvienas klausimas vertinamas 0 – 3 balų skale (a – 0, b – 1, c – 2, d – 3). Tirimųjų buvo paprašyta atidžiai perskaityti kiekvieną teiginių grupę, tuomet pasirinkti vieną atsakymo variantą, kuris geriausiai atspindi tai, kaip jie jautėsi per paskutinius 6 mėnesius. Pagrindinės skalės dalies, matuojančios hipochondrijos išreikštumą, įvertis gaunamas susumavus 1 – 14 klausimų gautus balus. Neigiamų ligos pasekmių įvertis gaunamas susumavus 15 – 18 klausimų balus.

Instrumento validumas šiame darbe buvo tikrinamas atliekant patvirtinančiąją faktoriinę analizę, naudojantis AMOS 26 programa. Modelis nurodo, kad 1-14 teiginiai patenka į hipochondrijos faktorių, o 15-18 neigiamų ligos pasekmių faktorių. Atlikta faktorių analizė rodo, kad tokia autorių siūloma faktorių struktūra pasitvirtino. Ir nors dviejų teiginių faktorių svoriai mažesni ($<0,2$) negu buvo tikėtasi, tačiau kitų teiginių faktorių svoris svyruoja nuo 0,42 iki 0,80. Tinkamumo rodikliai yra pakankimi ($\chi^2(113) = 208,82$, $p < 0,0001$; CFI = 0,955; TLI = 0,947; RMSEA = 0,040), tad šiame tyrime naudota dviejų faktorių struktūra. Pasak metodikos autorių, skalė yra patikima, jos Chronbacho alfa lygi 0,89, o negatyvių ligos pasekmių subskalės – 0,72 (Salkovskis et al., 2002). Šiame tyrime bendras skalės patikimumo rodiklis (Chronbacho alfa) lygus 0,847. Pagrindinės skalės dalies, matuojančios hipochondrijos išreikštumą Chronbacho alfa lygį 0,765, o negatyvių ligos pasekmių subskalės Chronbacho alfa lygį 0,822.

Psichologinė gerovė. Šiame darbe gerovė vertinta Psichikos sveikatos kontinuumo klausimyno trumpąja forma (angl. *Mental Health Continuum Short Form*, Keyes, 2005a). Leidimą iš metodikos autoriaus šį klausimyną versti ir naudoti buvo gavusi M. Jurgelionytė, kuri šį instrumentą naudojo savo magistro darbe. Metodikos vertimą atliko du vertėjai, jų vertimai buvo

palyginti ir paliktas vienas galutinis vertimo variantas (Jurgelionytė, 2019). Tad, šiame darbe buvo naudojama prieš tai minėtame magistro darbe naudojama klausimyno versija.

Ši skalė apima tris pagrindines gerovės sritis: emocinę, socialinę ir psichologinę gerovę. Emocinė gerovės subskalė sudaro trys teiginiai, kurie apima malonių emocijų išgyvenimą bei pasitenkinimą gyvenimu. Socialinė gerovė matuojama penkiais klausimais ir kaip teigia Lupano Perugini su bendraautoriais (2017) apima: socialinę darną, realizaciją, integraciją, indėlį į visuomenę bei socialinę darną. Šeši skalės teiginiai matuoja psichologinę gerovę ir sudaro psichologinės gerovės subskalę. Psichologinė gerovė, kuri yra aprašoma Ryff modelyje, apima savęs priėmimą, gebėjimą kurti artimus santykius su kitais, asmeninį augimą, savarankiškumą bei gyvenimo tikslų siekimą (Lupano Perugini et al., 2017). Tiriamųjų buvo prašoma atsakyti į visus 14 klausimų, remiantis patirčių ir jausmų dažnumu per pastarąjį mėnesį. Kiekvienas klausimas vertinamas 6 balų Likert tipo skale nuo 0 iki 5 (galimi atsakymo variantai: niekada, kartą ar du, kartą per savaitę, 2 – 3 kartus per savaitę, beveik kiekvieną dieną, kiekvieną dieną). Klausimyno autoriai teigia, jog suskaičiavus skalių sumas tiriamuosius galima suskirstyti į tokias tris grupes: aukštos (angl. *flourishing*), vidutinės ir žemos (angl. *languishing*) gerovės. Pasak Keyes (2009), tam, kad būtų nustatyta aukšta gerovė asmuo gerovės požymius turi patirti kiekvieną dieną arba beveik kiekvieną dieną bent vieną iš trijų hedodinės gerovės požymių ir mažiausiai šešis iš likusių vienuolikos gerovės požymių. Tuo tarpu, asmenys, kurie nurodo žemą gerovės požymių patyrimą (niekada – kartą ar du) ne mažiau šešių gerovės požymių bei bent vieną, taip pat žemą, hedoninės gerovės patyrimą priskiriami žemos gerovės grupei (Keyes, 2009). Asmenys, kurie nepatenka nei į aukštos, nei į žemos gerovės grupes, priskiriami vidutinės gerovės grupei. Taigi, šioje skalėje aukštesni įvertinimai (dažnesni gerovės požymių patyrimai) reiškia aukštesnę psichologinę gerovę.

Klausimyno originalios versijos validumas tikrintas patvirtinančiosios faktorių analizės metodu. Atlikta analizė patvirtino modelio tinkamumą, joje gauti rodikliai: RMSEA = 0.049; CFI = 0.985 (Gallagher, Lopez & Preacher, 2009). Lietuviško klausimyno konstrukto validumas tikrintas Jurgelionytės (2019) taip pat patvirtinančiosios faktorių analizės metodu. Atlikta faktorių analizė rodo, kad tokia autorių siūloma faktorių struktūra pasitvirtino. Minėtos autorės darbe tikrinto modelio CFI indeksas = 0.956; RMSEA = 0.071. Taigi, šiame darbe remiamasi autorių nurodyta faktorių struktūra, kuri buvo patikrinta ir naudojant į lietuvių kalbą išverstą metodiką. Keyes (2005b), nurodo, jog šio klausimyno emocinės gerovės subskalės patikimumo rodiklis (Chronbacho alfa) lygus, 0,84, socialinės gerovės – 0,80, o psichologinės gerovės – 0,78. Bendras visos skalės patikimumo rodiklis siekia 0,89. Jurgelionytė (2019) nurodo, jog lietuviškosios versijos skalės vidinis suderinamumas siekia 0,956. Emocinės gerovės Chronbacho alfa lygi 0,888, socialinės gerovė 0,889, psichologinės gerovės – 0,925. Šiame tyrime buvo gauta, jog emocinės gerovės

Chronbacho alfa lygi 0,921, socialinės gerovės 0,884, psichologinės – 0,921. Bendras visos skalės patikimumo rodiklis siekia 0,861.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo atliktas 2020 m. vasario ir kovo mėnesiais. Nuoroda į tyrimo anketą, esančia „Google“ formuose, buvo paviešinta virtualioje erdvėje – pasidalinus su potencialiais tiriamaisiais jos nuoroda socialiniuose tinkluose. Šiame tyrime orientuojamasi buvo ne tik į bendrą populiacijos dalį, bet taip pat ir į specifines sveiko gyvenimo būdo propoguotųjų grupes, sveikos mitybos šalininkus. Tyrimo anketos pradžioje tiriamieji buvo trumpai supažindinami su tyrimu, jiems buvo pateikiama klausimyno pildymo instrukcija (2 priedas). Kreipiantis į potencialius tiriamuosius, buvo prašoma, jog klausimyną pildytų tik pilnamečiai asmenys.

2.4. Duomenų apdorojimo metodai

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta SPSS 25.0 programa. Tyrimo duomenų atitiktis buvo vertinta normaliojo skirstinio dėsnio, naudojant Shapiro-Wilk testą, eksceso ir asimetrijos koeficientus bei normalumui tikrinti skirtus grafikus. Skirstinio normalumo patikrinimo aprašymas pateiktas 3 priede. Šiame darbe naudotos skalės pagal Shapiro-Wilk kriterijų statistiškai reikšmingai skiriasi nuo normaliojo ($p < 0,05$). Tačiau kai kurie autoriai (Field, 2016) siūlo normalumo kriterijų nenaudoti, o naudoti grafinius būdus (McDonald, 2014). Normalumui tikrinti skirti grafikai (Q-Q diagrama, histograma ir kt.) parodo nuokrypį nuo normalumo, kurio šiame darbe nebuvo pastebėta. Taip pat literatūroje yra teigiama, jog jeigu asimetrijos ir eksceso koeficientai patenka į $-/+ 2$ reikšmę, tuomet duomenys nėra ekstremaliai nutolę nuo normaliojo skirstinio (Shapiro & Wilk, 1965). Taigi, nors tyrime gauti duomenys netenkina Shapiro-Wilk kriterijaus normalumo sąlygų, tačiau duomenų išsibarstymo grafikai vertinant vizualiai nėra nutolę nuo normaliojo skirstinio, o asimetrijos ir eksceso koeficientai patenka į leistinų reikšmių intervalą (nuo -2 iki 2), todėl tolesnėje duomenų analizėje taikyti parametriniai kriterijai (Vaitkevičius ir Saudargienė, 2006).

Vidurkių, sumų ir standartinių nuokrypių įvertinimui naudota aprašomoji statistika. Kintamųjų abipusėms sąsajoms įvertinti atlikta Pearson koreliacinė analizė. Ortoreksijos dėmenims prognozuoti pagal sociodemografines charakteristikas, kūno vaizdo bei sveikatos kintamuosius atlikta tiesinės regresijos analizė. Taip pat tiesinės regresijos analizė atlikta prognozuoti psichologinės gerovės komponentus pagal sociodemografinius, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo bei sveikatos kintamuosius. Kadangi šiame darbe galimai ortoreksiją prognozuojantys veiksniai yra suskirstyti į tam tikras grupes, tad nuspręsta atlikti hierarchinę tiesinę regresijos analizę. Pasirinktas būdas leidžia nepriklausomų kintamųjų gupes į lygtį įtraukti keliais etapais bei pastebėti determinacijos koeficiento pokytį. Hierarchinė regresinė analizė buvo atlikta ir

priklausomu kintamuoju padarius psichologinę gerovę. Tokiu būdu buvo tikrinama, ar ortoreksijos dėmenys gali prognozuoti psichologinės gerovės dėmenis. Galiausiai, šiame darbe atlikta regresinė analizė taikant stepwise metodą bei paliekant programos siūlomus modelius, kurie reikšmingai prognozuoja ortoreksiją bei psichologinę gerovę.

3. REZULTATAI

3.1. Pirminė duomenų analizė

Šiame darbe kelta prielaida, jog ortoreksijos išreikštumas susijęs su sociodemografinėmis charakteristikomis, nepasitenkinimu kūno vaizdu bei susirūpinimu savo sveikata (šiame darbe apibrėžiamu hipochondrijos terminu). Taip pat buvo keliami prielaida, jog ortoreksija gali būti susijusi su psichologine gerove. Pirminės duomenų analizės metu buvo atlikti įvairių grupių palyginimai, taikant Studento (t) kriterijų nepriklausomoms imtims (2 lentelė). Sąsajoms patikrinti buvo taikoma Pearson koreliacinė analizė (3 lentelė).

2 lentelė. Ortoreksijos išreikštumo, sveikatos būklės vertinimo, kūno vaizdo kintamųjų bei psichologinės gerovės vidurkių palyginimai tarp skirtingų grupių.

Grupės		N	M	SD	p
Ortoreksija	Visavalgiai	271	35,87	3,769	
	Vegetarai/veganai	35	33,14	3,465	< 0,001
Subjektyviai vertinama sveikatos būklė	Visavalgiai	271	7,31	1,533	
	Vegetarai/veganai	35	8,26	1,336	0,001
Esamas kūno vaizdas	Visavalgiai	271	6,12	1,910	
	Vegetarai/veganai	35	4,77	1,957	< 0,001
Norimas kūno vaizdas	Moterys	293	4,17	1,414	
	Vyrai	13	5,00	0,577	< 0,001
Nepasitenkinimas kūno vaizdu	Moterys	293	1,82	1,364	
	Vyrai	13	0,07	2,139	0,012
	Visavalgiai	271	1,83	1,445	
Psichologinė gerovė	Vegetarai/veganai	35	1,17	1,316	0,011
	Turintys aukštąjį išsilavinimą	250	39,83	15,233	
	Neturintys aukštojo išsilavinimo	56	35,39	15,162	0,049

Pastaba. Mažesnis ortoreksijos įvertis reiškia didesnę ortoreksijos išreikštumą.

Analizuojant ortoreksijos išreikštumo vidurkius skirtingose grupėse (2 lentelė), buvo gauta, jog mitybos apribojimus taikantys (vegetarai/veganai/kt.) pasižymi statistiškai reikšmingai didesniu (šiame darbe mažesnis balas rodo labiau išreikštą ortoreksiją) ortoreksijos išreikštumo vidurkiu

negu mitybos apribojimų netaikantys (visavalgiai). Tuo tarpu ortoreksijos išreikštumo vidurkiai tarp skirtingo išsilavinimo, šeiminės padėties, skirtingų KMI grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Iš 2-os lentelės rezultatų matome, jog vertinant savo subjektyviai suvokiamą sveikatos būklę vegetarai/veganai buvo linkę vertinti ją kaip labiau palankią lyginant su visavalgiais. Vegetarų/veganų ir visavalgių esamo kūno vaizdo vidurkių palyginimas statistiškai reikšmingai skiriasi: visavalgių esamo kūno vaizdo vidurkis aukštesnis negu vegetarų. Tuo tarpu šioje grupėje norimo kūno vaizdo vidurkiai nesiskiria, tačiau skiriasi nepasitenkinimo kūno vaizdu vidurkiai. Visavalgių vidutinis nepasitenkinimas kūno vaizdu statistiškai reikšmingai didesnis nei vegetarų/veganų. Psichologinės gerovės ir hipochondrijos išreikštumo vidurkiai tarp visavalgių ir vegetarų/veganų statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Atliekant vidurkių palyginimus, buvo pastebėta, kad vegetarų ir visavalgių šeiminė padėtis skiriasi ($t = -2,771$, $df = 38,276$, $p < 0,001$), vegetarai dažniau būna vieniši. Bei skiriasi ($t = 2,706$, $df = 3,232$, $p < 0,001$), visavalgių ir vegetarų KMI: visavalgių KMI vidurkis statistiškai reikšmingai didesnis.

Lyginant nepasitenkinimo savo kūno vaizdu vidurkius tarp lyčių, buvo gauta, jog moterų nepasitenkinimo savo kūno vaizdu vidurkis didesnis negu vyrų. Tuo tarpu nepasitenkinimo savo kūno vaizdu vidurkis nesiskiria tarp skirtingo išsilavinimo ir šeiminės padėties. Pastebėta, jog asmenys, per paskutinius 6 mėnesius neužsiėmę reguliaria fizine veikla labiau nepatenkinti savo kūno vaizdu negu tie, kurie reguliariai sportavo ($t = -2,705$, $df = 304$, $p < 0,001$).

Analizuojant psichologinės gerovės vidurkių palyginimus tarp skirtingų grupių buvo gauta, jog asmenų, turinčių aukštąjį išsilavinimą psichologinė gerovė didesnė nei neturinčių aukštojo išsilavinimo. Tuo tarpu tarp lyčių, šeiminės padėties bei KMI grupių vidurkių skirtumų nenustatyta. Buvo pastebėta, jog asmenys, per paskutinius 6 mėnesius reguliariai sportavę pasižymi aukštesne psichologine gerove negu nesportavę asmenys ($t = 2,726$, $df = 304$, $p < 0,001$).

Lyginant sociodemografinių charakteristikų vidurkius tarp lyčių buvo gauta, jog tarp vyrų ir moterų statistiškai reikšmingai nesiskiria išsilavinimas, šeiminė padėtis, mitybos rūšis (visavalgis, vegetaras/veganas), fizinis aktyvumas, subjektyvus savo sveikatos vertinimas, esamas kūno vaizdas, KMI, psichologinė gerovė bei hipochondrijos išreikštumas.

Norint patikrinti, ar kita sociodemografinė charakteristika – amžius, statistiškai reikšmingai susijusi su ortoreksijos išreikštumu buvo taikoma koreliacinė analizė. Taip pat kintamųjų koreliacinė analizė buvo atlikta patikrinti keltoms hipotezėms. Gauti rezultatai pateikiami 3-oje lentelėje.

3 lentelė. Kintamųjų koreliacinė analizė.

		Ortoreksijos dėmenys		
		Kognityvinė ortoreksija	Klinikinė ortoreksija	Emocinė ortoreksija
Sociodemografinės charakteristikos	Amžius	0,103	0,005	-0,078
Kūno vaizdas	Esamas kūno vaizdas	0,219**	-0,155**	0,077
	Norimas kūno vaizdas	0,193**	0,034	-0,042
	Nepasitenkinimas kūno vaizdu	0,087	-0,195**	0,080
	KMI	0,145*	-0,155	0,014
Susirūpinimas savo sveikata	Hipochondrija	-0,017	-0,207**	-0,119
	Neigiamos ligos pasekmės	-0,011	-0,063	-0,080
	Subjektyvus dabartinės sveikatos būklės vertinimas	-0,152**	0,159**	-0,095
Gerovės dėmenys	Emocinė gerovė	-0,197*	0,053	-0,053
	Socialinė gerovė	-0,120*	-0,035	-0,054
	Psichologinė gerovė	-0,196*	0,068	-0,086

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Iš aukščiau lentelėje (3 lentelė) pateiktų rezultatų matyti, jog keltos prielaidos, kokių buvo tikėtasi, pilnai nepasitvirtino. Sąsajų tarp kintamųjų buvo rasta ne daug. Visų statistiškai reikšmingų sąsajų ryšio stiprumas svyruoja nuo labai silpno iki silpno. Kadangi šiame darbe buvo kelta prielaida, jog sociodemografiniai kintamieji susiję su ortoreksijos išreikštumu į koreliacijos analizę buvo įtrauktas amžius, tačiau statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta.

Tikrinant ryšius tarp kūno vaizdo kategorijos kintamųjų (esamas kūno vaizdas, norimas kūno vaizdas, nepasitenkinimas kūno vaizdu, KMI) bei ortoreksijos dėmenų buvo rasta statistiškai reikšmingų sąsajų. Kognityvinė ortoreksijos dalis silpnai koreliuoja su esamu kūno vaizdu bei KMI. Didėjant esamo kūno vaizdo įvertinimui bei KMI didėja ir ortoreksijos įvertis (didesnis

ortoreksijos įvertis rodo mažiau išreikštą ortoreksiją) ir atvirkščiai. Klinikinė ortoreksijos dalis labai silpnai neigiamai koreliuoja su esamu kūno vaizdu bei nepasitenkinimu savo kūno vaizdu. O tai reiškia, kad didesnis esamo kūno įvertis bei didesnis nepasitenkinimas savo kūnu rodo labiau išreikštą ortoreksiją. Tarp emocinės ortoreksijos dalies bei kūno vaizdo kintamųjų statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta.

Susirūpinimas savo sveikata (apimantis hipochondrijos išreikštumą bei subjektuvų savo sveikatos vertinimą) taip pat silpnai koreliuoja su kai kuriais ortoreksijos dėmenimis. Buvo gauta, jog klinikinės ortoreksijos dalis silpnai koreliuoja su hipochondrija bei subjektyviu savo sveikatos vertinimu. Rezultatai parodė, jog didėjant hipochondrijos išreikštumui mažėja klinikinės ortoreksijos įvertis, o tai reiškia, kad ortoreksijos išreikštumas didėja. Tuo tarpu subjektyvus savo sveikatos vertinimas labai silpnai neigiamai koreliuoja su kognityvine ortoreksijos dalimi. Didėjant subjektyviam sveikatos vertinimui mažėja ortoreksijos įvertis (šiam darbe mažesnis ortoreksijos įvertis reiškia labiau išreikštą ortoreksiją). O tai reiškia, jog esant didesniai savo sveikatos vertinimui didėja ir kognityvinės ortoreksijos dalis ir atvirkščiai. Emocinės ortoreksijos dalies koreliacijų su susirūpinimu savo sveikata nerasta. Taip pat nenustatyta sąsajų tarp ortoreksijos dėmenų bei susirūpinimo savo sveikata dalies – neigiamų ligos pasekmių vertinimo.

Šiame darbe buvo kelta prielaida, jog ortoreksija koreliuoja su psichologine gerove, šiai prielaidai patikrinti buvo atlikta koreliacijos analizė, kurios rezultatai pateikti aukščiau esančioje lentelėje. Nustatyta, jog kognityvinė ortoreksijos dalis statistiškai reikšmingai koreliuoja su visais trimis psichologinės gerovės dėmenimis (emocine, socialine, psichologine gerove). Buvo gauta, jog didesnis psichologinės gerovės įvertis susijęs su labiau išreikšta kognityvine ortoreksija ir atvirkščiai. Tačiau rastos statistiškai reikšmingos sąsajos labai silpnos. Tuo tarpu tarp kitų ortoreksijos dalių bei psichologinės gerovės dėmenų statistiškai reikšmingų sąsajų nebuvo gauta.

Vidurkių palyginimo ir koreliacinė analizė leido įvertinti pavienius įvairių kintamųjų ir ortoreksijos dėmenų ryšius. Nors šios koreliacijos buvo silpnos, tačiau koreliacijos kryptis atitiko kitų tyrėjų tyrimuose gautus rezultatus, tad buvo nuspręsta toliau analizuoti ortoreksijos prognostinius veiksnius. Koreliacinė analizė taip pat parodė, kurie veiksniai nėra reikšmingai susiję bei negali prognozuoti ortoreksijos pasireiškimo. Tolimesnė hierarchinė regresinė analizė leis įvertinti, kurie tam tikrų kintamųjų grupių veiksniai galėtų prognozuoti ortoreksijos dėmenis. Taip pat leis įvertinti, kiek tam tikros kintamųjų grupės veiksniai leistų paaiškinti ortoreksijos dėmenų duomenų sklaidos.

3.2. Ortoreksijos dėmenų prognozavimas pagal sociodemografinius veiksnius, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius, kūno vaizdo bei sveikatos veiksnius

Siekiant tiksliau įvertinti sąsajas tarp kintamųjų ir patikrinti, kurie prognostiniai kintamieji prognozuoja ortoreksiją, buvo taikoma hierarchinės tiesinės regresijos analizė. Tai – gana lankstus duomenų analizės metodas, tinkantis ranginiams duomenims ir leidžiantis patikrinti, kaip keli kintamieji (kintamųjų grupė) iš karto prognozuoja „pasekmės“ kintamąjį. Toks analizės metodas pranašesnis už koreliacijos analizę, kadangi į regresijos modelį įvedus kelis prognostinius kintamuosius, atsižvelgiama į tai, kad jie savo ruožtu gali būti susiję tarpusavyje. Tokiu būdu regresijos koeficientai yra tikslesni (t.y. mažiau šališki) nei koreliacijos koeficientai. Dar vienas regresijos analizės privalumas, kad įtraukus tokius kintamuosius kaip amžius ar lytis, „kontroliuojamas“ sociodemografinių kintamųjų efektas, todėl nelygus tiriamųjų pasiskirstymas pagal šiuos kintamuosius tampa mažiau problemiškas.

Šiame tyrime naudojamos prognozuojančių kintamųjų grupės yra kokybiškai skirtingos, todėl svarbu išsiaiškinti, kokią reikšmę skirtingi kintamųjų blokai turi skirtingiems ortoreksijos dėmenims. Tam įvertinti buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresijos analizė. Priklausomais kintamaisiais regresijos lygtyse buvo ortoreksijos dėmenys. Nepriklausomų kintamųjų grupės į lygtį buvo įtrauktos keliais etapais. Iš pradžių, į regresinę lygtį buvo įtrauktas sociodemografinių kintamųjų blokas, tada mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai, tuomet kūno vaizdo veiksnų blokas bei sveikatos veiksnų grupė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas kognityvinis ortoreksijos dėmuo, pateikiamas 4-oje lentelėje.

4 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant kognityvinę ortoreksijos dalį.

<i>Kognityvinę ortoreksijos dalį prognozuoja</i>	1 modelis Beta (β)	2 modelis Beta (β)	3 modelis Beta (β)	4 modelis Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai				
Amžius	0,120*	0,087	0,037	0,032
Lytis	-0,100	-0,076	-0,092	-0,087
Išsilavinimas	0,047	0,031	0,015	-0,002
Šeiminė padėtis	0,024	0,048	0,044	0,050
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai				
Mitybos rūšis		-0,172**	-0,158*	-0,146*
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas		0,024	0,025	0,044
Sportavimas per paskutinius 6 mėn.		0,118	0,105	0,108
Kūno vaizdo veiksniai				
Norimas kūno vaizdas			0,178*	0,167*
Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu			0,037	0,020
KMI			-0,020	-0,032
Sveikatos veiksniai				
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas				-0,131
Hipochondrija				-0,108

Neigiamų ligos pasekmių vertinimas				0,042
	R ²	0,025	0,066	0,091
	F	1,848	2,920**	2,878**
				2,580**

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai.

Regresijos analizės rezultatai rodo, jog sociodemografiniai veiksniai paaiškina 2,5% kognityvinės ortoreksijos variacijos, o papildžius modelį mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniais – 6,6%. Šiame modelyje nei vienas iš sociodemografinių kintamųjų reikšmingai neprognozuoja kognityvinės ortoreksijos. Kai tuo tarpu pirmajame modelyje, kuomet buvo tikrinamas tik sociodemografinių kintamųjų galimas reikšmingumas prognozuojant kognityvinę ortoreksijos dalį, buvo gauta, jog amžius gali prognozuoti kognityvinę ortoreksijos dalį. Antrajame modelyje pastebima, kad išryškėja kitas reikšmingas prediktorius – mitybos rūšis ($\beta = -0,172$, $p < 0,01$). Tai patvirtina vidurkių palyginimų duomenys, jog esant vegetarinei/veganinei mitybai būdingesnė labiau išreikšta ortoreksija, šiuo atveju, kognityvinė ortoreksijos dalis. Įtraukus mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius, nors ir ne daug, tačiau reikšmingai pagerėja ankstesnio modelio prognostinis tikslumas (R^2 pokytis = 0,041, F pokytis = 4,268, $p < 0,05$) (4 lentelė).

Trečiajame modelyje, įtraukus kūno vaizdo kintamųjų bloką, paaiškinamos variacijos procentas padidėja iki 9,1%. Įtraukus šį kintamųjų bloką, taip pat reikšmingai pagerėja ankstesnio modelio prognostinis tikslumas (R^2 pokytis = 0,025, F pokytis = 2,662, $p < 0,05$) (4 lentelė). Iš kūno vaizdo kintamųjų kognityvinę ortoreksijos dalį reikšmingai prognozuoja norimas kūno vaizdas ($\beta = 0,178$, $p < 0,05$). Taip pat, kaip reikšmingas prediktorius, išlieka mitybos rūšis ($\beta = -0,158$, $p < 0,05$). Tai reiškia, jog esant didesniam kūno vaizdui prognozuojamas žemesnis ortoreksijos pasireiškimas. Tuo tarpu mitybos apribojimų taikymas (buvimas vegetaru/veganu/kt.) prognozuoja didesnę ortoreksijos išreikštumą. Į ketvirtąjį modelį įtraukus sveikatos kintamųjų bloką modelis statistiškai reikšmingai nepasikeičia (7 lentelė). Nei vienas iš sveikatos veiksnių statistiškai reikšmingai neprognozuoja kognityvinės ortoreksijos dalies. Tačiau, sociodemografiniai kintamieji, mitybos ir fizinio aktyvumo kintamieji, kūno vaizdo bei sveikatos veiksniai, visi kartu, paaiškina 10,6% kognityvinės ortoreksijos duomenų dispersijos (4 lentelė). Tačiau statistiškai reikšmingi prediktoriai šiame modelyje lieka tie patys – mitybos rūšis ($\beta = -0,146$, $p < 0,05$) ir norimas kūno vaizdas ($\beta = 0,167$, $p < 0,05$).

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojama klinikinė ortoreksijos dalis, pateikiami 5-oje lentelėje. Pirmame modelyje į klinikinės ortoreksijos prognozę buvo įtraukti tik sociodemografiniai kintamieji, kurie paaiškina 7,6% duomenų sklaidos. Tačiau tik vienas kintamasis – amžius, statistiškai reikšmingai ($\beta = -0,208$, $p < 0,001$) pasižymėjo prognostiniu ryšiu. Šiame modelyje vyresnis amžius prognozuoja labiau išreikštą klinikinę ortoreksijos dalį, kai tuo

tarpu jaunesnis amžius, pirmajame modelyje, siejamas su labiau išreikšta kognityvine ortoreksija. Į prognostinį modelį įtraukus mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnių bloką nei vienas kintamasis (net ir prieš tai reikšmingas amžius) neprognozavo klinikinės ortoreksijos dalies. Šis modelis paaiškina 8% duomenų dispersijos.

5 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant klinikinę ortoreksijos dalį.

<i>Klinikinę ortoreksijos dalį prognozuoja</i>	1 modelis	2 modelis	3 modelis	4 modelis	
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	-0,208***	-0,209	-0,215***	-0,215***	
Lytis	0,019	0,021	-0,033	-0,027	
Išsilavinimas	-0,069	-0,058	-0,049	-0,039	
Šeiminė padėtis	-0,216***	-0,216	-0,219***	-0,225***	
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai					
Mitybos rūšis		-0,048	-0,061	-0,068	
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas		0,031	-0,033	-0,059	
Sportavimas per paskutinius 6 mėn.		-0,029	-0,038	-0,024	
Kūno vaizdo veiksniai					
Norimas kūno vaizdas			0,158*	0,155**	
Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu			-0,162*	-0,126	
KMI			-0,106	-0,082	
Sveikatos veiksniai					
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas				0,055	
Hipochondrija				-0,175**	
Neigiamų ligos pasekmių vertinimas				0,015	
	R ²	0,076	0,080	0,134	0,167
	F	6,002***	3,607***	4,423***	4,371***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai.

Trečias modelis, kuris apima sociodemografinius veiksnius, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius bei kūno vaizdo kintamuosius, bendrai paaiškina 13,4% klinikinės ortoreksijos įverčių variacijos. Papildžius modelį kūno vaizdo kintamaisiais prognostinis tikslumas reikšmingai pagerėjo (R^2 pokytis = 0,053, F pokytis = 5,900, $p = 0,001$). Šiame modelyje klinikinę ortoreksijos dalį statistiškai reikšmingai prognozuoja 4 kintamieji. Amžius ($\beta = -0,215$, $p < 0,001$), šeiminė padėtis ($\beta = -0,219$, $p < 0,001$), norimas kūno vaizdas ($\beta = 0,158$, $p = 0,05$), nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ($\beta = -0,162$, $p = 0,05$).

Ketvirtame modelyje, be anksčiau aprašytų veiksnių, buvo įtraukti sveikatos veiksniai. Šis modelis nuo ankstesnio skiriasi statistiškai reikšmingai (R^2 pokytis = 0,033, F pokytis = 3,773, $p = 0,011$) (9 lentelė). Šiame modelyje reikšmingi prediktoriai: amžius ($\beta = -0,215$, $p < 0,001$), šeiminė

padėtis ($\beta = -0,225$, $p < 0,001$), nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ($\beta = -0,162$, $p = 0,05$) bei hipochondrija ($\beta = -0,175$, $p < 0,001$). O tai reiškia, jog vyresnis amžius, didesnis nepasitenkinimas savo kūnu bei aukštesnis hipochondrijos išreikštumas prognozuoja didesnę klinikinės ortoreksijos pasireiškimą. Sociodemografiniai veiksniai, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai visi kartu paaiškina 16,7% klinikinės ortoreksijos duomenų sklaidos.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojama klinikinė ortoreksijos dalis, pateikiami 5-oje lentelėje. Nei vienas iš sociodemografinių veiksnių reikšmingai neprognozuoja emocinės ortoreksijos dalies. O bendrai visi sociodemografiniai kintamieji prognozuoja tik 1,9% emocinės ortoreksijos duomenų sklaidos. Tuo tarpu į modelį įtraukus mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius modelis statistiškai reikšmingai pasikeičia (R^2 pokytis = 0,042, F pokytis = 4,363, $p = 0,005$) (7 lentelė). Šiame modelyje reikšmingas prediktorius – mitybos rūšis ($\beta = -0,201$, $p < 0,001$). Kartu sociodemografiniai kintamieji ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai (iš kurių reikšmingos tik mitybos rūšies prediktorius) paaiškina 6,1% emocinės ortoreksijos duomenų sklaidos.

6 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant emocinę ortoreksijos dalį.

<i>Emocinę ortoreksijos dalį prognozuoja</i>	1 modelis	2 modelis	3 modelis	4 modelis	
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	-0,075	-0,107	-0,108	-0,114	
Lytis	-0,112	-0,086	-0,078	-0,061	
Išsilavinimas	-0,037	-0,045	-0,048	-0,064	
Šeiminių padėtis	0,022	0,054	0,055	0,053	
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai					
Mitybos rūšis		-0,201***	-0,200***	-0,188**	
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas		0,031	-0,020	-0,015	
Sportavimas per paskutinius 6 mėn.		-0,029	-0,032	-0,040	
Kūno vaizdo veiksniai					
Norimas kūno vaizdas			-0,055	-0,076	
Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu			0,009	0,005	
KMI			0,047	0,039	
Sveikatos veiksniai					
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas				-0,151**	
Hipochondrija				-0,200**	
Neigiamų ligos pasekmių vertinimas				-0,012	
	R^2	0,019	0,061	0,064	0,104
	F	1,384	2,688	1,951	2,526

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai.

Trečiajame modelyje be sociodemografinių kintamųjų bei mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnių buvo įvesta dar ir kūno vaizdo veiksnių grupė. Šis modelis paaiškina 6,4% emocinės ortoreksijos duomenų variacijos ir nuo ankstesnio statistiškai reikšmingai nesiskiria. Taigi, šiame modelyje naujų, statistiškai reikšmingų prediktorių, nenustatyta. Tuo tarpu į modelį įtraukus sveikatos veiksnių grupę modelis statistiškai reikšmingai pasikeičia (R^2 pokytis = 0,040, F pokytis = 4,225, $p = 0,006$) (7 lentelė). Iš sveikatos veiksnių kintamųjų grupės emocinės ortoreksijos dalį reikšmingai prognozuoja subjektyvus savo sveikatos vertinimas ($\beta = -0,151$, $p < 0,05$) ir hipochondrija ($\beta = -0,200$, $p < 0,05$). Taigi, emocinė ortoreksija labiau pasireiškia esant geresniam savo sveikatos vertinimui bei labiau išreikštai hipochondrijai. Šiame modelyje mitybos rūšis taip pat išlieka statistiškai reikšmingas prognostinis veiksnys ($\beta = -0,200$, $p < 0,001$).

Žemiau (7-oje lentelėje) pateikiami prognostiniuose modeliuose naudojamų kintamųjų grupių paaiškinamos variacijos rodikliai.

7 lentelė. Determinacijos koeficiento pokyčiai prognozuojant ortoreksijos dėmenis.

		Priklausomi kintemieji		
Prognozuojantys veiksniai		Kognityvinė ortoreksija	Klinikinė ortoreksija	Emocinė ortoreksija
Sociodemografiniai veiksniai	R^2 pokytis	0,025	0,076	0,019
	F pokytis	1,848	6,002	1,384
	F pokyčio p reikšmė	0,120	<0,001	0,239
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai	R^2 pokytis	0,041	0,004	0,042
	F pokytis	4,268	0,457	4,363
	F pokyčio p reikšmė	0,006	0,712	0,005
Kūno vaizdo veiksniai	R^2 pokytis	0,025	0,053	0,003
	F pokytis	2,662	5,900	0,279
	F pokyčio p reikšmė	0,048	0,001	0,841
Sveikatos veiksniai	R^2 pokytis	0,014	0,033	0,040
	F pokytis	1,533	3,773	4,225
	F pokyčio p reikšmė	0,206	0,011	0,006

Iš 7 lentelės rezultatų matyti, jog sociodemografinių kintamųjų grupė nėra reikšminga prognozuojant kognityvinę ir emocinę ortoreksijos dalį. Tačiau sociodemografiniai kintamieji paaiškina 7,6% klinikinės ortoreksijos duomenų sklaidos. Tuo tarpu mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnių blokas nėra reikšmingas prognozuojant klinikinę ortoreksijos dalį, bet prie kognityvinės ir emocinės ortoreksijos dalies prideda 4,1% – 4,2% variacijos paaiškinimo. Į modelį įtraukus kūno vaizdo veiksnius, jie statistiškai reikšmingai pagerina kognityvinės ir klinikinės ortoreksijos dalies duomenų paaiškinimą. Prie kognityvinės dalies šie veiksniai prideda 2,5% duomenų paaiškinimo, o klinikinės – 5,3%. Tuo tarpu kūno vaizdo veiksniai nėra statistiškai reikšmingi prognozuojant

emocinę ortoreksijos dalį. Sveikatos veiksniai tampa svarbūs klinikiniai ortoreksijos daliai (prideda 3,3%) bei emociniai (4%). Tačiau prognozuojant kognityvinę ortoreksijos dalį šie veiksniai prideda tik 1,4% ir tai laikoma nereikšmingu modelio pokyčiu.

3.3. Psichologinės gerovės prognozavimas pagal sociodemografinius veiksnius, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius, kūno vaizdo, sveikatos kintamųjų veiksnius bei ortoreksijos dėmenis

Šiame darbe taip pat buvo keliami prielaidai, jog psichologinė gerovė susijusi su ortoreksijos išreikštumu. Norint patikrinti, ar ortoreksijos dėmenys prognozuoja psichologinės gerovės dėmenis, buvo nuspręsta atlikti hierarchinę psichologinės gerovės regresinę analizę. Šiame darbe nebuvo kelto tikslo, įvertinti psichologinės gerovės, sociodemografinių charakteristikų, mitybos ir fizinio aktyvumo veiksmų, kūno vaizdo ir sveikatos kintamųjų sąsajų. Buvo keliami prielaidai, jog visi šie prieš tai minėti kintamieji gali prognozuoti ortoreksijos išreikštumą, o ortoreksija, savo ruožtu, atsiliepti psichologinei gerovei. Dėl šios priežasties, visi regresiniame modelyje esantys kintamųjų blokai naudoti tarsi kontroliniai kintamieji, kurie leidžia įvertinti, kiek ortoreksija prisideda prie psichologinės gerovės išreikštumo. Iš pradžių į modelį buvo įtrauktos sociodemografinės charakteristikos, tuomet mitybos ir fizinio aktyvumo veiksmų blokas, tada pridėta kūno vaizdo kintamųjų grupė bei sveikatos veiksmų grupė. Galiausiai, į modelį buvo įtraukti ir ortoreksijos dėmenys. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojamas emocinis psichologinės gerovės dėmuo, pateikiamas 8-oje lentelėje.

8 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant emocinę psichologinės gerovės dalį.

<i>Emocinę psichologinės gerovės dalį prognozuoja</i>	1 modelis Beta (β)	2 modelis Beta (β)	3 modelis Beta (β)	4 modelis Beta (β)	5 modelis Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	-0,033	-0,015	-0,050	-0,040	-0,038
Lytis	-0,047	-0,059	-0,066	-0,035	-0,052
Išsilavinimas	-0,074	-0,051	-0,065	-0,021	-0,023
Šeiminė padėtis	0,007	-0,004	-0,006	-0,044	-0,036
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai					
Mitybos rūšis		0,044	0,048	0,015	-0,015
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas		0,098	0,107	0,012	0,018
Sportavimas per paskutinius 6 mėn.		-0,047	-0,053	-0,038	-0,019
Kūno vaizdo veiksniai					
Norimas kūno vaizdas			-0,076	-0,083	-0,054

Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu				-0,055	0,039	0,042
KMI				0,158	0,209**	0,203*
Sveikatos veiksniai						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas					0,256***	0,230***
Hipochondrija					-0,131*	-0,156*
Neigiamų ligos pasekmių vertinimas					-0,250***	-0,243***
Ortoreksijos dėmenys						
Kognityvinė ortoreksija						-0,176**
Klinikinė ortoreksija						-0,007
Emocinė ortoreksija						-0,021
	R ²	0,008	0,027	0,038	0,210	0,241
	F	0,606	1,145	1,138	5,818***	5,564***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo, sveikatos veiksniai ir ortoreksijos dėmenys.

Iš 8-oje lentelėje pateiktų rezultatų matyti, jog nei vienas iš sociodemografinių kintamųjų statistiškai reikšmingai neprognozuoja emocinės psichologinės gerovės dalies. Į modelį įtraukus mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius, modelis reikšmingai nepasikeičia. Visi kartu kintamieji paaiškina tik 2,7% emocinės psichologinės gerovės duomenų dispersijos. Nei vienas iš modelyje esančių kintamųjų statistiškai reikšmingai neprognozuoja emocinės psichologinės gerovės duomenų sklaidos. Įtraukus kūno vaizdo grupės kintamuosius, modelis paaiškina 3,8% duomenų sklaidos. Tačiau nuo ankstesnio modelio statistiškai reikšmingai nesiskiria. Prie modelio pridėjus sveikatos veiksnius atsiranda reikšmingas pokytis (R^2 pokytis = 0,172, F pokytis = 20,641 $p < 0,001$) (13 lentelė). Vienas iš prognostinių kintamųjų šiame modelyje – KMI ($\beta = 0,209$, $p < 0,005$). Tuo tarpu visi sveikatos veiksmių grupės kintamieji statistiškai reikšmingai prognozuoja emocinę psichologinės gerovės dalį. Subjektyvus sveikatos vertinimas ($\beta = 0,256$, $p < 0,001$), hipochondrija ($\beta = -0,131$, $p < 0,05$), neigiamų ligos pasekmių vertinimas ($\beta = -0,206$, $p < 0,001$). Gauti rezultatai rodo, jog esant geresniam savo sveikatos vertinimui – didėja emocinė gerovė. Tuo tarpu, esant labiau išreikštai hipochondrija bei stipriau vertinant neigiamas ligos pasekmes emocinė gerovė mažėja. Visi prieš tai minėti kintamųjų blokai paaiškina 21% emocinės psichologinės gerovės dalies dispersijos. O pridėjus ortoreksijos dėmenis paaiškinamos variacijos procentas padidėja iki 24,1% ir regresiniame modelyje išryškėja dar vienas reikšmingas prediktorius – kognityvinė ortoreksijos dalis ($\beta = -0,176$, $p < 0,005$). Šis rezultatas kiek netikėtas, kadangi rodo, jog didėjant kognityvinės ortoreksijos išreikštumui didėja ir emocinė gerovė.

Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojama socialinė psichologinės gerovės dalis, pateikiami 9-oje lentelėje. Analizės rezultatai rodo, kad vien sociodemografiniai veiksniai paaiškina 3,6% socialinės gerovės variacijos. Į modelį įtraukus mitybos ir fizinio aktyvumo grupės veiksnius prognozės tikslumas padidėja iki 6,7%. Šis modelis statistiškai reikšmingai (R^2 pokytis = 0,030, F pokytis = 3,150, $p < 0,05$) (10 lentelė) skiriasi nuo ankstesniojo. Iš mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnių grupės statistiškai reikšmingas tampa subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas ($\beta = 0,137$, $p < 0,05$) prognozuojant socialinę emocinės gerovės dalį. Didėjant fiziniam aktyvumui didėja ir emocinė gerovė.

Trečiajame modelyje be sociodemografinių veiksnių bei mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnių grupės buvo įtraukti kūno vaizdo grupės kintamieji. Šis modelis paaiškina 8% socialinės gerovės duomenų variacijos ir nuo ankstesnio statistiškai reikšmingai nesiskiria. Šiame modelyje reikšmingi prediktoriai yra du. Išsilavinimas ($\beta = -0,129$, $p < 0,05$) ir subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas ($\beta = 0,137$, $p < 0,05$). O tai reiškia, jog esant žemesniam išsilavinimui mažėja ir psichologinė gerovė. Tuo tarpu esant didesniam fiziniam aktyvumui būdinga didesnė emocinė gerovė. Sveikatos grupės įtraukimas pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą (R^2 pokytis = 0,090, F pokytis = 10,225, $p < 0,001$) (11 lentelė). Iš sveikatos kintamųjų statistiškai reikšmingai socialinę psichologinės gerovės dalį prognozuoja neigiamų ligos pasekmių vertinimas. Tuo tarpu sociodemografiniai kintamieji bei mitybos ir fizinio aktyvumo grupės kintamieji šiame modelyje neturi reikšmingos prognostinės vertės. Tačiau iš kūno vaizdo veiksnių socialinę psichologinės gerovės dalį reikšmingai prognozuoja KMI. Šioje vietoje didesnis KMI siejamas su aukštesne socialine gerove. Visi kartu kintamieji paaiškina 17% socialinės gerovės duomenų sklaidos. Tuo tarpu įtraukus ortoreksijos dėmenis, toks modelis, paaiškina 18,7% socialinės gerovės dispersijos. Šis modelis statistiškai reikšmingai (R^2 pokytis = 0,030, F pokytis = 3,736, $p < 0,012$) (11 lentelė) pagerina modelio prognostinį tikslumą. Tačiau nei vienas iš ortoreksijos dėmenų statistiškai reikšmingai neprognozuoja socialinės gerovės. Šis modelis statistiškai reikšmingai nesiskiria nuo prieš tai buvusio.

9 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant socialinę psichologinės gerovės dalį.

<i>Socialinę psichologinės gerovės dalį prognozuoja</i>	1 modelis Beta (β)	2 modelis Beta (β)	3 modelis Beta (β)	4 modelis Beta (β)	5 modelis Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	0,061	0,080	0,032	0,038	0,024
Lytis	-0,051	-0,064	-0,085	-0,052	-0,066
Išsilavinimas	-0,144*	-0,113	-0,129*	-0,110	-0,115*
Šeiminė padėtis	0,098	0,088	0,084	0,057	0,052
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai					

Mitybos rūšis	0,025	0,028	0,012	-0,016		
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas	0,139*	0,137*	0,080	0,080		
Sportavimas per paskutinius 6 mėn.	-0,054	-0,065	-0,062	-0,049		
Kūno vaizdo veiksniai						
Norimas kūno vaizdas		-0,038	-0,054	-0,032		
Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu		-0,095	-0,049	-0,054		
KMI		0,164	0,179*	0,173*		
Sveikatos veiksniai						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas			0,080	0,062		
Hipochondrija			-0,061	-0,092		
Neigiamų ligos pasekmių vertinimas			-0,260***	-0,255***		
Ortoreksijos dėmenys						
Kognityvinė ortoreksija				-0,108		
Klinikinė ortoreksija				-0,054		
Emocinė ortoreksija				-0,047		
	R ²	0,036	0,067	0,080	0,170	0,187
	F	2,744	2,952	2,501	4,469	4,042

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo, sveikatos veiksniai ir ortoreksijos dėmenys.

Toliau (10-oje lentelėje) pateikiami hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai, kai buvo prognozuojama psichologinė gerovės dalis. Pirmame modelyje į psichologinės gerovės prognozę buvo įtraukti tik sociodemografiniai kintamieji. Tačiau nei vienas iš kintamųjų nepasižymi reikšmingu prognostiniu ryšiu. Įvedus į regresinę lygtį mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius modelio prognostinis tikslumas pagerėja ir paaiškina 4,1% psichologinės gerovės duomenų sklaidos. Šis pokytis statistiškai reikšmingas (R^2 pokytis = 0,037, F pokytis = 3,759, $p = 0,011$) (11 lentelė). Tačiau šiame modelyje taip pat dar nei vienas prediktorius statistiškai reikšmingai neprognozuoja psichologinės gerovės.

10 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant psichologinę gerovės dalį.

<i>Psichologinę gerovės dalį prognozuoja</i>	1 modelis	2 modelis	3 modelis	4 modelis	5 modelis
	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)	Beta (β)
Sociodemografiniai veiksniai					
Amžius	0,015	0,040	-0,014	-0,005	-0,001
Lytis	-0,033	-0,051	-0,082	-0,051	-0,068
Išsilavinimas	-0,040	-0,005	-0,023	0,017	0,015
Šeiminių padėtis	-0,017	-0,029	-0,034	-0,070	-0,057

Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai						
Mitybos rūšis		0,053	0,052	0,022		-0,009
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas		0,105	0,094	0,007		0,014
Sportavimas per paskutinius 6 mėn.		-0,107	-0,120	-0,108		-0,088
Kūno vaizdo veiksniai						
Norimas kūno vaizdas			-0,075	-0,082		-0,059
Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu			-0,154*	-0,070		-0,065
KMI			0,215*	0,259***		0,256***
Sveikatos veiksniai						
Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas				0,230***		0,201**
Hipocondrija				-0,108		-0,132*
Neigiamų ligos pasekmių vertinimas				-0,248***		-0,241***
Ortoreksijos dėmenys						
Kognityvinė ortoreksija						-0,168**
Klinikinė ortoreksija						0,010
Emocinė ortoreksija						-0,037
	R ²	0,004	0,041	0,065	0,212	0,242
	F	0,292	1,783	2,003*	5,882***	5,613***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. 1 modelis – sociodemografiniai veiksniai; 2 modelis – sociodemografiniai ir mitybos bei fizinio aktyvumo veiksniai; 3 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo veiksniai; 4 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo ir sveikatos veiksniai; 5 modelis – sociodemografiniai, mitybos ir fizinio aktyvumo, kūno vaizdo, sveikatos veiksniai ir ortoreksijos dėmenys.

Trečiame modelyje, įtraukus kūno vaizdo kintamuosius modelio prognostinis tikslumas padidėjo iki 6,5% (11 lentelė). Nors šis pokytis statistiškai nereikšmingas, tačiau šiame modelyje matyti du reikšmingi prediktoriai prognozuojant psichologinę gerovę. Tai nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ($\beta = -0,154$, $p < 0,05$) ir KMI ($\beta = 0,215$, $p < 0,05$). Esant didesniai nepasitenkinimui savo kūno vaizdu prastėja psichologinė gerovė. Modelio prognostinis tikslumas statistiškai reikšmingai (R^2 pokytis = 0,090, F pokytis = 10,225, $p < 0,001$) pagerėjo įtraukus sveikatos veiksnius. Iš sveikatos grupės kintamųjų psichologinę gerovę statistiškai reikšmingai prognozuoja subjektyvus sveikatos būklės vertinimas ($\beta = 0,230$, $p < 0,001$) ir neigiamų ligos pasekmių vertinimas ($\beta = -0,248$, $p < 0,001$). Psichologinė gerovė didesnė palankiau vertinant savo sveikatą ir silpniau vertinant neigiamas ligos pasekmes. Be sveikatos grupės kintamųjų šiame modelyje psichologinę gerovę statistiškai reikšmingai prognozuoja ir KMI ($\beta = 0,259$, $p < 0,001$). Šis rezultatas irgi kiek netikėtas, kadangi gaunama, jog didesnis KMI balas prognozuoja didesnę psichologinę gerovę. Šis modelis paaiškina 21,4% psichologinės gerovės duomenų sklaidos. Dar vienas reikšmingas (R^2 pokytis = 0,030, F pokytis = 3,717, $p = 0,012$) modelio pokytis stebimas į

modelį įtraukus ortoreksijos dėmenis. Tačiau tik kognityvinė ortoreksijos dalis ($\beta = -0,168$, $p < 0,005$) statistiškai reikšmingai prognozuoja psichologinę gerovę. Didėjant kognityvinės ortoreksijos išreikštumui didėja ir psichologinė gerovė, ko nebuvo tikėtasi.

Žemiau (11-oje lentelėje) pateikiami prognostiniuose modeliuose naudojamų kintamųjų grupių paaiškinamos variacijos rodikliai.

11 lentelė. Determinacijos koeficiento pokyčiai prognozuojant psichologinės gerovės dėmenis.

		Priklausomi kintamieji		
Prognozuojantys veiksniai		Emocinė gerovė	Socialinė gerovė	Psichologinė gerovė
Sociodemografiniai veiksniai	R ² pokytis	0,008	0,036	0,004
	F pokytis	0,606	2,744	0,292
	F pokyčio p reikšmė	0,659	0,029	0,883
Mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai	R ² pokytis	0,019	0,030	0,037
	F pokytis	1,858	3,150	3,759
	F pokyčio p reikšmė	0,137	0,025	0,011
Kūno vaizdo veiksniai	R ² pokytis	0,011	0,014	0,024
	F pokytis	1,117	1,417	2,455
	F pokyčio p reikšmė	0,342	0,238	0,063
Sveikatos veiksniai	R ² pokytis	0,172	0,090	0,147
	F pokytis	20,641	10,225	17,648
	F pokyčio p reikšmė	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Ortoreksijos dėmenys	R ² pokytis	0,030	0,017	0,030
	F pokytis	3,736	1,991	3,717
	F pokyčio p reikšmė	0,012	0,116	0,012

Iš 11-oje lentelėje pateiktų rezultatų matyti, jog kūno vaizdo kintamųjų grupė statistiškai reikšmingai neprišidėjo aiškinant psichologinės gerovės dėmenų duomenų dispersiją. Šie kintamieji prie modelio pridėjo 1,1% – 2,4% ir toks modelio pokytis laikomas statistiškai nereikšmingu. Tuo tarpu sveikatos kintamųjų grupė buvo statistiškai reikšminga aiškinant visus psichologinės gerovės dėmenis. Prie emocinės gerovės modelio šie veiksniai pridėjo 17,2% duomenų paaiškinimo, prie socialinės gerovės 9%, o psichologinės gerovės – 14,7%. Taigi, aiškinant psichologinės gerovės dėmenis, prie modelio pridėjus sveikatos veiksnius modelis statistiškai reikšmingai pakito ir prognostinis tikslumas padidėjo. Sociodemografinių veiksnių grupė buvo reikšminga tik socialinėje emocinės gerovės dalyje. Pirminiame socialinės gerovės modelyje sociodemografiniai kintamieji paaiškino 3,6% duomenų sklaidos, kai tuo tarpu emocinės ir psichologinės gerovės šie kintamieji paaiškino tik 0,4% – 0,8%. Prie pirminių modelių pridėjus mitybos ir fizinio aktyvumo veiksnius statistiškai reikšmingai padidėjo socialinės ir psichologinės gerovės modelių prognostinė vertė. Prie

socialinės gerovės modelio šie veiksniai pridėjo 3% duomenų sklaidos paaiškinimo, o prie psichologinės gerovės 3,7%. Galiausiai, į modelį įtraukus ortoreksijos dėmenis buvo pastebėta statistiškai reikšmingų modelio pokyčių. Ortoreksijos dėmenys, emocinę ir psichologinę gerovę aiškinančius modelius padidino 3%. Atlikta analizė parodė, kad šie determinacijos koeficiento pokyčiai prognozuojant emocinės ir psichologinės gerovės dėmenis yra statistiškai reikšmingi.

Toliau šiame darbe buvo nuspręsta atlikti žingsninę regresinę analizę taikant stepwise metodą. Tokiu būdu patikrinti, kokius nepriklausomus kintamuosius, prognozuojant ortoreksijos dėmenis, regresiniame modelyje siūlo palikti pati programa. Galutiniai žingsninės regresijos modeliai, prognozuojant skirtingus ortoreksijos dėmenis, pateikti 12-oje lentelėje.

12 lentelė. Galutiniai žingsninės regresijos modeliai, prognozuojant ortoreksijos dėmenis.

Prognozuojantys veiksniai	Ortoreksijos dėmenys					
	Kognityvinė ortoreksija		Klinikinė ortoreksija		Emocinė ortoreksija	
	β	P – reikšmė	β	P – reikšmė	β	P – reikšmė
Amžius	–	–	-0,185	0,001	-0,114	0,047
Šeiminė padėtis	–	–	-0,238	< 0,000	–	–
Mitybos rūšis	-0,177	0,002	–	–	-0,193	0,001
Norimas kūno vaizdas	0,174	0,002	–	–	–	–
Nepasitenkinimas kūno vaizdu	–	–	-0,159	0,004	–	–
Subjektyvus savo sveikatos vertinimas	–	–	–	–	-0,155	0,013
Hipocondrija	–	–	-0,186	0,001	-0,198	0,001
Statistinės charakteristikos						
F	10,731	<0,001	12,212	<0,001	6,896	<0,001
R ²	0,068		0,143		0,086	

Pastaba. „–“ reiškia, jog prognostinis kintamasis galutiniame modelyje statistiškai reikšmingai neprognozuoja ortoreksijos dėmens.

Atlikus žingsninę regresinę analizę, taikant stepwise metodą, galutiniuose modeliuose liko tik statistiškai reikšmingi prediktoriai. Iš 12-oje lentelėje pateiktų rezultatų matyti, jog kognityvinę ortoreksijos dalį statistiškai reikšmingai prognozuoja mitybos rūšis ir norimas kūno vaizdas. Šie rezultatai rodo, jog vegetarai, veganai pasižymi labiau pasireiškiančia kognityvine ortoreksijos dalimi. Taip pat rezultatai rodo, jog esant didesniai norimo kūno vaizdui mažėja kognityvinės ortoreksijos pasireiškimas. Kartu šie veiksniai paaiškina 6,8% kognityvinės ortoreksijos duomenų sklaidos. Tuo tarpu klinikinę ortoreksijos dalį galutiniame modelyje prognozuoja 4 kintamieji, kurie visi kartu paaiškina 14,3% klinikinės ortoreksijos duomenų dispersijos. Vienas iš reikšmingų prediktorių yra amžius (vyresniam amžiui būdinga stipriau išreikšta ortoreksija). Kitas – šeiminė padėtis (neturintiems partnerio (-ės) būdinga labiau išreikšta klinikinė ortoreksijos dalis). Klinikinę

ortoreksijos dalį statistiškai reikšmingai prognozuoja dar ir nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ir hipochondrija. Esant didesniai nepasitenkinimui savo kūno vaizdu bei labiau išreikštai hipochondrijai – labiau pasireiškia klinikinė ortoreksijos dalis. Pastebima, jog emocinę ortoreksijos dalį taip pat prognozuoja 4 kintamieji: amžius, mitybos rūšis, subjektyvus savo sveikatos vertinimas bei hipochondrija. Tai reiškia, jog vyresnis amžius, vegetarinė/veganinė/kt. mityba, geresnis savo sveikatos vertinimas bei labiau išreikšta hipochondrija statistiškai reikšmingai prognozuoja emocinės ortoreksijos išreikštumą. Visi šie statistiškai reikšmingi prediktoriai kartu paaiškina 8,6% emocinės ortoreksijos dalies duomenų sklaidos.

Šiame darbe taip pat buvo nuspręsta atlikti žingsninę regresinę analizę, taikant stepwise metodą, prognozuojant psichologinės gerovės dėmenis. Galutiniai žingsninės regresijos modeliai, prognozuojant skirtingus psichologinės gerovės dėmenis, pateikti 13-oje lentelėje.

13 lentelė. Galutiniai žingsninės regresijos modeliai, prognozuojant psichologinės gerovės dėmenis.

Prognozuojantys veiksniai	Psichologinės gerovės dėmenys					
	Emocinė gerovė		Socialinė gerovė		Psichologinė gerovė	
	β	p – reikšmė	β	p – reikšmė	β	p – reikšmė
Išsilavinimas	–	–	-0,129	0,018	–	–
KMI	0,170	0,003			0,189	0,001
Subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas	–	–	0,137	0,015	–	–
Subjektyvus savo sveikatos vertinimas	0,223	< 0,000	–	–	0,220	< 0,000
Hipochondrija	-0,148	0,019	–	–	-0,139	0,001
Neigiamų ligos pasekmių vertinimas	-0,243	< 0,000	-0,301	< 0,000	-0,242	< 0,000
Kognityvinis ortoreksijos dėmuo	-0,187	< 0,000	-0,124	0,023	–	–
	Statistinės charakteristikos					
F	17,203	<0,001	11,289	<0,001	16,648	<0,001
R ²	0,228		0,162		0,222	

Pastaba. „–“ reiškia, jog prognostinis kintamasis galutiniame modelyje statistiškai reikšmingai neprognozuoja ortoreksijos dėmens.

Prognostiniuose modeliuose pasirinktas stepwise metodas paliko tik statistiškai reikšmingus prediktorius. Statistiškai nereikšmingi kintamieji į analizę nebuvo įtraukti. Matome, jog prognozuojant emocinę gerovę statistiškai reikšmingi prediktoriai (kurių šiame modelyje yra 5) paaiškina 22,8% duomenų sklaidos. Galutiniame modelyje (13 lentelė), prognozuojant emocinę gerovę, statistiškai reikšmingi prediktoriai yra: KMI, subjektyvus savo sveikatos vertinimas, hipochondrija, neigiamų ligos pasekmių vertinimas bei kognityvinis ortoreksijos dėmuo. Tuo tarpu socialinę gerovę statistiškai reikšmingai prognozuoja išsilavinimas, subjektyvus fizinio aktyvumo vertinimas, neigiamų ligos pasekmių vertinimas bei kognityvinis ortoreksijos dėmuo. Visi kartu

statistiškai reikšmingi prediktoriai gali paaiškinti 16,2% socialinės gerovės dispersijos. Galutiniame modelyje, psichologinę gerovę statistiškai reikšmingai prognozuoja KMI, subjektyvus savo sveikatos vertinimas, hipochondrija ir neigiamų ligos pasekmių vertinimas. Rezultatai rodo, jog esant palankesniai savo sveikatos vertinimui ir aukštesniai KMI gerėja emocinė gerovė. Tuo tarpu psichologinė gerovė mažėja esant labiau išreikštai hipochondrijai, kognityvinei ortoreksijai bei nepalankiau vertinant neigiamos ligos pasekmes. Minėti reikšmingi prediktoriai gali paaiškinti 22,2% psichologinės gerovės duomenų sklaidos.

Apibendrinus gautus rezultatus, galima teigti, jog nors modeliai ir turi statistiškai reikšmingų prognostinių kintamųjų, tačiau paaiškina sąlyginai nedidelę duomenų sklaidą. Atlikus hierarchinę tiesinę regresiją buvo gauta, jog modeliai paaiškina 10,4% – 16,7% ortoreksijos dėmenų dispersijos ir 18,7% – 24,2% psichologinės gerovės variacijos. Tuo tarpu, atlikus žingsninę regresinę analizę, galutiniuose modeliuose, kuriuose liko tik statistiškai reikšmingi kintamieji, ortoreksijos dėmenų paaiškinimo procentas varijuoja tarp 6,8% ir 14,3%. O galutiniuose psichologinės gerovės dėmenų prognozavimo modeliuose, dėmenų paaiškinimo procentas varijuoja tarp 16,2% ir 22,8%. Tai reiškia, jog galimai egzistuoja kiti, į regresijos modelį neįtraukti veiksniai, kurie prognozuoja didžiąją dalį ortoreksijos bei psichologinės gerovės. Kita vertus, įtraukti prediktoriai statistiškai reikšmingai prognozuoja dalį ortoreksijos duomenų sklaidos bei psichologinės gerovės dispersijos. Tad, šis rezultatas taip pat leidžia daryti prielaidą apie tai, jog šie kintamieji yra svarbūs plačiau analizuojant ortoreksijos pasireiškimą bei psichologinę gerovę. Gali būti, jog modeliuose naudojamų kintamųjų ryšys su ortoreksijos išreikštumu nėra tiesioginis, tačiau ne mažiau svarbus norint analizuoti ortoreksijos pasireiškimą. Gauti rezultatai patvirtino prielaidą, jog ortoreksija yra susijusi su psichologine gerove. Nors atlikus koreliacinę analizę buvo gauta, jog tik vienas ortoreksijos dėmuo yra statistiškai reikšmingai susijęs su psichologinės gerovės dėmenimis. Tačiau, žingsninės regresinės analizės rezultatai patvirtino, jog kognityvinis ortoreksijos dėmuo statistiškai reikšmingai prognozuoja emocinę ir socialinę psichologinės gerovės dalį. Taip pat, buvo gauta, jog į regresinius modelius įtraukus ortoreksijos dėmenis, statistiškai reikšmingai pasikeičia psichologinės gerovės prognozavimo tikslumas. Ortoreksijos dėmenys (iš kurių statistiškai reikšmingas tik kognityvinis dėmuo) prideda po 3% emocinės ir psichologinės gerovės variacijos paaiškinimo.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti ortoreksijos, nepasitenkinimo kūno vaizdu, susirūpinimo savo sveikata bei psichologinės gerovės sąsajas. Taip pat darbe buvo bandoma patikrinti, ar mitybos ir fizinio aktyvumo veiksniai, nepasitenkinimo savo kūnu kintamieji bei sveikatos grupės veiksniai prognozuoja ortoreksijos išreikštumą. Be to, tikrinta, ar ortoreksijos dėmenys gali prognozuoti psichologinę gerovę. Toliau plačiau apžvelgiami svarbiausi tyrimo rezultatai.

4.1. Ortoreksiją prognozuojantys veiksniai

Šiame tyrime buvo nustatyta, kad ortoreksijos išreikštumas yra didesnis įvairius mitybos apribojimus taikančių asmenų grupėje. Gauti rezultatai rodo, kad esant vegetarinei/veganinei mitybai yra geresnė subjektyviai vertinama sveikatos būklė, lieknė kūnas, mažesnis nepasitenkinimas savo kūno vaizdu lyginant su mitybos apribojimų netaikančiais (visavalgiais). Šiame tyrime gauti rezultatai, jog mitybos rūšis svarbi pasireiškiant ortoreksijai sutampa su kitų tyrėjų darbais (Dell'Osso et al., 2016). Pavyzdžiui, Barthels su kolegomis (2019) savo tyrime gavo rezultatus, jog studentų vegetarų ir veganų kūno svoris statistiškai reikšmingai mažesnis nei visavalgių bei, kad jiems labiau pasireiškia ortoreksijos simptomai. Tačiau, apžvelgus daugiau tyrimų, vegetarinė/veganinė mityba lieka diskutuotinas klausimas ortoreksijos kontekste (McComb & Mills, 2019). Bratman (2017) teigimu, daugumos alternatyvių sveikų mitybos įsitikinimų (pavyzdžiui, veganizmo, žaliavalgystės) galima saugiai laikytis, dauguma tokių alternatyvių mitybos apribojimų taikytojų neturi išreikštos ortoreksijos. Tad, rezultatai, kad vegetarinės, veganinės mitybos atstovams būdinga labiau išreikšta ortoreksija galima pristatyti tik šio tyrimo kontekste bei palyginti jį su kitų autorių imtimis, kuriose buvo gauti panašūs rezultatai.

Atlikta analizė leidžia teigti, kad kūno vaizdo kintamieji reikšmingai susiję su ortoreksijos dėmenimis bei reikšmingai prisideda prie ortoreksijos išreikštumo paaiškinimo. Minėti rezultatai sutampa su kitų autorių įvairiuose tyrimuose gautais rezultatais. Pavyzdžiui, McComb ir Mills (2019) atliktas tyrimas patvirtino, kad nepasitenkinimas kūno vaizdu, liekno kūno siekimas siejamas su didesniu ortoreksijos išreikštumu. Pasak Haman su kolegomis (2015), moterų didesnis ortoreksijos išreikštumas susijęs su suvokimu, jog tik lieknas kūnas yra gražus. Savo tyrime autoriai taip pat gavo rezultatus, kad moterys galvojančios, jog tik lieknas kūnas yra gražus, dažniau mankština, patiria socialinį nerimą, kitaip tariant – stengiasi sulieknėti. Tuo tarpu vyrai, mano, kad tik raumeningas kūnas yra gražus, nori priaugti raumeninės masės (Haman et al., 2015). Be to, literatūroje išskiriamos rizikos grupės (pavyzdžiui, medicinos studentai) susirgti ortoreksija. Nustatyta, jog būsimos medikės moterys yra atidesnės rūpindamosi savo išvaizda bei svoriu (Bağcı Bosi et al., 2007). Minėtų autorių teigimu, asmenys linkę kontroliuoti savo kūno svorį, vartoti

mažiau kaloringą maistą, rūpintis mityba taip pat yra rizikos grupėje susirgti ortoreksija. Kitos rizikos grupės (pavyzdžiui, abiejų lyčių sportininkai, baletu artistai, žmonės praktikuojantys jogą) susirūpinusios, besidominčios savo kūnu ir sveika mityba tam, kad pasiektų gerų fizinių rezultatų (Segura et al., 2015). Tačiau šiai grupei taip pat rūpi jų kūno vaizdas, daugelis net patiria spaudimą atitikti tam tikrus keliamus išvaizdos standartus, tokiu būdu gali pradėti perdėti rūpintis savo mityba. Taigi, galime teigti, kad asmenims, kurie nėra susirūpinę dėl savo kūno vaizdo, nesiekia sulieknėti pasireiškia mažiau ortoreksijai būdingų bruožų.

Liko ir kitų, neaptartų, netiesioginių ryšių, kaip kūno vaizdas gali būti susijęs su ortoreksijos pasireiškimu. Kaip teigia Brytek-Matera su kolegomis (2018), yra tyrimų patvirtinančių, jog perfekcionizmo bruožas reikšmingai prognozuoja ortoreksijos pasireiškimą. Taip pat yra keliami prielaida, jog tokie asmenys gali turėti perfekcionistinę požiūrį ir į savo kūną. Tad, tokiu būdu, siekiant tobulo kūno, rūpinantis sveika mityba gali dar labiau padidėti ortoreksijos pasireiškimas. Šiame darbe nebuvo tirta perfekcionizmo bruožo reikšmė kūno vaizdui bei ortoreksijai, tačiau į kūno vaizdo kintamųjų bloką, buvo įtrauktas dar vienas rodiklis susijęs su kūno vaizdu, tai KMI. Kai kurie tyrėjai savo tyrimuose gauna, jog KMI reikšmingai susijęs prognozuojant ortoreksijos pasireiškimą. Pavyzdžiui, Gramaglia su kolegomis (2019) atliktame tyrime buvo gauta, jog didesni moterų KMI rodikliai susiję su ortoreksijos išreikštumu. Tuo tarpu Oberle su kolegomis (2017), atlikę tyrimą, gavo, jog didesnis vyrų, bet ne moterų KMI susijęs su didesniu ortoreksijos išreikštumu. Tuo tarpu kiti teigia, kad šis prediktorius diskutuotinas (McComb & Mills, 2019), tą patvirtina ir šiame tyrime gauti rezultatai. Treti, remdamiesi atliktais tyrimais, mini, kad KMI nereikšmingas prognozuojant ortoreksiją (Valera et al., 2014; Turner & Lefevre, 2017). Kūno vaizdo kintamųjų ir ortoreksijos ryšio supratimas gali būti naudingas siekiant geriau suprasti kūno vaizdo veiksnių svarbą kitų valgymo sutrikimo kontekste, taip pat į tai galima būtų atsižvelgti rengiant intervencijas. Norint užsiimti psichoedukacija bei parengti ortoreksijai skirtą prevencinę programą svarbu suprasti, kokie veiksniai gali prognozuoti jos pasireiškimą. Tad, toliau aptariami kiti ortoreksijai svarbūs veiksniai.

Remiantis šio tyrimo rezultatais, galime teigti, kad ortoreksijos kontekste yra svarbūs ir su sveikata susiję veiksniai, tokie kaip subjektyvus savo sveikatos vertinimas bei perdėtas susirūpinimas savo sveikata. Aptariant su sveikata susijusių veiksnių grupės svarbą ortoreksijos pasireiškimui, šio tyrimo rezultatų negalime palyginti su kitų autorių atliktais darbais. Kadangi autoriai kelia tik teorines prielaidas, jog šie du konstruktai tarpusavyje susiję, tačiau jas patvirtinančių empirinių tyrimų vis dar itin trūksta. Teoriškai, ortoreksijos atsiradimas siejamas su hipochondrija (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Teigiama, kad hipochondrijos atveju asmuo perdėtai rūpinasi savo sveikata, tuo tarpu ortoreksijos atveju – sveika mityba (kuri, beje, taip pat susijusi su žmogaus sveikata). Kitaip tariant, manoma, jog ortoreksijos atveju asmuo yra tarsi

hipochondrikas mitybos srityje, tad šiame kontekste visiškai natūraliai atrodo gautas rezultatas, kad geriau savo sveikatą vertinę tiriamieji buvo mažiau susirūpinę savo mityba. Hipochondrijos atveju asmenys yra linkę savo „diagnozės“ ieškoti bei simptomus tikrinti internete, pastaruoju metu informacijos apie sveiką mitybą daugiausiai ieškoma taip pat virtualioje erdvėje. Tyrėju teigimu, internete galima rasti ne tik tinkamos, bet ir klaidinančios informacijos, kuri gali sukelti perdėtą susirūpinimą savo sveikata, vadinamą „kiberchondrija“ (Koven & Abry, 2015; Avser, 2017). Hipochondrijos ir ortoreksijos teorinių sąsajų randama ir daugiau, pavyzdžiui, abu šie sutrikimai siejami su padidėjusiu nerimo lygiu, obsesinėmis mintimis ir kompulsyviu elgesiu (Olejniczak & Skonieczna, 2018). Tačiau atliekami empiriniai tyrimai dėmesį labiau kreipia į tai, kaip hipochondrija ir ortoreksija atsiliepia sveikatai, bet nenagrinėja šių dviejų konstrukto tarpusavio ryšio. Šiame tyrime gautas rezultatas patvirtina minėtų autorių išsakytas teorines prielaidas, jog labiau išreikšta hipochondrija siejasi su stipresniu ortoreksijos pasireiškimu.

Apžvelgus kitų tyrėjų atliktus tyrimus, didžiausią neaiškumą nagrinėjant ortoreksiją kelia sociodemografiniai kintamieji. Teigiama, jog kai kurios sociodemografinės charakteristikos, tokios kaip - lytis, amžius, išsilavinimas bei šeiminė padėtis, yra susijusios su ortoreksijos išreikštumu. Vargos su kolegomis (2013) teigimu, atlikti tyrimai patvirtina šią prielaidą, tačiau gaunami rezultatai nėra vieningi. Šiame tyrime gauti rezultatai rodo, jog amžius susijęs su ortoreksijos išreikštumu, jis gali prognozuoti dalį klinikinės ortoreksijos dėmens. Šis rezultatas dera su kai kurių tyrėjų gautais rezultatais, kurie teigia, kad ortoreksija susijusi su amžiumi (Segura-Garcia et al., 2012). Tačiau nesutampa su kitų tyrėjų rezultatais, kurie teigia, jog dažnesnis ortoreksijos pasireiškimas nustatomas jaunesnių asmenų (<21 metų) tarpe (Fidan et al., 2010). Toks nesutapimas gali būti dėl to, kad tyrėjai, dažniausiai tiria studentus, kurių amžiaus vidurkis būna apie 21m., tuo tarpu šiame tyrime amžiaus vidurkis buvo 38 m. Taigi, nors šiuo metu nėra bendro sutarimo, vyresnis ar jaunesnis amžius yra siejamas su labiau išreikšta ortoreksija, šiame tyrime gauti rezultatai prisideda prie kitų tyrėjų darbų išvadų, kurie ortoreksiją sieja su vyresniu amžiumi.

Dar viena neaiškumų kelianti sociodemografinė charakteristika – lytis. Dažniausiai yra teigiama, jog lytis nėra susijusi su ortoreksijos pasireiškimu (Valera et al., 2014; McComb & Mills, 2019). Tačiau yra teigiama ir tai, kad moterims dažniau pasireiškia ortoreksija (Gramaglia et al., 2019) arba, kad vyriška lytis siejama su didesniu ortoreksijos išreikštumu (Oberle et al., 2017). Šiame tyrime gauti rezultatai prisideda prie tyrimų, kurie teigia, jog ortoreksijos išreikštumas pagal lytį nesiskiria. Tačiau, svarbu paminėti, tai, jog šiame tyrime dalyvavo labai nedidelė dalis vyrų. Todėl rezultato, gauto atlikus ortoreksijos išreikštumo palyginimą tarp lyčių, negalime laikyti patikimu. Tačiau remiantis kitų autorių darbais bei jose nustatytais prieštaravimais, galima kelti prielaidą, kad ne lytis savaime yra svarbus ortoreksijos prediktorius, o kiti su kūno vaizdu ar sveikata susiję veiksniai.

Tęsiant demografinių charakteristikų ir ortoreksijos sąsajų aptarimą, šiame tyrime gauti rezultato rodo, jog išsilavinimas nėra su ortoreksija susijęs kintamasis. Tokie tyrimo rezultatai sutampa su kai kurių kitų tyrimų rezultatais, tačiau prieštarauja likusiai daliai tyrimų. Varga su kolegomis (2013), apžvelgę daugelį ortoreksijos tyrimų pastebėjo, jog dažniausiai nėra nustatoma sąsajų tarp ortoreksijos ir išsilavinimo, tačiau dalis tyrėjų teigia, jog didesnis ortoreksijos pasireiškimas siejasi su žemesniu išsilavinimu. Kai kurie tyrėjai, priešingai, aukštesnį išsilavinimo lygį sieja su ortoreksija (Barnes & Caltabiano, 2017). Tuo tarpu ortoreksijos išreikštumas dažniau pastebimas asmenų, neturinčių romantinių santykių tarpe (Varga et al., 2013). Tai patvirtina ir šiame tyrime gauti rezultatai. Tačiau toks rezultatas taip pat diskutuotinas. Nustatyta, jog ortoreksija gali sukelti problemų šeimoje, silpninti socialinius santykius ar net sukelti socialinę izoliaciją (Varga, 2017). Tad, gali būti, kad artimų santykių nebuvimas yra viena iš ortoreksijos pasekmių, o ne prognostinis veiksnys.

Taigi, apžvelgus ortoreksijos prognostinius kintamuosius pastebima, jog didžiausi nesutarimai kyla sociodemografinių charakteristikų tarpe. Tyrėjai gauna vieni kitiems prieštarigus rezultatus, tad, taip ir nelieka aišku, kurie sociodemografiniai kintamieji susiję (ir kaip susiję) su ortoreksija, o kurie yra nereikšmingi. Dalis tokių nesutapimų gali būti dėl labai nevienodų imčių. Pavyzdžiui, vieni tiria studentus, kiti į tyrimą įtraukia klinikinę bei mitybos sutrikimų neturinčių asmenų grupes, treči ieško ortoreksijos prediktorių tarp rizikos grupių (baletų artistų, jogos praktikų, veganų, medikų). Dalis nesutapimų gali atsirasti ir dėl kultūrinių skirtumų bei kritikuojamo instrumento, skirto ortoreksijai vertinti, psichometrinių trūkumų (Dunn et al., 2017; Roncero et al., 2017). Tačiau, nepaisant skirtumų, reikšmingų sąsajų su kai kuriomis sociodemografinėmis charakteristikomis vis tik randama. Pavyzdžiui, šiame tyrime, nustatyta, kad tokie kintamieji kaip amžius (klinikinėje ir emocinėje ortoreksijos dalyje) ir šeiminei padėtis (klinikinėje dalyje) gali būti svarbūs aiškinant ortoreksijos išreikštumą. Tad, negalime visiškai nuneigti potencialios šių veiksnių svarbos ateities tyrimams.

Apibendrinus, gautus rezultatus, galima teigti, jog nors šiame tyrime buvo nustatyti reikšmingi ortoreksijos veiksniai, reikia pripažinti, kad tyrimo metu gauti prognostiniai modeliai paaiškina labai mažą dalį (nuo 6,8% iki 14,3%) ortoreksijos duomenų sklaidos. Toks rezultatas greičiausiai yra susijęs su tuo, kad šis konstruktas dar gana naujas, mažai tyrinėtas, vis dar neapibrėžtas ir neturintis aiškių diagnostinių kriterijų. Tai, kad empiriniai tyrimai ortoreksijos srityje yra labai riboti, apsunkina tinkamų jos prognostinių veiksnių parinkimą. Tad, tikėtina, kad yra veiksnių, kurie yra svarbūs ortoreksijos pasireiškimui, tačiau nebuvo įtraukti į šį tyrimą (pavyzdžiui, asmenybės bruožai). Dėl galutinio apibrėžimo ir kriterijų nebuvimo, galima abejoti vertinimo instrumento jautrumu ir validumu. Nepaisant išsakytų ribotumų, ortoreksijos reiškinys yra vertas tolimesnio nagrinėjimo. Tai patvirtina Vendereycken (2011) atliktas tyrimas, kuris

parodė, jog 66,7% specialistų (psichologų, psichiatrų, medicinos darbuotojų) pastebi ortoreksija savo klinikiniame darbe. Kad tai yra kito sutrikimo atšaka mano 30,6%, tuo tarpu 68,5% specialistų mano, jog šis sutrikimas nusipelno didesnio dėmesio. Šiame tyrime gauti rezultatai šiek tiek praplėtė ortoreksijos prognostinių veiksnių tyrimus, tad yra reikšmingi. Tačiau, atsižvelgiant į tyrimo trūkumus, reikalingi tolimesni tyrimai, kurie nustatytų tikslesnes sąsajas bei rastų, kokie dar kintamieji galėtų būti susiję su ortoreksija bei paaikšintų ortoreksijos duomenų sklaidą bei šio reiškinio padarinius.

4.2. Psichologinę gerovę prognozuojantys veiksniai

Šiame tyrime gauti rezultatai rodo, jog subjektyvus savo sveikatos vertinimas yra susijęs su psichologine gerove. Yra žinoma, jog psichologinę gerovę prognozuoja socialinių, psichologinių, biologinių veiksnių visuma, tad nenuostabu, kad sveikatos vertinimas susijęs su psichologinės gerovės lygiu. Kuo palankiau žmogus vertina savo sveikatą, tuo geresnė jo psichologinė gerovė. O psichologinė gerovė, savo ruožtu, gerina tiek fizinę, tiek psichikos sveikatą (Vázquez et al., 2009). Tyrimo rezultatas atitinka literatūroje keliamas prielaidas, jog gyvenimo kokybei bei psichologinei gerovei įtakos gali turėti asmens sveikatos būklė (Steptoe et al., 2014). Pastebima, jog tiek sveikatos būklė, tiek emocinė būseną gali būti susijusi su asmens gerove. Šis rezultatas gali būti aiškinamas tuo, jog, asmenims, sergantiems sunkiomis ligomis, pasireiškia prislėgta nuotaika ir pablogėja hedoninės ir eudaimoninės gerovės aspektai (Steptoe et al., 2014). Tuo tarpu esant geresnei sveikatos būklei asmuo turi daugiau galimybių dirbti, užsiimti savo mėgiama veikla, patirti teigiamų emocijų. Apskritai, malonių išgyvenimų patyrimas teigiamai veikia emocinę būseną bei gali sumažinti tikimybę susirgti kai kuriomis ligomis (Vázquez et al., 2009). Taigi, galime teigti, jog malonių emocijų patyrimas gali turėti įtakos sveikatai, o sveikata – psichologinei gerovei.

Atlikta analizė leidžia teigti, jog perdėtas susirūpinimas savo sveikata susijęs su psichologinės gerovės prastėjimu. Šis rezultatas taip pat atitinka kitų tyrėjų rezultatus, kurie teigia, kad hipochondrija susijusi su sumažėjusia psichologine gerove (Sirri et al., 2015). Kaip žinome, hipochondrija glaudžiai susijusi su nerimu, galima sakyti, jog šis sutrikimas, tai sunkaus ir nuolatinio nerimo, nukreipto į sveikatą, forma (Salkovskis et. al., 2003). Dėl hipochondrijos išreikštumo kylantis nerimas padidina neigiamų emocijų lygį ir tokiu būdu mažina pasitenkinimą gyvenimu ir kitus gerovės aspektus. Be to, hipochondrijos išreikštumas siejasi su neurotiškumo bruožu (Cox et al., 2000), o neurotiškumas ir jo sukeliamas nerimas siejasi su žemesniu psichologinės gerovės lygiu (Bagdonas et al., 2013). Taigi, galime teigti, jog perdėtas susirūpinimas savo sveikata yra susijęs su neigiamų emocijų patyrimu, o tai yra vienas iš gerovės elementų, galinčių ne tik pabloginti psichologinę gerovę, bet ir prisidėti prie ligų ar sutrikimų atsiradimo.

Literatūroje yra teigiama, kad asmenys, kuriems būdinga ortoreksija, patiria nemalonių išgyvenimų, kurie, psichologinės gerovės kontekste, atspindi asmens neigiamo emocingumo patyrimą. Asmenys patiria nuolatinį nerimą susijusį su specifiniu valgymo elgesiu bei patiria nusivylimą, kaltės jausmą, kuomet nusižengia savo mitybos taisyklėms (Mathieu, 2005). Minėto autoriaus teigimu, visi šie jausmai susiję su asmens siekiu griežtai laikytis, jo manymu, sveikatai palankių mitybos apribojimų, tokiu būdu rūpintis savo sveikata. Toks būdas, norint optimizuoti savo fizinę sveikatą bei savijautą, tyrėjų teigimu, gali pabloginti fizinę, psichologinę ir socialinę asmens gyvenimo sritį ar kelias sritis (Simpson et al., 2017). Asmens taikomi mitybos apribojimai pasidaro tokie griežti, jog asmuo vengia valgyti bet kokį kitą ne namuose ruožtą maistą. O visa tai gali pabloginti asmens socialinį funkcionavimą bei santykius su kitais (Cena et al., 2019). Kaip žinome, pasitenkinimas santykiais bei neigiamų emocijų patyrimas yra gerovės elementai, kurie ortoreksijos atveju stipriai pablogėja, tokiu būdu mažindami psichologinę gerovę.

Šiame darbe gauti tyrimo rezultatai buvo kiek netikėti, jie rodo, jog ortoreksijos išreikštumas prognozuoja didesnę psichologinę gerovę, o tai iš dalies prieštarauja jau minėtoms teorinėms prielaidoms. Pavyzdžiui, yra manoma, jog ortoreksijos atveju patiriamas didelis nerimas bei obsesinės mintys, kurios pradeda trukdyti kitoms gyvenimo sritims (darbui, laisvalaikiui, santykiams), susijusiomis su psichologine gerove (Bratman & Knight, 2001). Tačiau, galime kelti prielaidą, jog tai greičiausiai labai stipriai išreikšta ortoreksija mažina psichologinę gerovę, tuo tarpu optimalus susirūpinimas savo mityba gali ją padidinti. Panašiai kaip ir hipochondrijos atveju, sveikas neurotiškumas (angl. *healthy neuroticism*) sveikatos kontekste yra naudingas, asmuo nuolat budrus dėl savo sveikatos, tuo tarpu perdėtas susirūpinimas sveikata blogina psichologinę gerovę (Friedman & Kern, 2014). Tad, galime kelti prielaidą, jog optimalus susirūpinimas savo sveikata ir sveika mityba gali būti laikomas sveikatai palankiu elgesiu bei gali būti siejamas su teigiamomis psichologinės gerovės pasekmėmis.

Teigiama, jog, kai kuriais atvejais, tikslas laikytis griežtų mitybos apribojimų gali būti sveikatai palankus pasirinkimas bei atnešti sveikatai palankių padarinių (Koven & Abry, 2015). Tai patvirtina ir šiame tyrime gautas rezultatas, jog kognityvinis ortoreksijos dėmuo gali prognozuoti psichologinę gerovę. Gautą rezultatą galima aiškinti per sveikatingumo (angl. *healthism*) prizmę, kuri yra siejama su sąmoningu požiūriu į sveikatą bei rūpinimusi savo sveikata. Ortoreksija iš esmės atspindi rūpinimąsi savo sveikata, pastebėta, jog kai kurie ortoreksijos elementai nėra susiję su sutrikusiu valgymo elgesiu, o apima sveiką domėjimąsi mityba bei sveikatai palankų elgesį (Barthels et al., 2019). Tad, manoma, jog ortoreksija turi ir teigiamą pusę, šio fenomeno kontekste, kurią būtų galima pavadinti sveikąja ortoreksija (angl. *healthy orthorexia*). Minėtų autorių teigimu, sveikosios ortoreksijos faktoriai vertina sveiką domėjimąsi mityba, sveikatai palankų elgesį susijusi su mityba, bei mitybos apribojimų taikymą, suvokiant tai kaip savo tapatybės dalį. Depa su

kolegomis (2018) teigimu, norint suprasti, kuri ortoreksijos dalis būdinga žmogui, reiktų atsižvelgti į maisto pasirinkimo bei mitybos apribojimų taikymo motyvus. Atlikę tyrimą šie autoriai pastebėjo, jog nervinės ortoreksijos atveju, maisto pasirinkimas susijęs su svorės kontrolės motyvu bei patrauklesnio kūno siekimu. Taip pat nerimu valgyti nepakankamai sveiką maistą (Barthels et al., 2019). Tuo tarpu sveikosios ortoreksijos atveju pagrindinis motyvas yra geresnė sveikata bei psichologinė būseną, tad, kūno vaizdas neturi įtakos pasirenkant maistą (Depa et al., 2018). Taigi, šiame tyrime gauti rezultatai patvirtina kai kurių autorių (Barrada & Roncero, 2018; Barthels et al., 2019) tyrimo išvadas, jog sveikoji ortoreksija yra susijusi su sveikatai palankaus maisto pasirinkimu bei gali padidinti psichologinę gerovę.

Pastebima, jog ortoreksija gali būti susijusi su maloniais ir nemaloniais išgyvenimais. Barthels su kolegomis (2019) atliktas tyrimas ir jame gauti rezultatai atskleidė, jog nervinė ortoreksija teigiamai susijusi su nemalonių emocijų (tokių kaip, baimė, liūdesys, pyktis ir kaltė) patyrimu ir neigiamai susijusi su maloniais išgyvenimais. Tuo tarpu sveikoji ortoreksijos dalis yra susijusi su pozityviais išgyvenimais (tokiais kaip džiaugsmas, susidomėjimas, entuziazmas, budrumas). Taigi, pastebime, kad ortoreksija gali tiek bloginti psichologinę gerovę bei jos elementus, tiek gerinti. Šio tyrimo rezultatas gali reikšti, jog asmenys domėdamiesi bei rūpindamiesi savo sveika mityba patiria pozityvius išgyvenimus, malonias emocijas, tokiu būdu didina savo psichologinę gerovę. Tačiau gerovei patirti vien emocijų balanso, malonių išgyvenimų patyrimo nepakanka, asmuo turi realizuoti savo tikrąjį potencialą (Bagdonas et al., 2013). Taigi, gali būti, jog asmenys, ortoreksijos atveju, patiria didesnę savirealizaciją. Gamindami sveikus patiekalus, atrasdami naujus sveikų produktų derinius realizuoja savo potencialą, o tai gali prisidėti prie psichologinės gerovės didėjimo. Kadangi sveika mityba yra vienas iš pagrindinių sveiko gyvenimo būdo veiksnių, rūpindamiesi mityba, asmenys gali patirti pasitenkinimą bei, konkrečiau, pasitenkinimą sveikatos sritimi. Pasak Haman su kolegomis (2015), sveikatą galima pasiekti laikantis disciplinos ir tam tikro moralinio elgesio, tad mitybos apribojimų taikymas, kai kuriais atvejais, gali tapti sveikatai palankiu elgesiu bei suteikti pasitenkinimo gyvenimu. Taigi, šio tyrimo rezultatas patvirtina prielaidą, kad sveikoji ortoreksijos dalis gali būti vertinama kaip sveikatai ir gerovei palankus elgesys.

4.3. Tyrimų ribotumai ir tolimesnių tyrimų gairės

Analizuojant tyrimo ribotumus, pirmiausiai reiktų paminėti šio tyrimo imtį. Imtis sudaryta patogiosios imties principu, tad tyrimo rezultatai gali būti naudojami tik šio tyrimo imties ribose. Kitas labai svarbus su imtimi susijęs aspektas, tai - tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį. Šiame tyrime absoliučią daugumą sudarė moterys, o tai galėjo paveikti gautus rezultatus. Tad, ateities

tyrimuose reikėtų atsižvelgti į imties sudarymo principą bei suvienodinti moterų ir vyrų skaičių imtyje.

Be to, vertėtų į ateities tyrimus įtraukti ir asmenis, kuriems diagnozuoti valgymo sutrikimai. Klinikinės ir neklinikinės imties palyginimas galėtų suteikti papildomos informacijos apie ortoreksijos reiškinių bei jo sąsajas su asmens gerove. Be to, ateities tyrimuose reikėtų plačiau patirinėti ortoreksijos ir anoreksijos sąsajas. Literatūroje aprašomi šių reiškinių skirtumai ir panašumai, tačiau jie nėra empiriškai patvirtinti, todėl juos siūloma tyrinėti toliau (Gleaves et al., 2013). Kadangi ortoreksija yra gana naujas konstruktas, tad trūksta empirinių tyrimų patvirtinančių sąsajas ir su kitais konstruktais. Pavyzdžiui, obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu, kūno dismorfiniu sutrikimu, nerimo sutrikimais ar tam tikrais asmenybės bruožais (pavyzdžiui, perfekcionizmu).

Ortoreksija tyrėjams kelia vis didesnę susidomėjimą, tačiau vis dar nėra vieningo ortoreksijos apibrėžimo, diagnostiniai kriterijai yra svarstomi, o literatūroje naudojami psichometriniai instrumentai atskleidė keletą trūkumų (Cena et al., 2018). Tad, žvelgiant iš psichometrinės perspektyvos, nors šiame tyrime naudotas instrumentas ORTO-15 yra dažniausiai naudojamas ortoreksijos tyrimų kontekste, tačiau kritikuojamas. Dunn su kolegomis (2017) teigia, jog greičiausiai ORTO-15 negali atskirti sveikos ir potologiškai sveikos mitybos, tad šis instrumentas gali būti kliniškai nereikšmingas. Šis klausimynas nėra standartizuotas ir adaptuotas Lietuvos imčiai, o tai taip pat galėjo šiek tiek iškreipti tyrimo rezultatus. Be to, pasak Roncero su kolegomis (2017), šis instrumentas nenustato elgesio ir požiūrio į ortoreksiją, o aptinka žmones su jau išreikšta ortoreksija. Šiame tyrime ortoreksija įvertinti buvo naudojamas tik ORTO-15 klausimynas, tad atsižvelgiant į instrumento kritiką, ateities tyrimuose siūloma naudoti kitą instrumentą arba naudoti keletą instrumentų tame pačiame tyrime.

Remiantis teorinėmis prielaidomis, jog susirūpinimas sveika mityba yra glaudžiai susijęs su susirūpinimu savo sveikata. Taip pat, kad ortoreksija yra hipochondrijos dalis bei panašiais teoriniais pasvarstymais. Galima kelti prielaidą, jog ortoreksija yra susirūpinimo savo sveikata atspindys (angl. *by proxy*). Tad ateities tyrimuose būtų įdomu ir naudinga patyrinėti šią prielaidą.

4.4. Praktinės rekomendacijos

Atsižvelgiant į tai, jog sveikatos stiprinime svarbų vaidmenį atlieka psichoedukacija, ankstyvosios intervencijos, sveikatai nepalankaus elgesio mažinimas bei sveikatai palankaus elgesio skatinimas, remiantis tyrimo rezultatais buvo parengtos rekomendacijos skirtos psychologams bei sveikatos priežiūros specialistams. Numatytos priemonės galimai padėtų skatinti rūpinimąsi savo sveikata, sveika mityba, bei galėtų užkirsti kelią sutrikimo atsiradimui.

1. Visuomenės švietime didinant sąmoningumą mitybos srityje specialistams derėtų pabrėžti ne tik galimas netaisyklingo valgymo grėsmes (tai galėtų sukelti padidėjusį nerimo lygį bei

pakatinti hipochondriją), o pateikinėti subalansuotą informaciją ir skatinti žmones būti labiau dėmesingiems tam, ką jie valgo. Tokiu būdu skatinti sąmoningą požiūrį į sveikatą (angl. *health conscious*) bei mitybą.

2. Specialistams kartu su klientais patyrinėti mitybos apribojimų taikymo priežastis, kadangi nesiekiant sulieknėti pasireiškia mažesnis kognityvinės ortoreksijos išreikštumas. Tad, kuomet mitybos apribojimų taikymo pagrindinis motyvas yra geresnė sveikata bei psichologinė būseną, tai gali prisidėti prie geresnės psichologinės gerovės. Tačiau, kuomet motyvai susiję su kūno vaizdu, tai gali neigiamai atliepti psichologinei gerovei.

IŠVADOS

1. Mitybos apribojimų taikymas susijęs su ortoreksijos išreikštumu. Esant vegetarinei/veganinei mitybai didėja ortoreksijos išreikštumas.
2. Kognityvinė ortoreksijos dalis susijusi su kūno vaizdo kintamaisiais. Nesiekiant sulieknėti pasireiškia mažesnis kognityvinės ortoreksijos išreikštumas.
3. Klinikinė ortoreksijos dalis susijusi su kūno vaizdo kintamaisiais bei hipochondrija. Didesnis nepasitenkinimas savo kūno vaizdu ir didesnis susirūpinimas savo sveikata susiję su didesniu klinikinės ortoreksijos išreikštumu.
4. Emocinė ortoreksijos dalis susijusi su subjektyviu sveikatos vertinimu ir hipochondrija. Palankesnis savo sveikatos vertinimas ir perdėtas susirūpinimas savo sveikata susiję su didesniu emocinės ortoreksijos išreikštumu.
5. Kognityvinės ortoreksijos išreikštumas yra susijęs su psichologine gerove bei gali prognozuoti geresnę emocinę ir socialinę psichologinės gerovės dalį.

LITERATŪRA

1. Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86 – 94. doi: 10.1016/j.beth.2006.05.001.
2. Avser, O. (2017). Orthorexia Nervosa – As an Eating Disorder. *Edelweiss Psychiatry Open Access*, 1(1), 11 – 13. doi: 10.33805/2638-8073.103.
3. Bağci Bosi, A. T, Camur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661 – 666. doi: 10.1016/j.appet.2007.04.007.
4. Bagdonas, A., Kairys, A., Liniauskaitė, A. ir Pakalniškienė, V. (2013). *Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
5. Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord*, 22 (1), 177 - 184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x.
6. Barrada, J. R. & Roncero, M. (2018). Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología*, 34. doi: 10.6018/analesps.34.2.299671.
7. Barthels, F., Berrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles, *Plos One*, 14(7), doi: 10.1371/journal.pone.0219609.
8. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behaviour. A new type of disordered eating. *Ernährungs Umschau*, 62(10), 156 – 161. doi: 10.4455/eu.2015.029.
9. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 159 – 166. doi: 10.1007/s40519-018-0479-0.
10. Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 338 – 352. doi: 10.1016/j.pnpbp.2005.11.003.
11. Bratman, Knight, 2001 KNYGA.
12. Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 381 – 385. doi: 10.1007/s40519-017-0417-6.
13. Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55 – 60.

14. Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of eating disorders*, 3(2), 2 – 8. doi: 10.1186/s40337-015-0038-2.
15. Brytek-Matera, A., Gramaglia, C. M., Gambaro, E., Delicato, C., & Zeppegno, P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *Journal of Psychopathology*, 24, 133 – 140.
16. Burns, R. (2016). Psychological Well-being. In: Pachana N. (eds) *Encyclopedia of Geropsychology*. doi: 10.1007/978-981-287-080-3_251-1.
17. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., & Brytek-Matera, A. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and weight disorders*, 24(4), 209 – 246. doi: 10.1007/s40519-018-0606-y.
18. Chaki, B., Pal, S., & Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8(4), 1045 – 1053. doi: 10.4100/jhse.2013.84.14.
19. Cox, B. J., Borger, S. C., Asmundson G. J. G., & Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 99 – 108. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00180-4.
20. Cuzzolaro, M., & Donini, L. (2016). Orthorexia nervosa by proxy? *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia, Obesity*, 21, 549 – 551.
21. Dell’Osso, L., Abeli, M., Carpita, B., Massimetti, S. P., Rivetti, L., Gorrasi, F., Tognetti, R., Ricca, V. & Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51, 190 – 196. doi: 10.1708/2476.25888.
22. Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651-1660. doi: 10.2147/NDT.S108912.
23. Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the motives for food choices different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*, 11, 1 – 14. doi: 10.3390/nu11030697.
24. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276 – 302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
25. Diest, A., & Perez, M. (2012). Prevention of Eating Disorders: A Review. *Relevant topics in Eating Disorders*, 293 – 318. doi: 10.5772/32179.

26. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating Weight Disord*, 9, 151 – 157. doi: 10.1007/BF03325060.
27. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of o diagnosis questionnaire. *Eating and weight disorders*, 10, 28 – 32. doi: 10.1007/BF03327537.
28. Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11 – 17. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.
29. Dunn, T. M., Gibbs, J. & Whitney, N. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eat Weight Disord*, 22, 185 – 192. doi: 10.1007/s40519-016-0258-8.
30. Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in sport*, 18, 398 – 394. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x.
31. Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S., & Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*, 51(1), 49 – 54. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001.
32. Field, A. (2016). An adventure in statistics: The reality enigma. In Kashyap, N. *An adventure in statistics: The reality enigma*. London: SAGE Publications.
33. Foreyt, P. H. (2010). Pursuit of the Elusive Ideal Body Image. *Nutrition Today*, 45(3), 96 – 97.
34. Friedman, H., & Kern, M. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual review of psychology*, 65, 719 – 742. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115123.
35. Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of wellbeing. *Journal of personality*, 77(4), 1025 – 1050. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x.
36. Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring „Orthorexia“: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(2), 1 – 18.
37. Grad, F. P. (2002). *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981 – 984.
38. Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., Marchetti M., Sarchiapone, M., Ferrante, D., Roncero, M., Perpina, C., Brytek-Matera, A., Wojtyna, E., & Zappigno, P. (2019).

- Orthorexia nervosa, eating patterns and personality traits: a cross-cultural comparison of Italian, Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry*, 19, 235 doi: 10.1186/s12888-019-2208-2.
39. Greville-Harris, M., Smithson, J., & Karl, A. (2019). What are people's experiences of orthorexia nervosa? A qualitative study of online blogs. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi: 10.1007/s40519-019-00809-2.
 40. Grogan, S. (2001). *Body Image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis e-Library.
 41. Haman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson G., & Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1). doi: 10.3402/qhw.v10.26799.
 42. Jáuregui-Lobera I., & Bolaños-Ríos P. (2011). Body image quality of life in eating disorders. *Patient preference and adherence*, 5, 109 – 116. doi: 10.2147/ppa.s17452.
 43. Jurgelionytė, M (2019). *Subjektyviai vertinama sveikata, gerovė ir psichosocialinis stresas darbe*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
 44. Kaliatkaitė, J., & Bulotaitė, L. (2014). Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės. *Visuomenės sveikata*, 1 (64), 9 – 24.
 45. Keyes, C. L. M. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539 – 548.
 46. Keyes, C. L. M. (2005b). The Subjective Well-Being of America's Youth: Toward a Comprehensive Assessment. *Adolescent & Family Health*, 4, 3 – 11.
 47. Keyes, C. L. M. (2009). *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Atlanta.
 48. Kiss-Leizer, M., Rigo, A. (2020). *What we know so far about orthorexia nervosa: a review*. In A. E. Walton (Ed.). Nova Science Publishers.
 49. Köteles, F., & Simor, P. (2014). Modern health worries, somatosensory amplification, health anxiety, and well-being. *European Journal of Mental Health*, 9, 20 – 33.
 50. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18(11), 385 – 394. doi: 10.2147/NDT.S61665.
 51. Lobera, I. J., & Bolaños Ríos, P. (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International journal of general medicine*, 4, 63 – 72. doi: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S16201>.

52. Lupano Perugini, M., de la Iglesia, G., Solano, A., & Keyes, C. (2017). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13, 93 – 108.
53. Mathieu, J. (2005). What is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105 (10), 1510 – 1512. doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021.
54. McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50 – 75. doi: 10.1016/j.appet.2019.05.005.
55. McDonald, J. H. (2014). *Normality. Handbook of Biological Statistics*. Bultimore, Maryland: Sparky House Publishing.
56. Missbach, B., Dunn, T. M., & Konig, J. S. (2016). We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on “Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based Bratman’s Test and Associated Tendencies”. *Appetite*, 2016, 101, 1 – 4. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.144.
57. Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *Plos One*, 10(8), doi:10.1371/journal.pone.0135772.
58. Murray, S. B., Griffiths, S., Hazery, L., Shen, T., Wooldridge, T., & Mond, J. M. (2016). Go big or go home: A thematic content analysis of pro-muscularity websites. *Body image*, 16, 17 – 20. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.10.002.
59. Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalance, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 792 – 798. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.008.
60. Mutale, G. J., Dunn, A., Stiller, J., & Larkin, R. (2016). Development of a Body Dissatisfaction Scale Assesment Tool. *The New School Psychology Bulletin*, 13 (2), 47 – 57.
61. Nayir, T., Uskun, E., Yurekli, M. V., Devran, H., Celik, A., & Okyay, R. A. (2016). Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. *Plos One*, 11(9), 1 – 13. doi: 10.1371/journal.pone.0163290.
62. Oberle, C. D., & Lipschuetz, S. L. (2018). Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 363 – 368.
63. Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108(1), 303 – 310. doi: 10.1016/j.appet.2016.10.021.

64. Olejniczak, D., & Skonieczna, J. (2018). Orthorexia nervosa – a new health problem – characteristics. *Journal of Education, Health and sport*, 8(9), 1690 – 1696. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1438800>.
65. Paap, C. E., & Gardner, R. M. (2011). Body image disturbance and behaviour satisfaction among college students. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 715 – 719. doi: 10.1016/j.paid.2011.06.019.
66. Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
67. Parra-Fernandez, M. L., Rodriguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M., J., Casero-Alonso, V., & Muñoz Camargo J. C. (2018). Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa. *Plos One*, 13(1), 1 – 14. doi: 10.1371/journal.pone.0190722.
68. Plichta, M., & Jezewska-Zychowicz, M. (2019). Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students. *Appetite*, 137, 114 – 123.
69. Plichta, M., Jezewska-Zychowicz, M., & Gebski, J. (2019). Orthorexic Tendency in Polish Students: Exploring Association with Dietary Patterns, Body Satisfaction and Weight. *Eating Disorders and Obesity: The Challenge for Our Times*, 11(1), 100.
70. Prnjak, K., Pemberton, S., Helms, E., & Phillips, J. G. (2019). Reactions to ideal body shapes. *The Journal of General Psychology*, 1 – 20. doi: 10.1080/00221309.2019.1676190.
71. Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord*, 16, 127 – 130. doi: 10.1007/BF03325318.
72. Roncero, M., Barrada, J. R., & Perpina, C. (2017). Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*, 20(4), 1 – 9. doi: <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.36>.
73. Rudolph, S. 2018. The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 581 – 586. doi: 10.1007/s40519-017-0437-2.
74. Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843 – 853.
75. Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., & Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 353 – 367. doi: 10.1093/brief-treatment/mhg026.

76. Sanlier, N., Yassibas, E., Bilici, S., Sahin, G., & Celik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Journal of Ecology of Food and Nutrition*, 55(3), 266 – 278. doi: 10.1080/03670244.2016.1150276.
77. Segal, Z. (2008). A Review of: „Health and the Rhetoric of Medicine, by Judy Z. Segal”, *Howard Journal of Communications*, 19(1), 85 – 87.
78. Segura-Garcia, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nistico, C. G., Bombardiere, ... & Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behaviour in athletes. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17, 226 – 233. doi: 10.3275/8272.
79. Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and weight disorders*, 20, 161-166. doi: 10.1007/s40519-014-0171-y.
80. Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52 (3/4), 591 – 611. doi: 10.1093/biomet/52.3-4.591.
81. Simpson, C. C., & Mazzeo S. E. (2017). Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM-5 eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 781 – 792. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22710>.
82. Sirri, L., Ricci, G. M. G., Grandi, S., & Tossani, E. (2015). Adolescents' s hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 79 (4), 259 – 264. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.002.
83. Soyoung, K. (2018). Eating disorders, body dissatisfaction, and self-esteem among South Korean women. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 46(9), 1537-1546. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.6801>.
84. Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2014). Subjective Wellbeing, Health, and Ageing. *The Lancet*, 385, doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0.
85. Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669 – 678.
86. Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behaviour complex or a psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143 – 1156. doi: 10.1556/2006.7.2018.129.
87. Šarakauskienė, Ž., & Bagdonas, A. (2011). Vyresnių klasių mokinių psichologinės gerovės prognostiniai kintamieji. *Psichologija*, 44, 7 – 21.

88. Tautvaišaitė, A., & Gaižauskienė, A. (2017). Savidiagnostika: galimybės ir perspektyvos sveikatos priežiūroje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(10), 83 – 95.
89. Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 277 – 284. doi: 10.1007/s40519-017-0364-2.
90. Vaitkevičius, R., Saudargienė, A. (2006). *Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose. Mokomoji knyga*. Kaunas: VDU leidykla.
91. Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., & Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord*, 19, 469 – 472. doi: 10.1007/s40519-014-0131-6.
92. Varga, M. (2017). Orthorexia nervosa – on the boundry of civilization harms and obsessions. *Anuarul asociatiei balint*, 7, 3 – 6.
93. Varga, M., Dukay-Szabo, S., Tury, F., & Furth, E. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 18, 103 – 111. doi: 10.1007/s40519-013-0026-y.
94. Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15 – 27.
95. Vendereycken W. (2011). Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professional's Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *Eating Disorders*, 19, 145 – 155.
96. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105 – 117. doi: 10.1016/0005-7967(90)90023-c.
97. Williams P. G. (2004). The Psychopathology of Sel-Assessed Health: A Cognitive Approach to Health Anxiety and Hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 629 – 644.
98. Zamora, M. L. C., Bonaecha, B. B., Sanchez, F. G., & Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behaviour disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 66 – 68.

PRIEDAI

1 priedas. Sociodemografinių duomenų anketa.

Jūsų amžius:

Jūsų lytis: Vyras Moteris Kita

Jūsų išsilavinimas:

- Aukštasis universitetinis
- Aukštasis neuniversitetinis/ aukštesnysis
- Profesinis
- Vidurinis
- Nebaigtas vidurinis
- Kita (įrašykite)

Šeiminė padėtis:

- Vedęs/ištekėjusi
- Nevedęs/netekėjusi
- Išsiskyręs (-usi)
- Našlys (-ė)
- Gyvenu su partneriu (-e)
- Gyvenu vienas (-a)
- Kita (įrašykite)

Jūsų ūgis (centrimetrais):

Jūsų svoris (kilogramais):

Suaugusio žmogaus fizinis aktyvumas laikomas pakankamu, kai jis/ji per savaitę ne mažiau 150 min. (2,5 val.) užsiima vidutinio intensyvumo fizine veikla, kuomet nežymiai padažnėja kvėpavimas ir pulsas (spartus ėjimas, važiavimas dviračiu, šiaurietiškas ėjimas, nedidelių svorių nešiojimas, kt). Kaip vertinate savo fizinį aktyvumą dešimties balų skalėje (kurioje 1 – nepakankamas fizinis aktyvumas, 10 – pakankamas fizinis aktyvumas)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ar per pastaruosius 6 mėnesius sportavote reguliariai (atlikote mankštą namuose, bėgiojote/sparčiai vaikščiojote lauke, lankėte sporto klubą)?

- Taip
- Ne

Kokia yra pagrindinė ir svarbiausia priežastis dėl kurios sportuojate?

- Palaikyti kūno formas

- Numesti svorio
- Siekiu sporto aukštumų
- Sportas padeda palaikyti sveikatą
- Sportas padeda atsipalaiduoti
- Tai mano mėgiama veikla
- Dirbu sėdimą darbą, taip užtikrinu pakankamą fizinio aktyvumo lygį
- Kita (įrašykite)

Kokia yra pagrindinė ir svarbiausia priežastis dėl kurios nesportuojate?

- Neturiu laiko
- Neturiu pakankamai lėšų
- Nesportuoju dėl sveikatos problemų
- Nemėgstu sportuoti
- Kita (įrašykite)

Jūs esate:

- Visavalgis (-ė)
- Žaliavalgis (-ė)
- Vegetaras (-ė)
- Veganas (-ė)
- Kita (įrašykite)

Kokius mitybos apribojimus sau taikote? (pvz. nevartuju glitimo, laktozės, transriebalų, cukraus, kt.)

Kokia yra pagrindinė priežastis dėl kurios taikote mitybos apribojimus?

- Esu alergiškas (-a) tam tikriems produktams
- Netoleruoju tam tikrų produktų
- Nevartuju tam tikrų produktų dėl ligos ar kitų sveikatos problemų (pvz. cukrinio diabeto, hipertenzijos, kt.)
- Tikiu, kad sveika mityba gerina mano savijautą
- Noriu numesti svorio
- Etinės priežastys
- Kita (įrašykite)

Kaip vertinate dabartinę savo sveikatos būklę skalėje nuo 1 (labai prasta) iki 10 (labai gera)?

Pažymėkite savo pasirinkimą langelyje.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 priedas. Kreipimasis į tiriamuosius bei klausimyno pildymo instrukcija.

Gerbiamas tyrimo dalyvi (-e),

Esu Ieva Tarasevičiūtė, Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos magistro antro kurso studentė. Šiuo metu rašau baigiamąjį magistro darbą apie sveikos mitybos, susirūpinimo savo sveikata, kūno vaizdo ir psichologinės gerovės ypatumus. Jūsų dalyvavimas tyrime svarbus – padėtų atskleisti su kokiomis problemomis susiduria žmonės, siekiantys sveikai maitintis bei rūpintis savo sveikata.

Dalyvavimas šiame tyrime yra visiškai savanoriškas (turėtų trukti apie 10 – 15 min.), tad galite bet kuriuo momentu nutraukti dalyvavimą jame. Apklausa susideda iš kelių dalių, todėl prieš kiekvieną dalį bus pateikiama pildymo instrukcija. Prašau į klausimus atsakinėti sąžiningai, nuoširdžiai ir jų nepraleisti.

Tyrimo metu nebus renkama jokia asmeninė informacija, kuri padėtų Jus identifikuoti. Gauti duomenys bus naudojami moksliniais tikslais, o tyrimo rezultatai pristatomi anonimine forma ir tik apibendrintai.

Jeigu norėtumėte gauti daugiau informacijos apie šį tyrimą, susisiekite su manimi el. paštu: ieva.taraseviciute@fsf.stud.vu.lt arba galite kreiptis į mano darbo vadovę dr. Olgą Zamalijevą el. paštu olga.zamalijeva@fsf.vu.lt

Dėkoju už pagalbą!

3 priedas. Metodikų skalių skirstinio normalumo patikrinimas.

1 Lentelė. *Metodikų skalių skirstinio normalumo patikrinimas.*

Duomenys	Shapiro –Wilk reikšmė	Asimetrijos koef.	Eksceso koef.	Df
Kognityvinė ortoreksijos subskalė	< 0,001	-0,059	0,123	306
Klinikinė ortoreksijos subskalė	< 0,001	0,059	0,206	306
Emocinė ortoreksijos subskalė	< 0,001	-0,322	-0,120	306
Emocinė gerovė	< 0,001	-0,620	-0,425	306
Socialinė gerovė	< 0,001	0,343	-0,787	306
Psichologinė gerovė	< 0,001	-0,273	-0,863	306
Nerimas dėl sveikatos (hipochondrija)	< 0,001	1,087	1,799	306
Moterų nepasitenkinimas kūno vaizdu	< 0,001	0,042	1,062	306
Vyrų nepasitenkinimas kūno vaizdu	0,625	0,326	0,547	306

Pastaba. * $p < 0,05$