

Sálfraði

Október 2008

Body Shape Questionnaire (BSQ): Próffræðilegir eiginleikar og tengsl við lystarstol og lotugræðgi

**Dórothea Ævarsdóttir
María Guðnadóttir**

Leiðbeinendur:
Jakob Smári
Guðlaug Þorsteinsdóttir

Dórothea Ævarsdóttir
120981-5019
María Guðnadóttir
161178-4389

Félagsvísindadeild
Háskóla Íslands

Efnisyfirlit

Útdráttur	2
Inngangur	3
1. Almennt um átröskun.....	3
2. Lystarstol	4
2.1 Greiningarviðmið og einkenni	4
2.2 Upphof og þróun lystarstol	6
2.3 Faraldsfræði	8
3. Lotugræðgi	8
3.1 Greiningarviðmið og einkenni	8
3.2 Upphof og þróun lotugræðgi	10
3.3 Faraldsfræði	11
4. Ódæmigerð átröskun	12
4.1 Greiningarviðmið og einkenni	12
4.2 Þróun og faraldsfræði	12
5. Áhrif líkamsímyndar á þróun átröskunar	13
6. Body Shape Questionnaire (BSQ)	15
7. Sálfræðileg próf á Íslandi	16
8. Tilgangur rannsóknarinnar	16
 Aðferð	17
Þátttakendur	17
Mælitæki	17
Framkvæmd	19
Tölfræðileg úrvinnsla	20
 Niðurstöður.....	20
Umræða	27
Heimildir	31
Viðaukar.....	35

Megin markmið þessarar rannsóknar var að kanna próffræðilega eiginleika sjálfsmatskvarðans Body Shape Questionnaire (BSQ). BSQ listanum er ætlað að meta brenglaða líkamsímynd fólks sem er eitt af megin einkennum átraskana. Einnig var ætlunin að skoða tengsl hans við lystarstol og lotugrægði sem og tengsl hans við two aðra spurningalistu sem meta einkenni átröskunar. Þátttakendur voru 99 konur úr Háskóla Íslands og 58 sjúklingar af átrsöskunardeild LSH. BSQ listinn ásamt átröskunarlístunum EAT-26 og BULIT-R voru lagðir fyrir háskólahópinn. Svara sjúklinganna við spurningalistunum frá því þeir komu fyrst í greiningarviðtal á átröskunardeild LSH var aflað úr sjúkraskrám. BSQ listinn sýndi mjög góðan innri áreiðanleika, 0,97 hjá háskólahópnum og 0,95 hjá sjúklingahópnum. Hann hafði marktæka fylgni við hina spurningalistana EAT-26 og BULIT-R og sýndu niðurstöður rannsóknarinnar gott réttmæti BSQ listans. Aðgreiningarhæfni listans var gott, það er hann greindi vel á milli þeirra þátttakenda sem voru með átröskun og þeirra sem voru ekki með átröskun. BSQ listinn greindi ekki á milli lystarstolssjúklinga og lotugræðgissjúklinga.

1. Almennt um átröskun

Átröskun er alvarlegur geðsjúkdómur og einn af þeim algengustu sem herja á unglingsstúlkur og ungar konur. Sjúkdómurinn skiptist í þrjá meginflokk: *lystarstol* sem einkennist af því að sjúklingur forðast að matast, *lotugræðgi* sem einkennist af átköstum og hreinsunarhegðun milli þess sem sjúklingur heldur í við sig í mat og *átröskun ekki nánar skilgreind*. Síðast nefnda hugtakið er notað þegar aðrir greiningarflokkar eiga ekki við en sjúklingar eiga við vanda tengdum matarvenjum að stríða (American Psychiatric Association, 2000). Allir flokkar átröskunar eru krónískir sjúkdómar sem einkennast af því að sjúklingar hrasa oft í bataferlinu (Stice og Shaw, 2002). Almennt er talið að tíðni átröskunar hafi aukist á síðustu áratugum (Fairburn og Harrison, 2003) og yfirlitsgrein Currin, Scmidt, Treasure og Jick (2005) um ný tilfelli á Bretlandi sýnir að nýjum tilfellum lotugræðgi fjölgaði mikið meðal kvenna á aldrinum 10-39 ára á árunum 1988 til 2000. Árið 1988 voru greind 15,5 ný tilfelli á hverja 100.000 íbúa en árið 2000 voru þau 32,2 á hverja 100.000 íbúa. Tíðni lystarstols jókst ekki að sama skapi á sama tímabili. Árið 1988 voru greind 18,5 ný tilfelli lystarstols á hverja 100.000 íbúa en árið 2000 var nýgengi lystarstols 20,1 á hverja 100.000 íbúa.

Yfir 90% sjúklinga með átröskun eru konur, algengi lystarstols er um það bil 0,5% meðal kvenna en aðeins 0,05% meðal karla. Algengi lotugræðgi meðal kvenna er á bilinu 1-3% en aðeins einn tíundi þess hlutfalls á meðal karla. Algengast er að sjúklingar með lystarstol veikist á aldrinum 14-18 ára en að sjúklingar með lotugræðgi séu örlítið eldri þegar þeir veikjast (American Psychiatric Association, 2000). Rannsóknir sýna þó að vandinn er síst minni hjá ungu stúlkum. Allt niður í sjö ára stúlkur fylla öll greiningarskilmerki fyrir lystarstol og röskunin þróast á sama hátt hjá börnum og hjá fullorðnum sjúklingum (Foreyt og Mikhail, 1997).

Félagsleg áhrif eiga stóran þátt í þróun átröskunar. Konur í vestrænum löndum fá mörg sterkt skilaboð um að þær eigi að vera grannar. Skilaboðin geta verið margskonar, allt frá því að mjög grannar konur eru settar á stall og litið niður á feitlagið fólk til beinna skilaboða um að viðkomandi kona þurfi að grenna sig. Þótt fæðuframboð sé nægilegt eiga konur að sýna sjálfsaga með því að borða ekki of mikið. Slíkur félagslegur þrýstingur getur jafnt komið úr fjölmöldum, frá foreldrum, maka og jafningjum (Stice og Shaw, 2002). Átröskun var áður talinn sjúkdómur hvítra kvenna meðal annars vegna þeirrar miklu áherslu sem hefur

verið í vestrænum löndum á að konur séu grannar. Með árunum hefur sjúkdómurinn breiðst út meðal annarra kynþátt og er nú ekki lengur talinn skorðast við einn kynþátt frekar en annan (Caradas, Lambert og Charlton, 2001). Ein ástæða þess gæti verið sú að alþjóðlegt upplýsingaflæði eykst stöðugt þannig að áhrif vestrænna fjöldi verða meiri á heimsvísu en áður. Rannsóknir sýna að tíðni átröskunar eykst meðal kvenna sem hafa flutt til vestrænna landa frá ólíkum menningarheimum. Þau áhrif hafa komið fram meðal hópa sem flutt hafa til Bandaríkjanna frá Asíu, Suður-Ameríku og verndarsvæðum Indíána (Foryet og Mikhail, 1997). Þá virðist mat á líkamslögun breytast þegar konur hafa búið í nokkur ár við vestræn menningaráhrif. Konur frá Kenía kunnu betur að meta fyllri vöxt en kenískir innflyttjendur sem búið höfðu fjögur ár eða lengur í Bretlandi (Foryet og Mikhail, 1997)

Átröskun hefur ekki verið mikið rannsókuð í íslensku þýði, aðeins einn spurningalisti hefur verið staðfærður á Íslandi en það er listi sem ætlað er að meta einkenni lotugræðgi hjá sjúklingum (Sigurlaug M. Jónsdóttir, Guðlaug Þorsteinsdóttir og Jakob Smári, 2005). Samkvæmt yfirlitsgrein hafa verið gerðar nokkrar rannsóknir á Íslandi sem skoða faraldsfræði átröskunar hér á landi en einnig hafa verið gerðar rannsóknir á megrunararáttu unglings og viðhorfum þeirra til útlits og holdarfars (Sigurlaug M. Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Ungt fólk á Íslandi virðist hafa miklar áhyggjur af þyngd sinni en um þriðjungur stulkna og um 15% drengja á aldrinum 15-24 ára hafa farið í megrun (Laufey Steingrímsdóttir, Hólsmríður Þorgeirsdóttir og Anna Sigríður Ólafsdóttir, 2002). Rannsóknir hafa sýnt að megrun er einn af stærstu áhættuþáttunum fyrir átröskun (Fairburn og Harrison, 2003) og vegna þess hve megrun er algeng meðal ungs fólks á Íslandi má draga þá ályktun að átröskun sé einnig nokkuð algeng hér á landi.

2. Lystarstol (Anorexia nervosa)

2.1 Greiningarviðmið og einkenni

Á Íslandi er greiningarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunar Sameinuðu þjóðanna (International statistical classifications of diseases - ICD) notað við flokkun á sjúkdómum. Þar er lystarstoli lýst sem röskun sem einkennist af þyngartapi sem sjúklingur veldur sjálfur og viðheldur. Sálræn einkenni röskunarinnar er áleitin hræðsla við að fitna og verða hvapholda og sjúklingur ofmetur mjög mikilvægi

þyngdar og vaxarlags. Sjúklingurinn setur sér markmið að ná mjög lítilli þyngd og því er reynt að ná með þróngum matarkosti, ströngum líkamsæfingum, framkölluðum uppköstum og öðrum hreinsunarleiðum og/eða lyf eru notuð sem deyfa matarlyst eða til þvagræsingar. Þá verða breytingar í hormónaflæði líkamans sem valda tíðateppu hjá konum og kyndeyfð og getuleysi hjá körlum (World Health Organization, 2007).

Flestir spurningalistar og stöðluð greiningarviðtöl sem hönnuð hafa verið sem hjálpartæki við greiningu á átröskun miðast við greiningarkerfi ameríkska geðlæknafélagsins (Diagnostic and statistical manual of mental disorders- DSM) og það á einnig við þau tæki sem notuð eru á Íslandi (Sigurlaug M. Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Því væri meira viðeigandi að nota DSM kerfið frekar en ICD kerfið við greiningar á átröskun hér á landi. DSM kerfið lýsir helstu sálrænu einkennum lystarstols sem brenglaðri mynd sjúklingsins af líkama sínum og miklum ótta við að þyngjast. Sjálfsmat sjúklings er óeðlilega háð þyngd og líkamslögun hans sjálfss (American Psychiatric Association, 2000). Þessi einkenni eru til staðar áður en sjúkdómurinn hefst og eru oft enn til staðar eftir að bata hefur verið náð. Önnur einkenni svo sem sjálfsvelti og uppköst eru leiðir til að hafa stjórn á þyngdinni og gætu því talist sem annars stigs einkenni (Fairburn og Harrison, 2003). Í DSM kerfinu eru tilgreind fjögur greiningarviðmið en þau má sjá í töflu 1. Sumir rannsakendur telja að tíðateppa ætti ekki að vera greiningarviðmið vegna þess að hún sé frekar afleiðing sveltis en einkenni sjúkdómsins (Foreyt og Mikhail, 1997).

Tafla 1. Greiningarviðmið DSM-IV-TR fyrir lystarstol (307.1)

-
- A) Höfnun á að halda líkamsþyngd við eða yfir eðlilegri lágmarksþyngd miðað við aldur og hæð (þ.e. þyngdartap sem leiðir til viðhalds líkamsþyngdar sem er minna en 85% af því sem eðlilegt er; eða að ná ekki eðlilegri þyngdaraukningu á vaxtarskeiði, sem leiðir til líkamsþyngdar sem er minni en 85% af því sem búast mætti við).
 - B) Mjög mikil hræðsla við að þyngjast eða fitna, jafnvel þótt viðkomandi sé í undirþyngd.
 - C) Brengluð upplifun á eigin þyngd eða líkamsvexti; óhófleg áhersla á áhrif líkamsþyngdar eða líkamsvaxtar á sjálfsmat eða afneitun á því hve alvarleg undirþyngd er orðin.
 - D) Tíðateppa, það er engar tíðir í minnst þrjú tímabil tíðahringa. (Kona er talin hafa tíðateppu ef tíðir koma eingöngu í framhaldi af hormónatöku, t.d. estrogen).
-

Tvær mismunandi tegundir lystarstols:

- Takmarkandi tegund: Á tímabili lystarstols koma ekki reglulega fyrir tímabil ofáts og hreinsunar (þ.e. þvinguð uppköst eða misnotkun á hægðalosandi eða þvagræsandi lyfjum).
 - Ofáts/hreinsandi tegund: Á tímabili lystarstols koma reglulega fyrir tímabil ofáts og hreinsunar (þ.e. þvinguð uppköst eða misnotkun á hægðalosandi eða þvagræsandi lyfjum).
-

Í DSM kerfinu eru tilteknar tvær mismunandi tegundir lystarstols, annars vegar ofáts/hreinsandi lystarstol og hinsvegar takmarkandi tegund. Sjúklingur sem notar sjálfsvelti til að léttu sig og fær ekki ofátsköst né notar hreinsandi aðferðir telst vera með takmarkandi tegund lystarstols en sjúklingur sem stundar ofát reglulega og hreinsandi hegðun til að vinna gegn ofátinu telst vera með ofáts/hreinsandi tegund.

Ekki er stór munur á greiningarkerfum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar og ameríkska geðlæknaflagsins. Helst má nefna að ICD kerfið greinir ekki í undirflokkum gerir samt ráð fyrir að sjúklingar með lystarstol geti fengið ofátsköst. ICD kerfið gerir ráð fyrir að truflanir í hormónaflæði líkamans valdi tíðateppu en í DSM kerfinu er gert ráð fyrir tíðateppu án þess að tilgreint sé af hvaða orsökum hún er. Margir telja að orsök tíðateppu geti verið svelti án þess að truflun í hormónum komi til (Foreyt og Mikhail, 1997). ICD kerfið gæti þar með leitt til minna hlutfalls sjúklinga sem eru greindir með átröskun vegna þess að í þeirra tilfelli er tíðateppa af öðrum orsökum en hormónatruflunum.

2.2 Upphaf og þróun lystarstols

Lystarstol hefst yfirleitt á unglingsárum en getur einnig komið fram á öðrum lífskeiðum, þótt mjög sjaldgæft sé að sjúkdómurinn hefjist þegar konur eru komnar yfir fertugt (American Psychiatric Association, 2000). Gögn benda til þess að einkenni sjúkdómsins þróist stig af stigi og því hægt að spá fyrir um í hvaða röð þau koma fram. Fyrst koma fram áhyggjur af þyngd og vaxtarlagi sem leiða til vægra aðgerða til að hafa stjórn á þeim þáttum til dæmis aðhald í mat eða auknar líkamsæfingar. Áhyggjurnar breytast smám saman í áráttu um þyngd og vöxt og leiðirnar til að hafa stjórn á þyngdinni verða alvarlegri og oft óvenjulegar (Foreyt og Mikhail, 1997).

Talið er að áföll af einhverju tagi verið tengt upphafi sjúkdómsins (American Psychiatric Association, 2000), en margar kenningar eru til um orsakir hans. Líffræðilegar kenningar fjalla meðal annars um hormónabreytingar við kynþroska og virkni í heila sem orsakir átröskunar (Foreyt og Mikhail, 1997). Þá hafa áhrif erfða á auknar líkur á átröskun verið tölувert skoðuð. Aðrir áhættuþættir hafa einnig verið skoðaðir, svo sem persónuleikaeinkenni og reynsla sem hefur tengsl við aðra geðsjúkdóma, til dæmis misnotkun í æsku (Fairburn og Harrison, 2003).

Sjúklingar með lystarstol hafa flestir mjög neikvæðar hugsanir og tilfinningar sem tengjast mat og því að matast en þær tengjast sérstaklega eigin þyngd og þyngdaraukningu. Þeir setja sér því strangar reglur í mataræði og oft mjög þróngan matarkost til að forðast þessar neikvæðu hugsanir og til að finnast sem þeir hafi stjórn á eigin lífi. Með því að forðast að matast forðast sjúklingurinn einnig neikvæðu hugsanirnar og því er líklegra að hann forðist mat í framtíðinni (Foreyt og Mikhail, 1997). Hugrænar kenningar um lystarstol fjalla sérstaklega um þörf sjúklingsins fyrir sjálfsstjórn og hvernig stjórn á matarvenjum leiðir til þess að sjúklingnum finnst hann hafa stjórn á lífi sínu. Hann notar þyngd sína og líkamslögun sem viðmið um sjálfsstjórn og sjálfsmat. Sú hegðun að forðast mat er styrkt af því að sjúklingnum finnst hann hafa sjálfsstjórn og þannig viðhelst sjúkdómurinn. Hungurtilfinningin sem óhjákvæmilega fylgir svelti eða mjög takmörkuðum matarkosti getur haft þau áhrif að sjúklingnum finnist honum hafa mistekist að halda sjálfsstjórn og leiðir það til ýktari aðgerða til að reyna að hafa stjórn á þyngd og matarvenjum. Þær aðgerðir gætu til dæmis verið óhófleg líkamsrækt, framkölluð uppköst eða misnotkun hægðalosandi og/eða þvagræsandi lyfja (Fairburn, Shafran og Cooper, 1998).

Lystarstol þróast oft í gegnum tíma og einkennin breytast en það verður til þess að greining á sjúkdónum getur breyst (Fairburn og Harrison, 2003). Fyrstu einkenni sjúkdómsins fylla jafnvel ekki öll greiningaskilmerki fyrir lystarstol og greiningin verður þá átröskun ekki nánar skilgreind eða ódæmigert lystarstol. Sumir lystarstolssjúklingar fara frá takmarkandi tegund yfir í ofáts-hreinsandi tegund og sumir færast yfir í tíðari ofátsköst og þyngjast. Greiningin gæti þá breyst í lotugræðgi. Þegar sjúklingar ná bata þannig að þeir þyngjast og tíðateppa hættir á lystarstolsgreining ekki lengur við. Þá eiga einkennin sem enn eru til staðar betur við ódæmigert lystarstol eða átröskun ekki nánar skilgreind. Þetta

flakk á milli greininga bendir til þess að lystarstol, lotugræðgi og ódæmigerð átröskun hafi sameiginlegan grunn (Fairburn og Harrison, 2003).

2.3 Faraldsfræði

Ekki hafa verið gerðar rannsóknir í íslensku þýði til að meta algengi eða nýgengi átröskunar á Íslandi. En engin auðsjáanleg ástæða er til að ætla að tíðni átröskunar sé minni hér á landi en í öðrum vestrænum löndum. Eins og áður sagði er algengi lystarstols meðal kvenna 0,5% en meðal karla er tíðni lystarstols einungis 0,05% (American Psychiatric Association, 2000).

Rannsókn sýndi að nýgengi lystarstols meðal kvenna í Bretlandi árið 2000 var 8,6 á hverja 100.000 íbúa en 0,7 á hverja 100.000 íbúa meðal karla eða að meðaltali 4,7 ný tilfelli árlega (Currin og félagar, 2005). Samkvæmt vef Hagstofu Íslands voru Íslendingar um 313.000 í byrjun árs 2008. Ef niðurstöður rannsóknarinnar væru heimfærðar á íslenskt þýði mætti búast við að 15 Íslendingar greindust með lystarstol á hverju ári.

3. Lotugræðgi (*Bulimia nervosa*)

3.1 Greiningarviðmið og einkenni

Í greiningarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, ICD kerfinu, er einkennum lotugræðgi lýst sem endurteknúum tímabilum ofáts og mikilli áherslu á stjórn á líkamsþyngd sem leiðir til mynsturs þar sem skiptast á ofátsköst og uppköst eða önnur hreinsunarhegðun. Í greiningarkerfinu er tekið fram að sjúkdómurinn eigi margt sameiginlegt með lystarstoli og þá einkum miklar áhyggjur af líkamsvexti og þyngd. Oft eiga lotugræðgisjúklingar fyrri sögu um lystarstol en það er ekki algilt (World Health Organization, 2007).

Greiningarviðmið greiningarkerfis bandaríkska geðlæknafélagsins er ekki ólíkt viðmiðum ICD kerfisins. Helsti munurinn er sá að ofát er betur skilgreint í DSM kerfinu og sjúklingur þarf að upplifa missi á stjórn meðan á ofáttímabili stendur. Þá er tiltekið þar að sjálfsmat sjúklings sé óeðlilega háð líkamsvexti og þyngd. Greiningarviðmið DSM kerfisins má sjá í töflu 2.

Tafla 2. Greiningarviðmið DSM-IV-TR fyrir lotugræðgi (307.51)

-
- A) Endurtekin tímabil ofáts sem hafa eftirfarandi einkenni:
 - 1) Át á ákveðnu tímabili (t.d. innan 2 klst) á meira magni matar en flestir myndu borða á sama tímabili og við sömu aðstæður.
 - 2) Tilfinning fyrir því að hafa ekki stjórn á áti á þessu tímabili (t.d. að geta ekki hætt eða stjórnað hvað eða hversu mikið er borðað).
 - B) Endurtekin og óviðeigandi uppbótarhegðun til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, svo sem framkölluð uppköst, misnotkun hægðalosandi eða þvagræsandi lyfja, svelti eða óhófleg líkamsrækt.
 - C) Ofát og óviðeigandi uppbótarhegðun á sér stað að meðaltali tvisvar í viku í þrjá mánuði.
 - D) Sjálfsmat er undir óeðlilegum áhrifum líkamsvaxtar og þyngdar.
 - E) Einkennin koma ekki eingöngu fram á tímabili lystarstols.
-

Tvær mismunandi tegundir lotugræðgi:

- Hreinsandi tegund: Á tímabili lotugræðgi koma reglulega fyrir tímabil framkallaðra uppkasta, misnotkun á hægðalosandi eða þvagræsandi lyfjum eða stólpípu.
 - Ekki hreinsandi tegund: Á tímabili lotugræðgi koma fyrir tímabil annarskonar uppbótarhegðunar, svo sem svelti eða óhófleg líkamsrækt, en uppköst eru ekki framkölluð reglulega, né hægðalosandi eða þvagræsandi lyf eða stólpípa misnotuð.
-

Í DSM kerfinu eru tilteknar tvær mismunandi tegundir lotugræðgi sem greina á milli þeirra sjúklinga sem nota hreinsandi hegðun eftir ofátkast og þeirra sem nota annarskonar uppbótarhegðun eftir ofátkast. Talið er að 80-90% sjúklinga með lotugræðgi tilheyri fyrri hópnum og noti hreinsandi aðferðir til að vega upp á móti átkasti (American Psychiatric Association, 2000). Sjúklingur sem greinist með ekki hreinsandi tegund ef miðað væri við DSM kerfið myndi ekki greinast með lotugræðgi samkvæmt ICD kerfinu vegna þess að þar er meginneinkenni lotugræðgi að sjúklingur reyni að bæta upp fyrir ofát með hreinsandi hegðun.

Greiningarviðmið ICD kerfisins fyrir lotugræðgi eru ekki eins ýtarleg og viðmið DSM kerfisins. Í ICD kerfinu er átkast skilgreint sem mikið át á skömmum tíma en í DSM kerfinu er það skilgreint sem meira magn matar en fólk neytir venjulega á jafn löngum tíma við sömu aðstæður. Þar kemur að auki fram hversu oft og hve lengi átköst og uppbótarhegðun þurfa að eiga sér stað til að greina eigi lotugræðgi en ekkert slíkt viðmið er í ICD kerfinu.

Ef greiningarviðmið beggja kerfa eru skoðuð sést að lystarstol og lotugræðgi eru mjög tengdir sjúkdómar. Þeir deila mörgum sameiginlegum einkennum, svo sem ofuráherslu sjúklinga á þyngd og líkamslögun og mikil áhrif þeirra þátta á sjálfsmat. Bæði lystarstols- og lotugræðgisjúklingar nota svelti, uppköst, líkamsrækt og aðra uppbótarhegðun til að hafa stjórn á þyngd sinni og margir sjúklinganna fá átköst. Í DSM kerfinu eru aðeins tvö einkenni sem greina á milli lotugræðgi og ofáts/hreinsandi tegundar lystarstols. Ef sjúklingur er í undirþyngd og hefur tíðateppu greinist hann með lystarstol en annars með lotugræðgi. Með tímanum geta sjúklingar færst á milli greiningarflokka sem bendir til þess að sjúkdómarnir séu af sama meiði. Sjúklingur sem hefur verið greindur með lystarstol getur seinna fengið lotugræðigreiningu en sjaldgæfara er að lotugræðgi þróist yfir í lystarstol. Báðir sjúkdómarnir geta svo þróast yfir í átröskun ekki nánar skilgreinda (Fairburn og Harrison, 2003).

3.2 Upphaf og þróun lotugræðgi

Lotugræðgi hefst venjulega á efri unglingsárum eða snemma á fullorðins árum (American Psychiatric Association, 2000). Eins og áður sagði eru unglingsstúlkur og ungar konur uppteknar af þyngd sinni og mjög algengt að þær fari í megrun. Þær stúlkur sem greinast með lotugræðgi hafa oft verið í strangri megrun í upphafi en í um fjórðungi tilfella hefðu einkennin í byrjun getað leitt til greiningar á lystarstoli, það er áður en ofátstímabil trufla svelti og valda þyngdaraukningu (Fairburn og Harrison, 2003). Þegar sjúklingur hefur gengið í gegnum sveltistímabil geta ýmsir þættir komið átkasti af stað, til dæmis má nefna vanlíðan, depurð og svengd sem leiðir til stjórnlauss áts (Sigurlaug M. Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Einkenni lotugræðgi þróast oft í ákveðinni röð og með tímanum getur breyst hvaða greining er viðeigandi. Óalgengt er að einkenni lotugræðgi þróist þannig að lystarstolsgreining eigi betur við en mun algengara er að einkenni lotugræðgi þróist yfir í ódæmigerða lotugræðgi eða átröskun ekki nánar skilgreind (Fairburn og Harrison, 2003).

Í hugrænum atferliskenningum um lotugræðgi er aðaláherslan á þær leiðir sem einstaklingurinn notar til að meta eigin verðleika. Heilbrigðir einstaklingar meta eigin verðleika út frá mörgum þáttum í eigin lífi, til dæmis út frá samböndum þeirra við maka, fjölskyldu og vini og út frá frammistöðu í leik og

starfi. Sjúklingar með átröskun byggja sjálfsmat sitt að mestu eða öllu leiti á matarvenjum, þyngd og líkamslögum og stjórn sinni yfir þeim þáttum. Þessi mikla áhersla á þá þætti getur einnig viðhaldið sjúkdómnum vegna þess að þegar sjúklingnum gengur að eigin mati vel að hafa stjórn á þessum þáttum þá eykst sjálfstraust hans og hann setur sér enn strangari markmið. En þar sem markmiðin sem sjúklingurinn setur sér í þyngd eru mjög óraunhæf eru miklar líkur á að honum mistakist að standa við þau. Þessi óraunhæfu markmið verða til þess að sjúklingur breytir mjög matarvenjum sínum, til dæmis gæti hann minnkað mjög magn þess matar sem hann borðar eða tekið alveg út vissa fæðuflokka. Sjúklingurinn er líklegr til að kenna lélegri sjálfsstjórn sinni um mistókin frekar en óraunhæfum markmiðum sínum ef hann mistígur sig örlítið í mataræðinu. Þessi upplifun á stjórleysi leiðir oft til átkasts. Átkastið getur haft þau áhrif að magna áhyggjur sjúklingsins af þyngd, líkamslögum og matarvenjum og auka um leið þörf hans til að stjórna þeim. Það leiðir til þess að hegðun og hugsun sjúklingsins er komin í vítahring sem erfitt getur verið að losna úr (Fairburn, Cooper og Shafran, 2003).

3.3 Faraldsfræði

Algengi lotugræðgi meðal kvenna er um það bil 1-3% en lotugræðgi er mun óalgengari meðal karla eða aðeins um einn tíundi af tíðni sjúkdómsins meðal kvenna (American Psychiatric Association, 2000).

Almennt er talið að tíðni lotugræðgi hafi aukist síðustu ár en rannsókn Currin og félaga á fjölda nýrra tilfella lotugræðgi á ári í Bretlandi sýnir að þeim fjölgangi mikið í hópi kvenna á aldrinum 10-39 ára frá 1988 til 1996 en síðan þá hefur dregið úr fjölda nýrra lotugræðgistilfella. Árið 1988 var nýgengi í þessum hópi um 15,5 á hverja 100.000 íbúa, árið 1993 var það 48,9 á 100.000 íbúa en árið 2000 var nýgengi lotugræðgi kvenna 10-39 ára 32,2 á hverja 100.000 íbúa. Nýgengi lotugræðgi árið 2000 meðal kvenna mældist 12,4 og 0,7 meðal karla. Heildarnýgengi sjúkdómsins á hverja 100.000 íbúa var metið 6,6 í rannsókninni (Currin, Schimdt, Treasure og Jick, 2005). Ef þær niðurstöður væru heimfærðar á íslensku þjóðina mætti búast við um 21 Íslendingur greindist með lotugræðgi á hverju ári.

4. Ódæmigerð átröskun / átröskun ekki nánar skilgreind (EDNOS)

4.1 Greiningarviðmið og einkenni

Ódæmigerð átröskun er greind ef tilfelli bera sum einkenni átröskunar en heildarmynd einkennanna réttlætir ekki greiningu á lystarstoli eða lotugræðgi. Þá er greiningin annað hvort ódæmigert lystarstol eða ódæmigerð lotugræðgi (World Health Organization, 2007).

Í DSM kerfinu kallast sambærilegur flokkur átröskun ekki nánar skilgreind. Greiningarflokkurinn er notaður þegar vandi tengdur mat og matarvenjum er til staðar en einkennin uppfylla ekki greiningarmörk lystarstols eða lotugræðgi. Dæmi um slíkan vanda er þegar öll einkenni um lystarstol eru til staðar fyrir utan tíðateppu, eða að þyngd samræmist ekki þeim viðmiðum sem notuð eru við greiningu á lystarstoli eða þegar öll einkenni um lotugræðgi eru til staðar en tíðni átkasta og hreinsunarhegðunar er minni en segir í greiningarviðmiðum. Sjúklingur notar til dæmis uppbótarhegðun eftir að hafa borðað líttinn skammt af mat eða hann tyggur mikinn mat en spýtir honum út úr sér án þess að kyngja. Lotuofát telst einnig til þessa greiningarflokks en þá fær sjúklingur átköst en uppbótarhegðun kemur ekki fram (American Psychiatric Association, 2000).

Rannsókn sýndi að tæplega 75% sjúklinga sem greindust með ódæmigerða átröskun höfðu miklar áhyggjur af vaxtarlagi, þyngd og mataræði (Fairburn og félagar, 2007) en það eru sálræn einkenni bæði lystarstols og lotugræðgi.

Þótt greiningarflokkurinn ódæmigerð átröskun uppfylli ekki öll skilyrði til greiningar á lystarstoli og lotugræðgi er sjúkdómurinn oft jafnalvarlegur og langvinnur (Fairburn og Harrison, 2003) og því er full ástæða til að rannsaka þann greiningarflokk betur t.d. til að finna þau meðferðarúrræði sem gagnast best.

4.2 Próun og faraldsfræði

Ódæmigerð átröskun hefur lítið verið rannsokuð (Fairburn og Harrison, 2003) en flestir þeirra sem leita sér aðstoðar vegna átröskunar fá greininguna átröskun ekki nánar skilgreind (Sigurlaug M. Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Nýleg rannsókn Fairburn og félaga sýndi að 60% þeirra sem leita sér aðstoðar vegna átröskunar fá greininguna átröskun ekki nánar skilgreind (Fairburn og félagar, 2007). Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að finna algengi átröskunar ekki nánar skilgreind í almennu þýði en það gæti verið vegna þess að engin

greiningarviðmið eru fyrir flokkinn heldur er hann notaður þegar greiningar á lystarstoli og lotugræðgi hafa verið útilokaðar (Fairburn og Bohn, 2005). Rannsókn Fairburn og félaga sýndi að um fjórðungur þeirra sem greindust með átröskun ekki nánar skilgreinda höfðu áður greinst með lystarstol og um þriðjungur höfðu áður greinst með lotugræðgi sem styður það sem áður hefur verið sagt um að þróun einkenna leiði til breytinga á greiningu.

5. Áhrif líkamsímyndar á þróun átröskunar

Rannsóknir sýna að áhersla í samféluginu á að vera grönn eykur mikið óánægju kvenna með líkamsvöxt sinn (van den Berg og félagar, 2007). Skilaboð umhverfisins eru að með því að missa nokkur kíló aukist sjálfstraust og virðing (Benninghoven, Raykowski, Solzbacher, Kunzendorf, og Jantschek, 2007). Svo virðirst vera sem konur verði frekar fyrir áhrifum vegna grannra fyrirmynnda sem birtast í fjöldum en karlar (van den Berg og félagar, 2007).

Eins og áður sagði eru óánægja með líkamsvöxt og ofmat á líkamsþyngd og stærð þeir sálfræðilegu þættir sem einkenna átröskun (American Psychiatric Association, 2000), en gera má greinamun á því að ofmeta þyngd og stærð líkama og almennri óánægju með líkamsvöxt. Ofmat á þyngd og líkamsstærð einkennir átröskunarsjúklinga en hinsvegar eru margar konur óánægðar með líkamsvöxt sinn án þess að þær þjáist af átröskun. Þær hafa þó flestar nokkuð rétta skynjun á þyngd sinni og líkamsstærð. Rannsókn Benninghoven og félaga (2007) sýndi að lystarstolssjúklingar eru líklegastir til að ofmeta þyngd sína en konur sem ekki hafa átröskun eru líklegastar til að meta þyngd sína rétt. Mat sjúklinga með lotugræðgi á eigin þyngd er þar mitt á milli. Óánægja stúlkna og kvenna með líkama sinn, sérstaklega óánægja með líkamslögun og þyngd er áberandi áhættuþáttur fyrir þróun átröskunar (Stice og Shaw, 2002). Stúlkur sem hafa miklar áhyggjur af þyngd og lögun líkama síns eru sex sinnum líklegri til að greinast síðar með átröskun en stúlkur sem hafa litlar áhyggjur af þyngd (Rosen og Neumark-Szsteiner, 1998). Konur sem greinst hafa með átröskun eru óánægðari með líkamslögun sína en konur sem ekki hafa greinst með átröskun. Enginn munur er á líkamsóánægju kvenna sem greinst hafa með lystarstol annars vegar og hins vegar með lotugræðgi. (Benninghoven og félagar, 2007). Útlit hefur mikil áhrif á sjálfsmat vestrænna kvenna og óánægja með líkamsvöxt eykur þannig neikvæðar hugsanir um líkamann sem geta leitt til þess að konur gera breyta

matarvenjum til að reyna að bæta vöxtinn og það eykur líkur á að átröskun þróist (Stice og Shaw, 2002). Rannsókn van den Berg og félaga (2007) sýndi að þær konur sem hafa lágt sjálfsmat bera sig frekar saman við fyrirmyn dir úr fjölmíðlum og eru líklegri til að finnast á sig hallað í þeim samanburði. Ungar konur eru líklegar til að kenna útliti sínu um flestallt sem aflaga fer í þeirra lífi vegna þess að þær leggja mikla áherslu á útlit sitt við sjálfsmat (Benninghoven og félagar, 2007). Af því leiðir að hætta skapast á að þær reyni að bæta allt líf sitt með því að bæta útlit sitt, gjarnan með því að reyna að grennast.

Konur á Íslandi virðast margar vera ósáttar við líkamsvöxt sinn og þyngd. Í rannsókn á vegum Manneldisráðs Íslands á mataræði Íslendinga sem gerð var árið 2002 sögðust 30% kvenna á aldrinum 15-24 ára vilja vera grennri en þær eru, en aðeins 15% kvenna í þessum aldurshópi töldust vera of þungar ($BMI \geq 25$). 53% kvenna á aldrinum 25-39 ára sögðust vilja vera grennri en þær eru, en þriðjungur þeirra töldust of þungar. Í sömu könnun sögðust um það bil tveir þriðju íslenskra kvenna á aldrinum 15-39 ára hafa farið í megrun undanfarna 12 mánuði (Laufey Steingrímsdóttir, Hólmfríður Þorgeirs dóttir og Anna Sigríður Ólafsdóttir, 2002). Ein ástæða þess að hætta á átröskun eykst með aukinni óánægju með líkamslögum er sú að þær konur sem eru óánægðar með líkamsvöxt sinn eru líklegri til að fara í megrun (Stice og Shaw, 2002) og megrun er skýr áhættuþáttur fyrir átröskun. Átraskanir virðast oft byrja sem megrun sem fer úr böndunum og endar sem árátta (Fairburn og Harrison, 2003). Fjölmargar konur í heiminum fara í megrun en sem betur fer þróast hún ekki alltaf í átröskun. Rannsókn Fairburn, Cooper, Doll og Davies (2005) sýndi að megrun þróaðist í átröskun hjá 3,5% af höpi tæplega 3000 ungra kvenna, sem voru að reyna að grennast þegar rannsóknin var gerð. Ýmis viðvörunarmerki má sjá um hvort megrun er líkleg til að þróast yfir í átröskun. Þar má nefna að markmið megrunarinnar eru sífellt að breytast og sveiflur í þyngd eru miklar. Þyngdartap getur einnig leitt til meiri gagnrýni á líkamann og minni ánægju með líkamsvöxt og getur það því verið vísrending um byrjun á átröskun. Megrun sem leiðir til félagslegrar einangrunar er einnig líklegri til að þróast í átröskun. Einangrunin gæti verið tilkomin vegna þess að megrunin tekur allan tíma frá samskiptum við annað fólk eða að sú sem er í megrun er svo óánægð með vöxtinn að hún vill ekki láta sjá sig meðal fólks (Woodside, 1995).

6. Body Shape Questionnaire (BSQ)

Body Shape Questionnaire spurningalistinn er sjálfsmatskvarði sem var saminn árið 1987 af Cooper, Taylor, Cooper og Fairburn. Listinn á að meta áhyggjur svarandans af eigin líkamslögun en eins og áður sagði eru miklar áhyggjur af eigin vaxtarlagi og þyngd og brengluð upplifun á stærð líkamans meagineinkenni átröskunar. Spurningar í listanum lúta ekki aðeins að viðhorfum fólks til líkama síns heldur einnig að hegðun sem þau viðhorf valda, til dæmis hvort fólk forðast klæðaburð sem dregur fram vöxtinn, hafi sleppt skemmtunum vegna þess að því finnst það of feitt eða hvort það hafi farið í megrun eða líkamsrækt.

Talið er að óeðlilega miklar áhyggjur af líkamslögun og þyngd sé ekki aðeins eitt meagineinkenni átröskunar heldur viðhaldi þær áhyggjur sjúkdómnum (Bunnell, Cooper, Herzt og Shenker, 1992) og þess vegna er mikilvægt að hafa mælitæki sem getur nýst til að fylgjast með þróun slíkra einkenna. BSQ listinn er gagnlegur til þess að fylgjast með áhyggjum af vaxtarlagi á meðan á meðferð stendur. Listinn gæti einnig gagnast til skimunar á slíkum áhyggjum meðal ungra kvenna sem gæti gefið tækifæri til að finna þær sem eru í áhættuhóp fyrir átröskun og grípa til viðeigandi ráðstafanna til að koma í veg fyrir að þær veikist.

Rosen, Jones, Ramirez og Waxman (1996) skoðuðu áreiðanleika og réttmæti BSQ listans. Rannsóknin sýndi að endurprófunaráreiðanleiki prófsins var mjög góður (0,88) og listinn sýndi samleitni við aðra spurningalista sem meta viðhorf til líkamslögunar. Listinn greindi einnig á milli sjúklinga með lotugræðgi og þátttakenda sem ekki voru með átröskun (Cooper, Taylor, Cooper og Fairburn, 1987).

Í rannsókn Bunnell og félaga (1992) á hópi unglingsstulkna á aldrinum 13-19 ára kom í ljós að listinn virðist greina á milli þeirra sjúklinga sem eru með lotugræðgi og þeirra sem eru með lystarstol. Listinn greindi einnig á milli lotugræðisjúklinga og þeirra sem voru rétt undir greiningarmörkum fyrir lotugræðgi í sömu rannsókn. Eiginleikar listans gætu verið aðrir þegar hann er lagður fyrir unglingsstúlkur eða fullorðnar konur því meðalskor unglings sem ekki hafa átröskun er töluvert hærra en meðalskor fullorðins sem ekki hafa átröskun. Í rannsókn Bunnell og félaga (1992) var meðalskor unglingsstulkna sem ekki hafa átröskun 91,8 (SF 36,2) en í rannsókn Cooper og félaga (1987) var meðalskor fullorðinna kvenna sem ekki hafa átröskun 71,9 (SF 23,6). Ekki fundust

rannsóknir á mun á skori fullorðna sjúklinga með lystarstol og lotugræðgi á BSQ-listanum.

Rannsóknir á þáttabyggingu listans sýna að spurningar listans hlaða á einn þátt sem snýst um áhyggjur af holdafari (Evans og Dolan, 1993). Spurningar hafa verið settar fram um hvort atriði listans séu óþarflega mörg og hvort hægt væri að gera styttri útgáfu af honum sem tæki styttri tíma í fyrirlögn. Margar rannsóknir hafa verið gerðar á réttmæti styttri útgáfa en enn er algengast að listinn sé lagður fyrir í fullri lengd (Pook, Tuschen-Caffier og Brähler, 2008, Dowson og Henderson, 2001 og Evans og Dolan, 1993).

Listinn er mest notaður í klíniskum aðstæðum við greiningu á átröskun og til að fylgjast með þróun sjúkdómsins. Vel væri hægt að nota hann til skimunar vegna þess að fyrirlögn tekur nokkuð stuttan tíma og sýnir vel áhyggjur af líkamsvexti. Þá eru próffræðilegir eiginleikar listans stöðugir.

7. Sálfræðileg próf á Íslandi

Algengt er að þau sálfræðilegu próf sem notuð eru á Íslandi séu þydd og óstöðluð. Það getur valdið vanda vegna þess að þá er ekki hægt að vera viss um að eiginleikar prófsins séu þeir sömu í íslensku þýði og í því þýði sem notað var til að staðla prófið. Til að komast að því hvort eiginleikar prófsins haldist við þýðingu þarf að bera saman upplýsingar um áreiðanleika, réttmæti og aðra próffræðilega eiginleika á þýdda prófinu og upprunalega prófinu. Ef eiginleikar prófanna eru sambærilegir er hægt að draga þá ályktun að óhætt sé að nota prófið þar til stöðluð útgáfa liggur fyrir af prófinu.

Ýmsar kerfisbundnar skekkjur geta komið fram þegar próf eru þydd til dæmis vegna þess að hugsmíðar hafa ekki sömu merkingu í mismunandi menningu eða merking getur breyst í þýðingu á milli tungumála. Vitneskja þarf að liggja fyrir um þær skekkjur til þess að hægt sé að taka tillit til þeirra við túlkun á útkomu prófsins. Hún er fengin með réttmætisathugun á því þýdda prófi sem notað. Þá er mikilvægt að huga að hugsmíðaréttmæti, aðgreiningarréttmæti og samleitniréttmæti (Einar Guðmundsson, 2005-2006).

8. Tilgangur rannsóknarinnar

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna áreiðanleika og réttmæti BSQ spurningalistans í íslensku þýði. Samleitniréttmæti er kannað með því að athuga

samband BSQ listans við aðra lista sem notaðir eru til að greina átröskun. Aðgreiningarréttmæti er skoðað með því að bera saman svör sjúklinga sem greindir eru með átröskun og hóps stúdenta. Þá er ætlunin að skoða einnig hvort munur sé á skori lystarstolssjúklinga og lotugræðgisjúklinga á BSQ listanum.

Aðferð

Pátttakendur

Þátttakendur voru 157 konur sem skiptust í two hópa. Annar hópurinn voru 58 konur sem leitað höfðu til átröskunarteymis Landspítala-Háskólasjúkrahúss og höfðu verið greindar með átröskun. Þar af voru 35 kvennanna í sjúklingahópnum greindar með lotugræðgi, 10 með lystarstol og 13 með átrsökun ekki nánar tilgreind (EDNOS). Til samanburðar voru 99 konur sem stunduðu nám við Háskóla Íslands.

Meðalaldur sjúklingahóps var 23,3 ár (sf=5 ár) og meðalþyngdarstuðull (BMI) 21,5 kg/m² (sf=4,9). Meðalaldur samanburðarhópsins var 24,3 ár (sf= 3,8 ár) og meðalþyngdarstuðull var 23,7 kg/m² (sf= 4,5). Leyfa til rannsóknarinnar var aflað frá Persónuvernd og Siðanefnd LSH.

Mælitæki

Í rannsókninni voru notaðir þrír spurningalistar sem nýtast til að meta einkenni átröskunar The Body Shape Questionnaire (BSQ), Bulimia Test – Revised (BULIT-R) og Eating Attitude Test (EAT-26).

Body Shape Questionnaire (BSQ) spurningalistinn (Cooper, Taylor, Cooper og Fairburn, 1987) var íslenskaður af Guðlaugu Þorsteinsdóttur árið 2001. Spurningalistinn er sjálfsmatskvarði sem notaður er til að meta afstöðu kvenna til eigin líkamslögunar. Atriðin í listanum eru 34 og konur meta eigin líkamslögur og hegðun síðustu fjórum vikur á sex punkta Likert-kvarða. Svarmöguleikarnir eru ; 1 aldrei, 2 sjaldan, 3 stundum, 4 oft, 5 mjög oft og 6 alltaf. Dæmi um spurningu af listanum er: „Hefur þér fundist vaxtarlag þitt síðra en annarra kvenna?“ Mögulegt heildarskor á listanum fæst með því að leggja svörin við spurningunum saman og er heildarskor listans á bilinu 34 til 204 en samkvæmt erlendum viðmiðum er skor hærra en 110 talið benda til vanda.

Listinn hefur verið metinn sem áreiðanlegt og réttmætt matstæki í erlendum rannsóknum á átrsöskunarsjúklingum og hefur greint jafn vel á milli lotugræðgissjúklinga og samanburðarhóps og sjúklingum í meðferð vegna vanda með líkamsímynd og samanburðarhóps (Anderson, Lundgren, Shapiro og Paulosky, 2004). Listinn gagnast því betur við að greina umfang vanda en til aðgreiningar á átröskunarvanda (Cooper, Taylor, Cooper og Fairburn, 1987). Hann er stutt, einfalt og auðskoranlegt matstæki sem hægt er að nota til greiningar sem og í gegnum meðferðarferlið (Anderson og ofl. 2004)

Bulimia Test – Revised (BULIT-R) (Thelen, Farmer, Wonderlich og Smith, 1991) var íslenskaður af Sigurlaugu M. Jónsdóttur árið 2004. Listinn er sjálfsmatskvarði sem notaður er til að meta einkenni lotugræðgi. Hann metur bæði ofát og hreinsunarhegðun. Þátttakendur eiga að merkja við hversu vel fullyrðingar eiga við um þá. Dæmi um fullyrðingar á listanum eru: „Finnst þér þú hafa stjórn á því hvað þú borðar mikið?“ og „Mér býður við líkama mínum eftir að hafa borðað of mikið“. Atriði listans eru 36 og svarmöguleikar hans eru á fimm punkta Likert-kvarða. Heildarskor hans er fundið með því að leggja saman skor 28 spurninga en 8 spurninganna á listanum greina ekki nægilega vel á milli kvenna með og án lotugræðgi (Sigurlaug M. Jónsdóttir, Guðlaug Þorsteinsdóttir og Jakob Smári, 2005). Lægsta mögulega heildarskor er 28 en hæsta 140, skor 104 og hærra ætti að greina á milli einstaklinga með lotugræðgi og samanburðarhóps, þó væri hægt að hafa viðmiðunarskorið lægra til að minnka hlutfall falskra neikvæðra, það er hlutfall þeirra sem greinast ekki með lotugræðgi þótt sjúkdómurinn sé til staðar.

BULIT-R listinn er þægilegur í notkun, auðskoranlegur og mjög réttmætt matstæki til greiningar á einkennum lotugræðgi. Listann er gagnlegt að nota sem skimumartæki fyrir hugsanlega lotugræðgissjúklinga sem og til að fylgjast með bataferlinu á meðferðartímanum (Anderson, Lundgren, Shapiro og Paulosky, 2004).

Eating Attitude Test (EAT-26) spurningalistinn (Garner, Olmstead, Bohr og Garfinkel, 1982) var íslenskaður af Guðlaugu Þorsteinsdóttur árið 2006. EAT-26 listinn er sjálfsmatskvarði sem notaður er til að meta viðhorf til matar og vandamál við að matast. Listinn samanstendur af 26 atriðum sem fá skor frá núll upp í þrjá. Dæmi um spurningu af listanum er: „Er gagntekin(n) af þeirri hugsun

að hafa fitu á líkamanum“ Svarmöguleikarnir eru; alltaf, mjög oft, oft, stundum, sjaldan og aldrei. Svarendur eru beðnir um að haka við þann svarmöguleika sem á best við hverja setningu. Hægt er að fá heildarskor á milli núll og 78 á listanum en ef skorið fer yfir 20 er áltið að svarandi gæti haft óheilbrigð viðhorf til matar og áts (Garner, Olmstead, Bohr og Garfinkel, 1982).

EAT-26 er einn mest notaði sjálfsmatskvarðinn í átröskunargreiningum og rannsóknum á gagnsemi meðferðar. Hann er auðveldur í fyrirlögn og það tekur sjúklinga ekki langan tíma að svara honum, sem er líklega ein ástæðan fyrir því hve vinsæll EAT-26 er. Listinn gagnast vel í greiningarferlinu, þar sem hann greinir hvort einstaklingur sé með óheilbrigð viðhorf til matar en einnig gagnast vel að leggja hann fyrir nokkrum sinnum á meðferðartímanum til að fylgjast með bataferlinu (Anderson, Lundgren, Shapiro og Paulosky, 2004).

Framkvæmd

Sótt var um leyfi fyrir rannsókninni hjá Persónuvernd og Siðanefnd Landsspítala-háskólasjúkrahúss áður en rannsókn hófst. Sjálfsmatskvörðunum þremur var raðað saman í sömu röð fyrir hvern þátttakanda í samanburðarhópnum ásamt kynningarblaði fremst með nokkrum bakgrunnsbreytum. Eftir að leyfi var fengið frá Persónuvernd og Siðanefnd LSH var hafist handa við að finna þátttakendur í samanburðarhóp. Leitað var til nemenda Háskóla Íslands í lesrýmum og kaffistofum í byggingum skólans á viku tímabili og þeir spurðir hvort þeir væru til í að taka þátt í rannsókninni með því að svara spurningalistunum þremur. Einig var farið í kennslustund í félagsvísindadeild og nemendurnir beðnir að svara listunum. Fyrirlögn tók allt frá 10 til 40 mínútur fyrir hvern þátttakanda. Rannsakendur voru viðstaddir hverja fyrirlögn til að geta svarað spurningum og leiðbeint þátttakendum eftir þörfum. Eftir söfnun gagnanna fyrir samanburðarhópinn voru öll gögnin slegin inn í tölfraðivinnsluforritið SPSS til frekari vinnslu.

Þátttakendur í sjúklingahópi voru fundnir með því að finna þá átröskunarsjúklinga sem höfðu svarað sjálfsmatskvörðunum þremur í greiningarviðtali hjá átröskunarteyminu á geðdeild LSH. Ávallt var reynt að finna greiningarviðtal frá fyrstu heimsókn viðkomandi sjúklings til átröskunarteymisins en ef svör við einhverjum listanna vantaði í fyrsta viðtalinn var notast við það viðtal þegar listarnir voru fyrst lagðir allir fyrir í meðferðinni. Leitað var að

listunum í sjúkraskrám LSH í tölvutæku formi. Þegar þátttakendur höfðu verið fundnir með þessari aðferð voru útfylltir listarnir sóttir í pappírssjúkraskrár sjúklinganna. Einnig var leitað að upplýsingum um greiningu, hæð og þyngd þátttakenda í sjúkraskrám. Skor sjúklinganna á BSQ og EAT-26 voru skráð niður fyrir hvert atriði fyrir sig og heildarskor fundið. Aðeins var skráð niður heildarskor BULIT-R listans en ekki skor hvers atriðis.

Tölfræðileg úrvinnsla

Allar breytur og skor þátttakenda á spurningalistunum þemur voru færð yfir í SPSS tölfræðiforritið þar sem unnið var úr gögnunum. Ef þátttakandi eða sjúklingur hafði ekki svarað einstaka atriði var meðaltalsskor hópsins á atriðinu reiknað og það gefið. Heildarskor voru reiknuð fyrir spurningalistana þrjá. Lýsandi greining á meðaltöllum, staðalfrávikum og dreifingu var gerð fyrir hvert atriði á spurningalistunum hjá báðum hópum sem og fyrir aðrar breytur, svo sem aldur, þyngdarstuðull og greiningu. Óháð t-próf var reiknað til að skera úr um marktækan mun milli hópa á spurningalistunum. Sama var gert á milli lotugræðgissjúklinga og lystarstolssjúklinga til að kanna tengsl svaranna á BSQ listanum við greiningu. Til að mæla áreiðanleika spurningalistanna var Cronbachs alfa stuðullinn reiknaður. Fylgnireikningar (Pearson's r) voru notaðir til að skoða tengsl milli mælitækjanna bæði hjá sjúklingahóp og samanburðarhóp og Roc greining var gerð til að kanna aðgreiningarhæfni spurningalistanna.

Niðurstöður

Í töflu 3 má sjá meðaltöl og staðalfrávik af þyngdarstuðli og aldri hópanna. Meðalaldur þátttakenda í rannsókninni var svipaður milli hópa og ekki reyndist vera marktækur munur á aldri háskólakvenna og sjúklinga $t(94) = -1,27$, $p = 0,22$. Marktækur munur reyndist vera á meðal þyngdarstuðli (BMI) háskólakvenna og sjúklinga $t(152) = -2,93$, $p = 0,004$ (sjá töflu 3).

Tafla 3. Meðalaldur og meðalþyngdarstuðll (BMI) háskólahóps og sjúklingahóps

	Hópar	N	M (sf)	t	p-gildi
Aldur	Háskólakonur	99	24,3 (3,8)		
	Sjúklingar	58	23,3 (5,0)	-1,27	0,220
BMI	Háskólakonur	96	23,7 (4,9)		
	Sjúklingar	58	21,5 (4,5)	-2,93	0,004**

** Marktækur munur við 0,01 mörkin (tveggja hala próf)

Meðaltöl, staðalfrávik og marktekt BSQ, EAT-26 og BULIT-R listana

Greinilegur munur var á svörum sjúklingahóps og háskólahóps, sjúklingarnir skoruðu marktækt hærra á öllum spurningalistunum heldur en háskólakonurnar (sjá töflu 4).

Tafla 4. Meðaltöl, staðalfrávik og marktekt BSQ, EAT-26 og BULIT-R spurningalistanna hjá sjúklingahóp og háskólahóp

	Hópur	N	Meðaltal	Staðalfrávik	t	p-gildi
BSQ	Sjúklingar	58	147,62	29,331		
	Háskólakonur	99	85,41	30,261	12,57 2	< 0,001**
EAT-26	Sjúklingar	55	38,49	12,004		
	Háskólakonur	98	5,24	7,612	20,94 6	< 0,001**
BULIT- R	Sjúklingar	57	103,88	23,386		
	Háskólakonur	96	46,11	17,300	17,46 7	< 0,001**

** Marktækur munur við 0,01 mörkin ($p < 0,01$, tveggja hala próf)

Heildarskor háskólakvennanna á BSQ spurningalistanum var á bilinu 36 til 176 en sjúklingarnir skoruðu á bilinu 77 til 186. Heildarskor EAT-26 listans var á bilinu 0 til 38 hjá háskólakonunum og á bilinu 4 til 62 hjá sjúklingunum. Heildarskor BULIT-R hjá háskólakonunum var á bilinu 29 til 102 og 33 til 135 hjá sjúklingunum.

Áreiðanleiki

Cronbachs alfa stuðullinn var reiknaður fyrir BSQ og EAT-26 í báðum hópum til að meta innri áreiðanleika listanna. Áreiðanleiki BULIT-R listans var aðeins reiknaður í háskólahópnum þar sem ekki voru skráð niður einstaka skor á BULIT-R hjá sjúklingahópnum. Í töflu 5 má sjá niðurstöðurnar sem sýna að áreiðanleikastuðullinn var viðunandi hjá öllum listunum og þar af mjög góður hjá BSQ. Hann mældist $\alpha = 0,97$ hjá háskólahópnum og $\alpha = 0,95$ hjá sjúklingunum.

Tafla 5. Innri áreiðanleiki BSQ, EAT-26 og BULIT-R hjá háskólahóp og sjúklingahóp

	Hópur	Cronbach's Alfa
BSQ	Háskólakonur	0,97
	Sjúklingar	0,95
EAT-26	Háskólakonur	0,88
	Sjúklingar	0,82
BULIT-R	Háskólakonur	0,94
	Sjúklingar	

Leiðrétt fylgni hvers atriðis við heildartölu var reiknuð fyrir alla spurningalistana hjá háskólahópnum. Öll atriði BSQ listans höfðu jákvæða fylgni við heildartölu kvarða eða hærri en 0,3. Það bendir til þess að þau mæli sömu hugsmíðina. Atriði 32 hafði lægstu fylgnina við heildartölu (0,32) og atriði 26 næstlægstu fylgnina (0,412). Meðalfylgni atriðanna við heildartölu á BSQ listanum hjá háskólahópnum var 0,68 og spönnin var á bilinu 0,32 – 0,880.

Fylgni atriða EAT-26 við heildartölu kvarða var ekki eins góð og hjá BSQ, öll atriðin höfðu jákvæða fylgni við heildartölu en sjö atriðanna höfðu lægri fylgni en 0,3. Meðalfylgnin var 0,46 og spönnin á bilinu 0,034 til 0,753. Atriði 20 var með lægstu fylgnina eða 0,034, atriði 13 hafði fylgnina 0,046, atriði 15 0,082, atriði 8 0,099, atriði 5 0,123, atriði 25 0,144 og atriði 19 0,215.

Atriði BULIT-R listans hjá háskólahópnum höfðu öll jákvæða fylgni við heildartölu, atriði 10 var með lægstu fylgnina, 0,215 og var eina atriðið með fylgni lægri en 0,3. Meðalfylgnin var 0,616 og spönnin á bilinu 0,215 – 0,784.

Leiðrétt fylgni hvers atriðis við heildartölu var einnig reiknuð fyrir BSQ og EAT-26 spurningalistana hjá sjúklingahópnum. Atriði BSQ listans höfðu öll jákvæða fylgni við heildartölu eins og hjá háskólahópnum en fjögur atriðanna höfðu þó lægri fylgni en 0,3. Meðalfylgnin var 0,61 og spönnin á bilinu 0,09 –

0,886. Atriði 26 og 32 voru með lægstu fylgnina eða 0,09 og 0,187, en þess má geta að þessi tvö atriði höfðu einnig lægstu fylgnina hjá háskólahópnum. En atriði 22 og 28 höfðu einnig fylgni við heildartölu listans undir 0,3 hjá sjúklingahópnum, nánar tiltekið 0,274 og 0,261.

Þrjú atriðanna á EAT-26 listanum hjá sjúklingahópnum höfðu lága neikvæða fylgni við heildartölu og fimm önnur atriði höfðu einnig lága fylgni við heildartölu listans, eða fylgni undir 0,3. Meðalfylgnin var 0,34 og spönnin á bilinu -0,103 – 0,639. Þau atriði sem höfðu neikvæða fylgni voru atriði 9 sem hafði lægstu fylgnina eða -0,103, atriði 13 með -0,026 og atriði 25 -0,025. Hin atriðin sem höfðu lága fylgni voru atriði 26, 4, 6, 15 og 19. Þess má geta að fimm þessara atriða höfðu einnig lága fylgni hjá háskólahópnum en það voru atriði 5, 13, 15, 19 og 25.

Munur á skori lystarstols- og lotugræðgisjúklinga

EKKI reyndist vera marktækur munur á skori lotugræðgisjúklinga og lystarstolssjúklinga á BSQ spurningalistanum. Meðaltalið var nokkuð hærra í hópi lotugræðgisjúklinga en hjá lystarstolssjúklingunum (sjá töflu 6) en munurinn var ekki marktækur. Sömu sögu var að segja með EAT-26 spurningalistann, ekki mældist marktækur munur á skorum sjúklinganna miðað við greiningu (sjá töflu 6). Aftur á móti reyndist vera marktækur munur á skorum lystarstolssjúklinganna og lotugræðgisjúklinganna á BULIT-R spurningalistanum ($t(94) = -3,277$, $p < 0,01$). Lotugræðissjúklingarnir skoruðu tölvert hærra á BULIT-R listanum (sjá töflu 6).

Tafla 6. Meðaltöl, staðalfrávik og marktækkt BSQ, EAT-26 og BULIT-R spurningalistanna hjá lystarstolssjúklingum og lotugræðgisjúklingum

	Hópur	N	Meðaltal	Staðalfrávik	t	p-gildi
BSQ	Lystarstol	10	138,70	34,922		
	Lotugræðgi	35	151,11	26,701	-1,150	0,257
EAT-26	Lystarstol	9	34,78	9,667		
	Lotugræðgi	34	39,62	11,914	-1,122	0,269
BULIT-R	Lystarstol	9	88,00	31,369		
	Lotugræðgi	35	112,57	16,299	-3,277	0,002**

** Marktækur munur við 0,01 mörkin ($p < 0,01$, tveggja hala próf)

Fylgni milli spurningalistanna

Reiknuð var fylgni (pearson correlation) á milli BSQ, EAT-26 og BULIT-R listanna fyrir háskólahóp og sjúklingahóp til að skoða hvort einhver tengsl væru á milli listanna. Í töflu 7 má sjá fylgni listanna innan hóps háskólakvenna. Marktæk fylgni ($p < 0,01$) reyndist vera á milli listanna þriggja hjá háskólahópnum.

Tafla 7. Fylgni BSQ við EAT-26 og BULIT-R hjá háskólahóp

	BSQ	EAT-26	BULIT-R
BSQ	1,00	0,673**	0,756**
EAT-26		1,00	0,762**
BULIT-R			1,00

** Marktæk fylgni við 0,01 mörkin (tveggja hala próf)

Í töflu 8 má sjá fylgnistuðla milli listanna hjá sjúklingahópunum, tengsl voru á milli allra listanna. Minna samband var á milli EAT-26 og BULIT-R ($p < 0,05$) heldur en á milli BSQ og EAT-26 og BULIT-R ($p < 0,01$).

Tafla 8. Fylgni BSQ við EAT-26 og BULIT-R hjá sjúklingahóp.

	BSQ	EAT-26	BULIT-R
BSQ	1,00	0,662**	0,400**
EAT-26		1,00	0,284*
BULIT-R			1,00

** Marktæk fylgni við 0,01 mörkin (tveggja hala próf)

* Marktæk fylgni við 0,05 mörkin (tveggja hala próf)

Fylgni BSQ listans við EAT-26 og BULIT-R listana er þó nokkuð góð þegar miðað er við svör beggja hópa, þó er aðeins hærri fylgni milli listanna hjá háskólahópnum en sjúklingahópnum. Þessi fylgni á milli BSQ og annarra spurningalista sem mæla sömu hugsmíð gefur gott samleitniréttmæti BSQ listans til kynna, en til að hugsmíðaréttmæti matstækja sé viðunandi þarf samleitni að vera til staðar.

Roc greining

Gerð var ROC greining til að kanna hvernig spurningalistarnir þrír greina á milli hópanna. Á mynd 1 má sjá næmi og sértækni listanna þriggja, svæðið undir

kúrfunni (AUC) mældist 0,915 á BSQ, 0,978 á EAT-26 og 0,957 á BULIT-R og má því segja að listarnir þrír greini allir mjög vel á milli hópanna sem gefur til kynna góða aðgreiningarhæfni listanna.

Mynd 1. ROC kúrfa BSQ, EAT-26 og BULIT-R spurningalistanna

Í töflum 9, 10 og 11 má sjá ólíf dæmi um sértækni og næmi mismunandi skora á BSQ, EAT-26 og BULIT-R listunum hjá báðum hópunum.

Tafla 9. Dæmi um næmi og sértækni mismunandi skora á BSQ spurningalistanum

Skor	Næmi	Sértækni
118	0,815	0,833
119,5	0,796	0,833
120,5	0,796	0,833
122,5	0,796	0,844
124,5	0,796	0,854
125,5	0,796	0,875
127	0,796	0,885
128,5	0,778	0,885
129,5	0,759	0,885
131	0,759	0,896
132,5	0,759	0,906
134	0,741	0,917
138,5	0,704	0,948

Tafla 10. Dæmi um næmi og sértækni mismunandi skora á EAT-26 spurningalistanum

Skor	Næmi	Sértækni
9,5	0,981	0,823
10,5	0,981	0,875
12	0,963	0,885
14	0,963	0,896
16,5	0,963	0,906
18,5	0,963	0,927
19,5	0,944	0,938
20,5	0,926	0,937
21,5	0,926	0,948
24	0,907	0,948
27	0,889	0,958
28,5	0,870	0,958

Tafla 11. Dæmi um næmi og sértækni mismunandi skora á BULIT-R spurningalistanum

Skor	Næmi	Sértækni
68,5	0,907	0,875
69,5	0,907	0,885
72	0,889	0,885
75	0,870	0,885
77	0,870	0,896
78,5	0,870	0,906
79,5	0,852	0,906
81	0,833	0,906
83	0,833	0,917
84,5	0,833	0,927
85,5	0,833	0,948
86,5	0,833	0,958
88	0,815	0,969

Niðurstöður ROC greiningarinnar benda til þess að aðgreiningarhæfni listanna sé nokkuð góð og að þeir greini nokkuð vel á milli sjúklinga og háskólakvenna.

Umræða

Helsta markmið rannsóknarinnar var að kanna íslenska þýðingu af BSQ spurningalistanum og kanna próffræðilega eiginleika hans. Einnig var ætlunin með rannsókninni að athuga hvort samband væri á milli listans og mismunandi greininga átröskunar, athuguð voru tengsl lystarstols og lotugræðgi við listann. Að lokum var markmið að kanna hvort tengsl væru á milli BSQ listans og tveggja annarra spurningalista sem notaðir eru til að meta einkenni átröskunar. Annar hópur þáttakenda voru konur sem höfðu verið greindar með átröskun hjá átröskunarteymi geðdeildar LSH. Meirihluti sjúklinganna, það er 35 af 58 höfðu verið greindar með lotugræðgi, tíu voru greindar með lystarstol og 13 greindir með átröskun ekki nánar tilgreind (EDNOS). Ekki var kannað hvort munur væri á svörum þeirra sem greindir voru EDNOS og þeirra sem höfðu verið greindir með lystarstol eða lotugræðgi vegna þess að ekki eru skýr viðmið fyrir greiningarflokkinn. Þeir sem greinast með EDNOS gætu verið hvort sem er á mörkum lystarstols eða lotugræðgi eða þjáðst af lotufáti. Ákjósanlegast hefði verið að hafa jafnari hlutföll milli lotugræðgi og lystarstolssjúklinga til að skoða tengsl greininga við BSQ spurningalistann en ekki fengust fleiri lystarstolssjúklingar sem höfðu svarað öllum þremur listunum í greiningarviðtali hjá átröskunarteyminu.

Til samanburðar í rannsókninni voru konur á svipuðum aldri og sjúklingarnir, sem stunda nám við Háskóla Íslands. Reynt var að fá fjölbreyttan nemendahóp úr Háskólanum sem einskorðaðist ekki við eina deild og því var þáttakendum í samanburðahópinn safnað af göngum og lesrýmum háskólabygginga Háskóla Íslands sem og úr einni kennslustund innan félagsvísindasviðs. Deildirnar sem þáttakendur komu frá voru, félagsvísindadeild, viðskipta- og hagfræðideild, hugvísindadeild, raunvísindadeild, lagadeild og guðfræðideild. Öllum þáttakendum samanburðarhóps var frjálst að hafna þáttöku eða svara ekki einstaka spurningum.

Þyngdarstuðull (BMI) var reiknaður fyrir alla þáttakendur í hvorum hópi fyrir sig og munurinn á milli hópanna skoðaður. Munur var á milli hópanna, sjúklingahópurinn hafði lægri meðalþyngdarstuðul heldur en háskólahópurinn og reyndist munurinn marktækur. Þennan mun mætti líklega útskýra með þyngdarstuðlum lystarstolssjúklinganna en þeir voru með lægstu þyngdarstuðlana,

7 af 10 lystarstolssjúklingunum reyndust hafa BMI á bilinu 15 – 18 en aðeins ein kvennanna í háskólahópnum hafði þyngdarstuðul undir 18.

Meðalskor og staðalfrávik þáttakenda var reiknað fyrir hvern lista fyrir sig og skoðað hvort munur væri á milli hópanna. Niðurstöðurnar voru í samræmi við væntingar rannsakenda. Meðalskor sjúklingahópsins var töluvert hærra en meðalskor háskólahópsins á spurningalistunum þremur og reyndist munurinn marktækur á öllum listunum. Þessi niðurstaða gefur vísrendingu um að aðgreiningarhæfni listanna sé góð þar sem þeir greina vel á milli þáttakenda sem greindir voru með átröskun og þeirra sem ekki höfðu átröskun. Með öðrum orðum þýðir það að þær konur sem eru með átröskun fá hærra skor á þessum prófum en þær sem eru ekki með átröskun.

Áreiðanleiki BSQ spurningalistans í rannsókninni var mjög góður en hann var 0,97 hjá háskólahópnum og 0,95 hjá sjúklingahópnum. Þessi niðurstaða er í samræmi við aðrar rannsóknir sem beinst hafa að BSQ spurningalistanum, rannsókn Ghaderi og Scott (2004) á áreiðanleika og réttmæti sánsku þýðingar BSQ hafði innri áreiðanleika 0,97 hjá samanburðarhóp og 0,94 hjá sjúklingahóp. Innri áreiðanleiki EAT-26 mældist heldur lægri en BSQ en var þó viðunandi, 0,88 hjá háskólahópnum og 0,82 hjá sjúklingahópnum. Þessar niðurstöður á áreiðanleika EAT-26 eru nokkurn veginn í samræmi við aðrar rannsóknir á spurningalistanum en fyrstu rannsóknir á EAT-26 gáfu áreiðanleika 0,90 hjá sjúklingum og 0,83 hjá samanburðarhóp (Garner og félagar 1982). Aðeins var reiknaður áreiðanleiki fyrir BULIT-R hjá háskólahópnum þar sem ekki voru skráð einstaka skor á BULIT-R listanum fyrir sjúklingana. Áreiðanleiki BULIT-R í þessum hópi var mjög góður, 0,94. Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt góðan áreiðanleika BULIT-R spurningalistans hjá samanburðarhópi. Áreiðanleiki samanburðarhóps í rannsókn sem gerð árið 2005 á eiginleikum íslenskrar þýðingar á BULIT-R var 0,97 (Sigurlaug M. Jónsdóttir, 2005).

Leiðrétt fylgni BSQ hjá háskólahópnum var mjög góð, engin atriði voru undir 0,3. Leiðrétt fylgnin hjá sjúklingahópnum var heldur lakari, fjögur atriði listans voru undir 0,3 þar á meðal atriði 32 og 26 en þau atriði voru með lægstu fylgnina hjá háskólahópnum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við aðrar rannsóknir og í samræmi við það sem rannsakendur bjuggust við. Þessar spurningar snúast um uppköst og notkun hægðalosandi lyfja til að upplifa sig grennri. Þessi tvö atriði virðast ekki fylgja hinum spurningum listans í eins þáttar

þáttabyggingu þar sem 32 atriðanna hlaða á fyrsta þáttinn sem fjallar um áhyggjur af holdarfari (Evans og Dolan, 1993). Þáttagreining á sænsku útgáfu BSQ spurningalistans sýndi einnig að 32 atriði af 34 hlóðu hæst á fyrsta þáttinn en atriði 26 og 32 hlóðu hæst á annan þáttinn (Ghateri og Scott, 2004). Það bendir til þess að þessi atriði meti ekki áhyggjur svarandans af eigin líkamslögum eða þyngd líkt og önnur atriði á listanum gera. Tvær rannsóknir hafa einnig verið gerðar þar sem styttri útgáfur af BSQ hafa verið skoðaðar, önnur þeirra notaðist við 14 atriði af 34 en hin rannsóknin kannaði annars vegar tvær 16 atriða útgáfur og hins vegar fjórar 8 atriða útgáfur. Engar af þessum 7 styttri útgáfum af BSQ innihalda atriði 26 og 32 (Pook, Tuschen-Caffier og Brähler, 2006).

Leiðrétt fylgni EAT-26 var heldur slakari en leiðrétt fylgni BSQ listans. Þrjú atriðanna hjá sjúklingahóp höfðu neikvæða fylgni við heildartölu. Þessi atriði höfðu ekki neikvæða fylgni hjá háskólahóp sem bendir til þess að ástæðan sé ekki vegna þýðingar listans. Ekki fannst nein erlend rannsókn sem sýndi leiðréttu fylgni EAT-26 listans sem gæti útskýrt neikvæðu fylgnina.

Reiknað var meðalskor og staðalfrávik allra listanna hjá lotugræðgisjúklingum og lystarstolssjúklingum og tengsl spurningalistanna við greiningu skoðuð. Enginn munur var á skori lystarstolssjúklinganna og lotugræðgisjúklingann á BSQ og EAT-26. Lotugræðgisjúklingarnir skoruðu hærra á öllum þremur listunum en aðeins var marktækur munur á skorinu á BULIT-R. Þessa niðurstöðu má skýra með því að BULIT-R var hannaður sérstaklega til að greina og meta einkenni lotugræðgi en BSQ og EAT-26 til að meta þau einkenni sem eru sameiginleg með öllum flokkum átröskunar, það er miklum áhyggjum af þyngd og líkamslögum. BSQ listinn greinir því ekki á milli lystarstolssjúklinga og lotugræðissjúklinga. Niðurstöður úr rannsókn Benninghoven frá 2007 voru í samræmi við þær niðurstöður en þær sýndu að enginn munur var á líkamsóánægju kvenna sem greinst hafa með lotugræðgi eða lystarstol.

Fylgni BSQ við hina two kvarðana EAT-26 og BULIT-R var nokkuð góð. Marktæk fylgni kom fram á milli listanna hjá báðum hópunum sem er mjög gott með hliðsjón af stærð úrtaksins. Há fylgni á milli listanna gefur til kynna gott samleitniréttmæti, sem bendir til þess að listarnir mæli allir sömu hugsmíð. Gott samleitniréttmæti og hugsmíðaréttmæti BSQ listans styður fyrri erlendar rannsóknir á eiginleikum hans og bendir til þess að listinn hafi ekki glatað eiginleikum sínum sem greiningartæki á einkennum átröskunar við þýðingu. Þegar

skoðaður var munur á fylgni milli listanna þriggja kom í ljós að fylgnin á milli þeirra allra var svipuð í hópi háskólakvenna en þegar svör sjúklingahóps voru skoðuð var hærri fylgni á milli BSQ og EAT-26 heldur en á milli BSQ og BULIT-R. Leita má skýringa í því að BULIT-R listinn er sértækari en hinir tveir listarnir því hann á sérstaklega að meta einkenni lotugræðgi.

Athugun á næmi og sértækni BSQ, EAT-26 og BULIT-R gaf til kynna að aðgreiningarhæfni listanna er góð, það er listarnir greindu allir vel á milli þátttakenda með og án átröskunar.

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að aðgreiningarréttmæti BSQ sé gott og að innri áreiðanleiki listans sé mjög góður. Fylgni milli BSQ, EAT-26 og BULIT-R listanna bendir einnig til viðunandi samleitniréttmætis. Listinn greindi vel á milli háskólakvennanna og átröskunarsjúklinganna og virðist greina átröskun almennt en ekki sérstaklega lotugræðgi eða lystarstol. Niðurstöðurnar eru mjög skýrar sérstaklega þegar tekið er tillit til smæðar úrtaksins. Bæta hefði mátt nokkra þætti á rannsókninni, til dæmis var ekki spurt hvort þátttakendur í samanburðarhópnum hefðu greinst með átröskun þegar bakgrunnsbreyta var aflað. Rannsakendur höfðu ekki stjórн á fyrirlögnum spurningalistanna hjá sjúklingunum vegna þess að starfsfólk átröskunarteymis LSH hefur lagt listana fyrir jafnt og þétt þegar nýir sjúklingar hafa leitað til þeirra. Við gagnaleit kom í ljós að listarnir höfðu ekki allir verið lagðir fyrir alla sjúklinga sem leitað höfðu til teymisins og verið greindir með átröskun. Ekki er ljóst hvort eithvað greini þá sjúklinga frá hinum sem svöruðu listunum öllum. Því er ekki hægt að fullyrða að ytra réttmæti sjúklingahópsins sé sem best á kosið.

Þessi rannsókn hefur þó leitt í ljós að niðurstöður íslenska BSQ listans eru hliðstæðar og sambærilegar niðurstöðum annarra rannsókna á BSQ í öðrum löndum. Listinn er stuttur, einfaldur í fyrirlögn og mjög gagnlegur til að greina átröskun sem og til að fylgjast með bata á meðferðartímanum. Heilbrigðari viðhorf til þyngdar og líkamslögunar skiptir miklu máli í bata sjúklinga með lystarstol og lotugræðgi og því er mikilvægt að hafa tæki sem hjálpa til við að meta það viðhorf í upphafi sjúkdóms og á meðan á meðferð stendur. Því er full ástæða til að kanna betur eiginleika BSQ spurningalistans í íslensku þýði og stefna að stöðlun hans hér á landi.

Heimildir

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association 2000.

Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R. og Paulosky, C. A. (2004). Assessment of eating disorders: Review and recommendations for clinical use. *Behavior Modification*, 28, 763-782.

Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., Kunzendorf, S. og Jantschek, G. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image*, 4, 51-59.

Bunnell, D. W., Cooper, P. J., Hertz, S. og Shenker, I. R. (1992). Body shape concerns among adolescents. *International Journal of Eating disorders*, 11, 79-83.

Caradas, A. A., Lambert, E. V. og Charlton, K. E. (2001). An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *Journal of Human Nutrition and dietetics*, 14, 111-120.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. og Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorder*, 6, 485-494.

Currin, L., Scmidt, U., Treasure, J. og Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.

Dowson, J. og Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102, 263-271.

Einar Guðmundsson (2005-2006). Þýðing og staðfærsla sálfræðilegra prófa. *Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 10-11, 23-40.

Evans, C. og Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened “alternate forms”. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 315-321.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A. og Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-1715.

Fairburn, C. G. og Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. og Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2249-2255.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. og Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Fairburn, C. G. og Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.

Fairburn, C. G., Shafran, R. og Cooper, Z. (1998). A cognitive behaviour theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.

Foryet, J. P. og Mikhail, C. (1997). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. I E.J. Marsh og L.G. Terdal (Ritsj.), Assessment of childhood disorders. 3 rd edition (bls. 683-716). The Guildford Press.

Ghaderi, A. & Scott, B. (2004). The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 319-324.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Hagstofa Íslands. Yfirlit yfir mannfjölda. Sótt 10. júní 2008 af <http://hagstofa.is/Hagtetur/Mannfjoldi/Yfirlit>

Laufey Steingrímsdóttir, Hólmfríður Þorgeirs dóttir og Anna Sigríður Ólafsdóttir. (2002). *Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2002. Rannsóknir Manneldisráðs Íslands V.* Reykjavík: Lýðheilsustöð.

Pook, M., Tuschen-Caffier, B. og Brähler, E. (2008). Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 158, 67-73.

Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E. og Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 315-319.

Rosen, D. S. og Neumark-Sztainer, D. (1998). Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 23, 354-363.

Sigurlaug M. Jónsdóttir, Guðlaug Þorsteinsdóttir og Jakob Smári (2005). Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar gerðar Bulimia Test-Revised (BULIT-R) prófsins. *Læknablaðið*, 91, 923-928.

Sigurlaug M. Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir (2006). Átraskanir: Einkenni, framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. Yfirlitsgrein. *Læknablaðið*, 92, 97-104.

Stice, E. og Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.

Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S. og Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test; The BULIT-R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.

van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J. og Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4, 257-268.

Woodside, D. B. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Í V. B. Van Hasselt og M. Hersen (Ritstj.), *Handbook of adolescent psychopathology: A guide to diagnosis and treatment* (bls. 407-434). New York: The Free Press.

World Health Organization. (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. (ICD-10). Sótt 31. maí 2008 af <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Viðaukar



Reykjavík, 4. apríl 2008
KS /js

Guðlaug Þorsteinsdóttir, læknir
Átröskunarteymi LSH
31C Hringbraut.

Varðar erindi 25/2008 “Body Shape Questionnaire (BSQ); íslensk viðmið og tengsl við átraskanir.”

Ágæta Guðlaug.

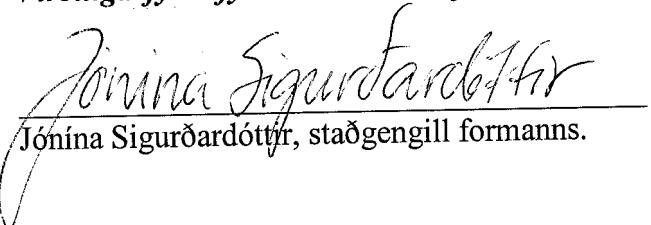
Við höfum móttekið svar þitt dagsett 26. mars 2008 ásamt fylgigögnum. Það var tekið fyrir á fundi siðanefndar þann 3. apríl 2008 og samþykkt án athugasemda.

Endanlegt samþykki siðanefndar Landspítala fyrir ofangreinda rannsókn er hér með veitt.

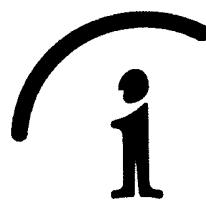
Siðanefnd LSH bendir rannsakendum á að birta siðanefndarnúmer rannsóknarinnar þar sem vitnað er í leyfi nefndarinnar í birtum greinum um rannsóknina. Jafnframt fer Siðanefnd LSH fram á að fá send afrit af birtum greinum um rannsóknina.

Gangi þér vel við rannsóknarstörfin.

Virðingarfyllst fyrir hönd Siðanefndar LSH,


Jónína Sigurðardóttir, staðengill formanns.

Guðlaug Þorsteinsdóttir
Lindarsel 13
109 REYKJAVÍK



Persónuvernd

Rauðarárstíg 10 105 Reykjavík
sími: 510 9600 bréfasími: 510 9606
neffang: postur@personuvernd.is
veffang: personuvernd.is

Reykjavík, 18. mars 2008
Tilvísun: 2008030214 LSL/-

Heimild skv. 3. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997 til aðgangs að sjúkraskrám

I.
Umsókn

Persónuvernd hefur borist umsókn frá Guðlaugu Þorsteinsdóttur, geðlækni, dags. 21. febrúar 2008, um leyfi til aðgangs að sjúkraskrám vegna rannsóknar sem ber yfirskriftina „Body Shape Questionnaire (BSQ): íslensk viðmið og tengsl við átröskun“.

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna próffræðilega eiginleika spurningalistans Body Shape Questionnaire (hér eftir nefndur BSQ) hjá hópi kvenna með átraskanir. Einnig er ætlunin að finna íslensk greiningarviðmið fyrir BSQ og skoða tengsl BSQ við undirflokkar átröskunar auk þess sem tengsl BSQ við Bulimia Test-Revised (BULIT-R) og Eating Attitude Test (EAT-26) verða skoðuð.

Þýði rannsóknarinnar verður fundið með þeim hætti að farið verður í sjúkraskrá 100 kvenna sem leituðu til átröskunarteymis geðdeilda LSH síðastliðin tvö ár og veittu samþykki sitt á sínum tíma til þess að niðurstöður þeirra úr ofangreindum spurningalistum yrðu notaðar í rannsóknarskyni síðar. Þeir sem leita til átröskunarteymisins þurfa að svara þessum þremur ofangreindum spurningalistum og eru þeir geymdir í sjúkraskrá viðkomandi.

Samkvæmt umsókninni er fyrithugað að afla upplýsinga frá geðdeilda LSH og verður upplýsingum aflað um aldur, hæð, þyngd og klíníkska greiningu hinna skráðu auk hinna fyrrnefndu spurningalista BSQ, BULIT-R og EAT-26.

Rannsóknargögn verða vistuð í einkatölvum rannsakenda meðan á rannsókninni stendur og verða tölvurnar læstar með lykilordum. Spurningalistarnir verða geymdir í læstri hirslu á geðdeilda LSH en fimm árum eftir lok rannsóknar verður öllum gögnum eytt.

Af framangreindu er ljóst að í rannsókninni felst öflun upplýsinga um þátttakendur úr sjúkraskrám þeirra. Samkvæmt 3. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, þarf

leyfi Persónuverndar til aðgangs að sjúkraskrám í þágu vísindarannsókna. Getur stofnunin bundið slíkt leyfi þeim skilyrðum sem hún telur nauðsynleg hverju sinni.

*II.
Leyfi og leyfisskilmálar*

Persónuvernd hefur nú ákvæðið, m.a. að virtum ákvæðum 29., 33. og 34. gr. í formálsorðum persónuverndartilskipunarinnar nr. 95/46/EB, sem og ákvæði 9. tölul. 1. mgr. 9. gr. laga nr. 77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga, að veita yður umbeðið leyfi til aðgangs að sjúkraskrám vegna rannsóknarinnar: „Body Shape Questionnaire (BSQ): íslensk viðmið og tengsl við átröskun“.

Leyfi þetta gildir til 1. júní 2013 og er bundið eftirfarandi skilyrðum:

1. Ábyrgðaraðilar að vinnslu persónuupplýsinga

Guðlaug Þorsteinsdóttir, geðlæknir (sem hér eftir kallast leyfishafi), telst vera ábyrgðaraðili vinnslunnar í skilningi 4. tölul. 2. gr. laga nr. 77/2000. Fer leyfishafi með allt fyrirsvar gagnvart Persónuvernd um alla þætti er varða þetta leyfi, þá m. álitaefni, er upp kunna að rísa, um það hvort vinnsla persónuupplýsinga hafi verið í samræmi við lög, reglur og ákvæði þessa leyfis.

2. Lögbundnir leyfisskilmálar

- Þegar leyfishafi fer þess á leit við ábyrgðarmenn sjúkraskráa, sbr. reglugerð nr. 227/1991 um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál, að fá aðgang að viðkomandi sjúkraskrám, ber honum að framvísa leyfi þessu.
- Leyfi þetta er bundið því skilyrði að ábyrgðarmenn umræddra sjúkraskráa hafi lýst því yfir að þeir séu því samþykkir fyrir sitt leyti að leyfishafi fái aðgang að þeim.
- Leyfi þetta er bundið því skilyrði að siðanefnd, eða eftir atvikum vísindasiðanefnd, hafi lagt mat á rannsóknina og látið í té skriflegt álit sitt þess efnis að hvorki vísindaleg né siðfræðileg sjónarmið mæli gegn framkvæmd hennar, sbr. 3. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, sbr. 4. mgr. 2. gr. sömu laga.
- Þegar leyfishafi skoða sjúkraskrá á grundvelli leyfis þessa ber honum að skrá það í sjúkraskrána, sbr. 4. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997.

3. Lögmæt vinnsla persónuupplýsinga og þagnarskylda

- Leyfishafi ber ábyrgð á því að vinnsla persónuupplýsinga vegna rannsóknarinnar fullnægi ávallt kröfum 1. mgr. 7. gr. laga nr. 77/2000.
- Farið skal með upplýsingar úr sjúkraskrám, sem skráðar eru vegna rannsóknarinnar, í samræmi við lög nr. 77/2000, lög nr. 74/1997, læknalög nr. 53/1988 og reglugerð nr. 227/1991. Hvílir þagnarskylda á leyfishafa og öðrum þeim sem koma að rannsókninni um heilsufarsupplýsingar sem unnið er með, sbr. 15. gr. laga nr. 53/1988. Þagnarskylda helst þótt látið sé af störfum við rannsóknina.
- Taki háskólanemar eða aðrir, sem ekki teljast til löggiltira heilbrigðisstéttta, þátt í framkvæmd rannsóknarinnar skulu þeir undirrita sérstaka þagnarskylduyfirlýsingu, þar sem þeir m.a. ábyrgjast að tilkynna leyfishafa ef í rannsóknargögnum eru viðkvæmar persónuupplýsingar um þá sem eru eða hafa verið maki viðkomandi, skyldir eða mægðir honum í beinan legg eða að öðrum lið til hliðar eða tengdir honum með sama hætti vegna ættleiðingar. Er viðkomandi þá óheimilt að kynna sér gögn um þá einstaklinga. Leyfishafa eða fulltrúa hans ber að votta rétta undirskrift hlutaðeigandi og dagsetningu slíkrar yfirlýsingar og koma henni til Persónuverndar innan tveggja vikna frá útgáfu leyfis þessa eða frá því að viðkomandi hefur störf við rannsóknina. Þagnarskyldan er byggð á 3.

mgr. 35. gr. laga nr. 77/2000. Á heimasiðu Persónuverndar er að finna staðlað eyðublað fyrir þagnarskylduyfirlýsingum. Ef þagnarskylduyfirlýsingum er ekki skilað innan tilskilins frests getur Persónuvernd afturkallað leyfi þetta.

- d. Leyfi þetta heimilar einvörðungu að safnað verði úr sjúkraskrám þeim heilsufarsupplýsingum sem gildi hafa fyrir rannsókn leyfishafa og samrýmast markmiðum hennar.

4. Auðkenning rannsóknargagna

- a. Í rannsóknargögn má skrá upplýsingar um fæðingarmánuð, fæðingarár og kyn hvers sjúklings.
- b. Óheimilt er að skrá í rannsóknargögn upplýsingar um nöfn sjúklinga, nafnnúmer, heimilisföng, símanúmer, fax-númer, tölvupóstföng eða annað sambærilegt.
- c. Tilgangur rannsóknarinnar er m.a. að bera saman niðurstöður úr þremur spurningalistum er varða átróskun kvenna auk þess sem bornar verða saman upplýsingar um hæð, byngd og klíniska greiningu úr sjúkraskrá. Í ljósi þessa er heimilt við framkvæmd rannsóknar þessarar að skrá og varðveita tímabundið sérstaka skrá, greiningarlykil, sem tengir saman upplýsingar um kennitölur einstaklinga og rannsóknarnúmer á meðan verið er að undirbúa rannsóknargögn. Slíka skrá/greiningarlykil skal ávallt varðveita aðskilda frá öðrum rannsóknargögnum.
- d. Þegar þær heilbrigðisupplýsingar, sem leyfi þetta tekur til, hafa verið skráðar í rannsóknargögn, og eftir atvikum verið staðreynt að þær séu réttar, og gögnin að öðru leyti verið fullgerð, skal tryggja að þar liggi ekki fyrir auðkenning á því frá hvaða einstaklingi upplýsingarnar stafa, s.s. með eyðingu kennitalna.
- e. Til samræmis við vandaða vinnsluhætti við gerð vísindarannsókna er ætlunin að varðveita greiningarlykil í fimm ár frá lokum rannsóknarinnar svo hægt sé að sannreyna niðurstöður sé tilefni til. Að lokinni þeirri rannsókn sem leyfi þetta tekur til, þó eigi síðar en við lok gildistíma leyfisins þann 1. júní 2013, ber að gera rannsóknargögn ópersónugreinanleg, þ.e. með því að eyða greiningarlykli.

5. Öryggi við vinnslu persónuupplýsinga

Leyfishafa ber að gera viðeigandi tæknilegar og skipulagslegar öryggisráðstafanir til að vernda persónuupplýsingar gegn óleyfilegum aðgangi í samræmi við 11. og 12. gr. laga nr. 77/2000. Þar er meðal annars áskilið að:

- a. beita skuli ráðstöfunum sem tryggja nægilegt öryggi miðað við áhættu af vinnslunni og eðli þeirra gagna sem verja á, með hliðsjón af nýjustu tækni og kostnaði við framkvæmd þeirra, og
- b. tryggja skuli að áhættumat og öryggisráðstafanir við vinnslu persónuupplýsinga séu í samræmi við lög, reglur og fyrirmæli Persónuverndar um hvernig tryggja skal öryggi upplýsinga, þ.m.t. þá staðla sem hún ákveður að skuli fylgt.

Leyfishafi ber ábyrgð á því að hver sá er starfar í umboði hans og hefur aðgang að persónuupplýsingum vinni aðeins með þær í samræmi við skýr fyrirmæli sem hann gefur og að því marki að falli innan skilyrða leyfis þessa, nema lög mæli fyrir á annan veg, sbr. 3. mgr. 13. gr. laga nr. 77/2000.

6. Almennir skilmálar

- a. Ávallt skal tryggt að rannsóknargögn séu varðveitt á tryggum stað og aðeins þar sem lögum samkvæmt er heimilt að varðveita þau.
- b. Leyfishafi ber ábyrgð á að farið sé með öll persónuauðkennd gögn sem sjúkragögn í samræmi við lög, reglur og ákvæði þessa leyfis.
- c. Leyfishafi skal ábyrgjast að engir aðrir en hann fái í hendur persónugreinanleg gögn sem sérstaklega verður aflað í þágu þessarar rannsóknar.
- d. Óski leyfishafi þess að hætta rannsókn ber honum að leggja þetta leyfi inn til

Persónuverndar á skriflegan og sannanlegan hátt. Skal þá tilgreina hvort þeim persónuupplýsingum, sem unnar voru á grundvelli þessa leyfis, hafi verið eytt. Að öðrum kosti úrskurðar Persónuvernd um hvort persónuupplýsingunum skuli eytt eða þær varðveittar með ákvæðnum skilyrðum.

- e. Leyfishafa ber að veita Persónuvernd, starfsmönnum og tilsjónarmönnum hennar allar umbeðnar upplýsingar um vinnslu persónuupplýsinga sé eftir því leitað í þágu eftirlits. Brot á ákvæði þessu getur varðað afturköllun á leyfinu.
- f. Persónuvernd getur látið gera úttekt á því hvort leyfishafi fullnaegi skilyrðum laga nr. 77/2000 og reglna sem settar eru samkvæmt þeim eða einstökum fyrirmælum. Getur Persónuvernd ákvæðið að hann skuli greiða þann kostnað sem af því hlýst. Persónuvernd getur einnig ákvæðið að leyfishafi greiði kostnað við úttekt á starfsemi, við undirbúning útgáfu vinnsluleyfis og annarrar afgreiðslu. Persónuvernd skal þá gæta þess að sá sérfraðingur, sem framkvæmir umrædda úttekt, undirriti yfirlýsingu um að hann lofi að gæta þagmælsku um það sem hann fær vitneskju um í starfsemi sinni og leynt ber að fara eftir lögum eða eðli máls. Brot á slíkri þagnarskyldu varðar refsingu samkvæmt 136. gr. almennra hegningarlaga. Þagnarskyldan helst þótt látið sé af starfi.
- g. Leyfi þetta er háð því skilyrði að einungis verði safnað þeim upplýsingum sem *nauðsynlegar* eru vegna rannsóknarinnar.

Virðingarfyllst



Sigrún Jóhannesdóttir

Þessi könnun er hluti af BA verkefni okkar í sálfræði. Ætlunin er að kanna próffræðilega eiginleika spurningalista sem gæti gagnast við greiningu á átröskun.

Könnunin samanstendur af þremur listum og biðjum við ykkur að lesa fyrirmæli hvers lista áður en honum er svarað.

Við óskum þess að allir spurningalistarnir verði nafnlausir og því óþarfi að merkja nafn eða kennitölu neins staðar.

Eftirfarandi spurningar eru mikilvægar fyrir úrvinnslu könnunarinnar og því mikilvægt að þeim sé öllum svarað

Í hvaða deild ert þú?

- Guðfræðideild
- Læknadeild
- Lagadeild
- Viðskipta- og hagfræðideild
- Hugvísindadeild
- Hjúkrunarfæðideild
- Félagsvísindadeild
- Raunvísindadeild
- Tannlæknadeild
- Verkfræðideild
- Lyfjafræðideild

Aldur _____

Hæð _____ cm

þyngd _____ kg

Þér er heimilt að neita að svara einstaka spurningum eða liistunum í heild sinni.

Takk fyrir þátttökuna!

Dórothea og María

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Cooper/Taylor/Cooper/Fairburn 1987

Við viljum vita hvað þér hefur fundist um útlit þitt s.l. 4 vikur. Lestu yfir hverja spurningu fyrir sig og settu hring utan um viðeigandi svar. Gerðu svo vel að svara öllum spurningum.

Nafn: _____ kennitala: _____ dags.: _____

	aldrei	sjaldan	stundum	oft	mjög oft	alltaf
1. Hefur þú frekar farið að velta þér upp úr líkamslögun þinni ef þér hefur leiðst?	1	2	3	4	5	6
2. Hefur þér fundist þú vera svo ómöguleg(ur) í vextinum að þú þyrfir að fara í megrun?	1	2	3	4	5	6
3. Hefur þér fundist lærin, mjaðmirnar eða rassinn vera hlutfallslega of stór miðað við aðra líkamshluta?	1	2	3	4	5	6
4. Hefur þú óttast að verða feit (ur) (eða verða feitari)?	1	2	3	4	5	6
5. Hefur þú haft áhyggjur af því að holdið væri ekki nógú stinnt?	1	2	3	4	5	6
6. Hefur þú upplifað þig feita(n) við magafylli (t.d. eftir að borða stóra máltið)?	1	2	3	4	5	6
7. Hefur þú verið svo óánægð(ur) með vöxtinn að þú hafir grátið?	1	2	3	4	5	6
8. Hefur þú forðast að hlaupa til að holdið hristist ekki?	1	2	3	4	5	6
9. Verður þú upptekin(n) af eigin vexti ef þú umgengst grannar konur?	1	2	3	4	5	6
10. Hefur þú haft áhyggjur af því að lærin fletjist út ef þú sest?	1	2	3	4	5	6
11. Hefur þér fundist þú feit(ur) jafnvel þó þú borðir lítilræði?	1	2	3	4	5	6
12. Hefur þér fundist vaxtarlag þitt síðra en annarra kvenna?	1	2	3	4	5	6
13. Hefur þú verið svo upptekin(n) af líkamsvexti þínum að það hafi truflað einbeitingu þína (t.d. við lestur, horfa á sjónvarp, hlusta á samræður)?	1	2	3	4	5	6
14. Hefur þér fundist þú feit(ur) þegar þú eit nakin(n), t.d. á leið í bað?	1	2	3	4	5	6
15. Forðast þú að klæðast fötum sem draga fram líkamsvöxtinn?	1	2	3	4	5	6

	aldrei	sjaldan	stundum	oft	mjög oft	alltaf
16. Hefur þú ímyndað þér að geta skorið af hold á líkama þínum?	1	2	3	4	5	6
17. Hefir þú upplifað þig feita(n) ef þú hefur borðað sætindi, kökur eða hitaeiningaríka fæðu?	1	2	3	4	5	6
18. Hefur þú sleppt skemmtunum vegna þess að þér fannst þú of feit(ur)?	1	2	3	4	5	6
19. Hefur þér fundist þú gríðarlega stór og mikil(l)?	1	2	3	4	5	6
20. Hefur þú skammast þín fyrir líkama þinn?	1	2	3	4	5	6
21. Hefur þú farið í megrun út af áhyggjum af vextinum?	1	2	3	4	5	6
22. Hefur þú verið ánægðust(astur) með vöxtinn ef maginn hefur verið tómur (t.d. á morgnana)?	1	2	3	4	5	6
23. Hefur þér fundist þú vera svona í laginu vegna skorts á sjálfsaga?	1	2	3	4	5	6
24. Hefur þú haft áhyggjur af því að aðrir sjá á þér spikkeppi í kringum mitti og maga?	1	2	3	4	5	6
25. Hefur þér fundist ósanngjarnt að aðrar konur séu grennri en þú?	1	2	3	4	5	6
26. Hefur þú kastað upp til að upplifa þig grennri?	1	2	3	4	5	6
27. Í félagsskap, hefur þú haft áhyggjur af að taka of mikið pláss, (t.d. í sófa eða sæti í strætó)?	1	2	3	4	5	6
28. Hefur þú haft áhyggjur af appelsínuhúð?	1	2	3	4	5	6
29. Hefur þú orðið óánægð(ur) með líkamann við að sjá spegilmynd þína?	1	2	3	4	5	6
30. Hefur þú klipið í svæði á líkama þínum til að reyna að meta fitulagið?	1	2	3	4	5	6
31. Hefur þú forðast aðstæður þar sem fólk getur séð líkama þinn, t.d. í sundlaugum?	1	2	3	4	5	6
32. Hefur þú tekið hægðaloðandi lyf til að upplifa þig grennri?	1	2	3	4	5	6
33. Hefur þú orðið sérlega meðvituð(aður) um líkama þinn ef þú ert í félagsskap með öðrum?	1	2	3	4	5	6
34. Hefur þér fundist þú verða að vera í líkamsrækt vegna vaxtarlagsins?	1	2	3	4	5	6

Nafn:
Dags.:

EATING ATTITUDES TEST (EAT – 26) (Garner & Garfinkel 1982)
(þýð. Guðlaug Þorsteinsdóttir 2006)

Vinsamlegast setjið (X) í þann svardálk sem á best við hverja setningu.
Allar niðurstöður eru algert trúnaðarmál. Flestar spurningarnar tengjast fæðu og því að matast,
þó einnig séu hér spurningar af öðrum toga.
Vinsamlegast svarið öllum spurningunum. Karlmann sleppi þó, að sjálfsögðu, að svara þeim
spurningum er lúta að tíðablæðingum.

	Alltaf	Mjög oft	Oft	Stundum	Sjaldan	Aldrei
1. Skelfist þá tilhugsun að verða of þungur	()	()	()	()	()	()
2. Forðast að borða þegar ég er svöng (svangur)	()	()	()	()	()	()
3. Er gagntekin(n) af hugsun um mat	()	()	()	()	()	()
4. Hef tekið áttarnir þar sem mér finnst ég ekki geta hætt að borða	()	()	()	()	()	()
5. Sker matinn minn niður í litla bita	()	()	()	()	()	()
6. Fylgist með fjölda hitaeininga í fæðunni sem ég neyti	()	()	()	()	()	()
7. Forðast sérstaklega fæðu sem er mjög kolveturarík (þ.e. brauð, kartöflur, hrísgjón o.s.frv.)	()	()	()	()	()	()
8. Finnst aðrir æskja þess að ég borðaði meira	()	()	()	()	()	()
9. Kasta upp þegar ég hef borðað	()	()	()	()	()	()
10. Finn til mikillar sektarkenndar þegar ég hef borðað	()	()	()	()	()	()

		Alltaf	Mjög oft	Oft	Stundum	Sjaldan	Aldrei
11.	Er gagntekin(n) þrá um að vera grennri	()	()	()	()	()	()
12.	Hugsa um að brenna hitaeiningum þegar ég æfi	()	()	()	()	()	()
13.	Öðrum finnst ég vera of grönn(grannur)	()	()	()	()	()	()
14.	Er gagntekin(n) af þeirri hugsun að hafa fitu á líkamanum	()	()	()	()	()	()
15.	Er lengur að borða en aðrir	()	()	()	()	()	()
16.	Forðast mat sem inniheldur sykur	()	()	()	()	()	()
17.	Borða megrunarfæði	()	()	()	()	()	()
18.	Finnst matur stjórna lífi mínu	()	()	()	()	()	()
19.	Sýni sjálfssaga í kringum mat	()	()	()	()	()	()
20.	Finnst ég vera undir þrýstingi frá öðrum til að borða	()	()	()	()	()	()
21.	Eyði of miklum tíma og hugsun í mat	()	()	()	()	()	()
22.	Líður illa eftir að hafa borðað sætindi	()	()	()	()	()	()
23.	Haga mér eins og ég sé í megrun	()	()	()	()	()	()
24.	Finnst gott að vera á fastandi maga	()	()	()	()	()	()
25.	Nýt þess að reyna nýjan, saðsaman og ljúffengan mat	()	()	()	()	()	()
26.	Finnst ósjálfrátt að ég verði að kasta upp eftir máltíðir	()	()	()	()	()	()

Bulimia Test-Revised (BULIT-R)
Spurningalisti um lotugræðgi

Thelen, Farmer, Wonderlich og Smith (1991)
 (Þýtt af Sigurlaugu Maríu Jónsdóttur, 2004)

Vinsamlega svaraðu eftirfarandi spurningum með því að merkja við það svar sem þér finnst eiga best við. Mikilvægt er að þú svarir heiðarlega. Allar þær upplýsingar sem þú veitir eru algert trúnaðarmál.

1. Ég er ánægð með matarvenjur mínar.
 1. sammála
 2. hlutlaus
 3. frekar ósammála
 4. ósammála
 5. mjög ósammála

2. Telur þú þig eiga við ofát að stríða?
 1. já, alveg örugglega
 2. já
 3. já, líklega
 4. já, mögulega
 5. nei, líklega ekki

3. Finnst þér þú hafa stjórн á því hvað þú borðar mikið?
 1. oftast eða alltaf
 2. yfirleitt
 3. stundum
 4. sjaldan
 5. aldrei

4. Ég er ánægð með lögun og stærð líkama míns.
 1. oftast eða alltaf
 2. yfirleitt
 3. stundum
 4. sjaldan
 5. mjög sjaldan eða aldrei

5. Þegar mér finnst ég hafa misst stjórн á mataræði mínu, þá gríp ég til öfgafullra ráða til að ná mér aftur á strik (fer í stífa megrun, fasta, nota hægðalyf, vatnslosandi lyf, framkalla uppköst eða stunda strangar líkamsæfingar).
 1. alltaf
 2. mjög oft
 3. oft
 4. stundum
 5. aldrei eða ég missi aldrei stjórн á mataræði mínu

6. Ég nota hægðalyf (eða stíl) til að stjórna þyngd minni.

1. einu sinni á dag eða oftar
2. 3-6 sinnum í viku
3. einu sinni eða tvisvar í viku
4. tvisvar til þrisvar sinnum í mánuði
5. einu sinni í mánuði eða sjaldnar (eða aldrei)

7. Ég er ofurupptekin af stærð og lögun líkama míns.

1. alltaf
2. mjög oft
3. oft
4. stundum
5. sjaldan eða aldrei

8. Það kemur fyrir að ég háma í mig mjög mikinn mat.

1. oftar en tvisvar í viku
2. tvisvar í viku
3. einu sinni í viku
4. tvisvar til þrisvar sinnum í mánuði
5. einu sinni í mánuði eða sjaldnar (eða aldrei)

9. Hversu lengi hefur þú fengið átköst, þ.e. borðað stjórnlaust þannig að þú treður í þig?

1. á ekki við; ég fæ ekki átköst
2. skemur en 3 mánuði
3. 3 til 12 mánuði
4. 1 til 3 ár
5. 3 ár eða lengur

10. Flestir sém ég þekki yrðu hissa ef þeir vissu hve mikinn mat ég get borðað í einu.

1. án efa
2. mjög líklega
3. líklega
4. mögulega
5. nei

11. Ég stunda líkamsrækt til að brenna hitaeiningum.

1. lengur en í two tíma á dag
2. u.b.b. two tíma á dag
3. einn til two tíma á dag
4. einn klukkutíma eða skemur á dag
5. ég stunda líkamsrækt en ekki til að brenna hitaeiningum eða ég stunda ekki líkamsrækt

12. Hversu upptekin ertu af eigin þyngd og líkamslögun í samanburði við aðrar konur á þínnum aldri?

1. miklu meira en í meðallagi
2. töluvert meira en í meðallagi
3. yfir meðallagi
4. í kringum meðallag
5. í meðallagi eða minna

13. Ég er hrædd við að borða því ég óttast að geta ekki hætt.

1. alltaf
2. mjög oft
3. oft
4. stundum
5. sjaldan eða aldrei

14. Sú tilhugsun að ég sé feit eða gæti þyngst veldur mér þjáningu.

1. alltaf
2. mjög oft
3. oft
4. stundum
5. sjaldan eða aldrei

15. Hversu oft framkallar þú viljandi uppköst eftir að hafa borðað?

1. tvívar eða oftar í viku
2. einu sinni í viku
3. tvívar til þrisvar sinnum í mánuði
4. einu sinni í mánuði
5. sjaldnar en einu sinni í mánuði eða aldrei

16. Ég borða mikið jafnvel þó ég sé ekki svöng.

1. mjög oft
2. nokkuð oft
3. oft
4. stundum
5. sjaldan eða aldrei

17. Matarvenjur mínar eru öðruvísí en matarvenjur flestra annarra.

1. alltaf
2. mjög oft
3. oft
4. stundum
5. sjaldan eða aldrei

18. Eftir átköst þá nota ég strangar aðferðir til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu (stunda miklar líkamsæfingar, fer í stífa megrun, fasta, framkalla uppköst eða nota hægða- eða vatnslossandi lyf).
1. aldrei; ég fæ ekki átköst
 2. sjaldan
 3. stundum
 4. oft
 5. mjög oft eða alltaf
19. Ég hef reynt að léttast með því að fasta eða fara í stífa megrun.
1. ekki síðastliðið ár
 2. einu sinni síðastliðið ár
 3. tvisvar til þrisvar sinnum síðastliðið ár
 4. 4-5 sinnum síðastliðið ár
 5. oftar en 5 sinnum síðastliðið ár
20. Ég stunda mjög strangar líkamsæfingar í langan tíma til að brenna hitaeiningum.
1. í meðallagi eða minna
 2. aðeins yfir meðallagi
 3. yfir meðallagi
 4. töluvert yfir meðallagi
 5. miklu meira en yfir meðallagi
21. Þegar ég er í átkasti, þá borða ég frekar fæðu sem er kolvetnarík (sætindi og mjölværíkan mat).
1. alltaf
 2. mjög oft
 3. oft
 4. stundum
 5. sjaldan eða ég fæ ekki átköst
22. Í samanburði við flesta, þá virðist geta mín til að stjórna mataræði mínu vera:
1. meiri en geta annarra
 2. nokkuð svipuð
 3. minni
 4. töluvert minni
 5. engin, ég hef enga stjórn
23. Ég myndi um þessar mundir kalla sjálfa mig “matarfíkil” (einhver sem endurtekið borðar stjórnlaust).
1. já, alveg örugglega
 2. já
 3. já, líklega
 4. já, mögulega
 5. nei, líklega ekki

24. Mér býður við líkama mínum eftir að hafa borðað of mikið.
1. sjaldan eða aldrei
 2. stundum
 3. oft
 4. mjög oft
 5. alltaf
25. Þegar ég reyni að komast hjá því að þyngjast þá finnst mér ég verða að stunda stranga líkamsrækt, fara í stífa megrun, fasta, framkalla uppköst eða nota hægða-eða vatnslosandi lyf.
1. aldrei
 2. sjaldan
 3. stundum
 4. oft
 5. mjög oft eða alltaf
26. Trúir þú því að það sé auðveldara fyrir þig en annað fólk að kasta upp?
1. já, það er ekkert mál fyrir mig
 2. já, það er auðveldara fyrir mig
 3. já, það er aðeins auðveldara fyrir mig
 4. jafn auðvelt fyrir mig og aðra
 5. nei, það er ekki auðveldara
27. Ég nota vatnslosandi lyf til að stjórna þyngd minni.
1. aldrei
 2. sjaldan
 3. stundum
 4. oft
 5. mjög oft
28. Mér finnst matur stjórna lífi mínu.
1. alltaf
 2. mjög oft
 3. oft
 4. stundum
 5. sjaldan eða aldrei
29. Ég reyni að stjórna þyngd minni með því að borða lítið eða ekkert í heilan dag eða lengur.
1. aldrei
 2. sjaldan
 3. stundum
 4. oft
 5. mjög oft

30. Hversu hratt borðar þú þegar þú innbyrðir mikið magn af fæðu?
1. miklu hraðar en flest fólk hefur nokkurn tíma borðað
 2. mun hraðar en flestir
 3. aðeins hraðar en flestir
 4. svipað hratt og flestir
 5. hægar en flestir (eða á ekki við)
31. Ég nota hægðalyf (eða stíl) til að stjórna þyngd minni.
1. aldrei
 2. sjaldan
 3. stundum
 4. oft
 5. mjög oft
32. Skömmu eftir átkast þá finnst mér ég vera:
1. svo feit og útþanin að mér liður illa
 2. mjög feit
 3. feit
 4. aðeins feit
 5. allt í lagi; ég fæ ekki átköst
33. Í samanburði við aðrar konur, þá er geta mín til að hafa alltaf stjórн á því hversu mikið ég borða:
1. svipuð eða meiri
 2. aðeins minni
 3. minni
 4. töluvert minni
 5. miklu minni
34. Á síðastliðnum þremur mánuðum, hversu oft að meðaltali hefur þú fengið átköst, þ.e. borðað stjórnlaust þannig að þú treður í þig?
1. einu sinni í mánuði eða sjaldnar (eða aldrei)
 2. tvisvar til þrisvar sinnum í mánuði
 3. einu sinni í viku
 4. tvisvar sinnum í viku
 5. oftar en tvisvar sinnum í viku
35. Flestir sem ég þekki yrðu hissa á að sjá hversu feit ég er eftir að hafa borðað mikið.
1. já, alveg örugglega
 2. já
 3. já, líklega
 4. já, mögulega
 5. nei, líklega ekki (eða ég borða aldrei mikinn mat)

36. Ég nota vatnslosandi lyf til að stjórna þyngd minni.

1. þrisvar sinnum í viku eða oftar
2. einu sinni eða tvisvar í viku
3. tvisvar til þrisvar sinnum í mánuði
4. einu sinni í mánuði
5. aldrei