



Forvarnir gegn átröskunum

Samanburður tveggja námskeiða

Anna Friðrikka Jónsdóttir og Sigríður Heiða Kristjánsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Forvarnir gegn átröskunum
Samanburður tveggja námskeiða

Anna Friðrikka Jónsdóttir og Sigríður Heiða Kristjánsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði
Leiðbeinandi: Sigrún Daníelsdóttir og Fanney Þórsdóttir

Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands
Febrúar 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Anna Friðrikka Jónsdóttir og Sigríður Heiða Kristjánsdóttir

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2012

Efnisyfirlit

Þakkarorð	5
Útdráttur	6
Inngangur	7
Átraskanir	7
Einkenni og tíðni átraskana	7
Greiningarviðmið fyrir átraskanir	8
Líkamsmynd	10
Áhættuhópar og áhættuþættir	11
Framvinda og afleiðingar	13
Batalíkur	13
Forvarnir	14
Forvarnir gegn átröskunum	15
Body Project	17
Stytttri útgáfa námskeiðsins	19
Body project á Íslandi	20
Rannsóknartilgátur	22
Aðferð	23
Þátttakendur	23
Áreiti	23
Mælitæki	23
Spurningalisti um útlitsviðmið.	24
Spurningalisti um röskun líkamsmyndar	24
Spurningalist um áthegðun	25
Skimunarlisti fyrir átraskanir.	26
Framkvæmd	26
Rannsóknarsnið og tölfræðileg úrvinnsla	27
Niðurstöður	28
Aðdáun á grönnum vexti	28
Aðhald í mataræði	29
Líkamsmynd	30
Átröskunareinkenni	32

Umræða.....	33
Aðdáun á grönnum vexti	33
Aðhald í mataræði.....	34
Líkamsmynd	34
Átröskunareinkenni.....	35
Annmarkar	35
Samantekt	37
Heimildir.....	39
Viðauki.....	46

Þakkarorð

Við viljum byrja á því að þakka Sigrúnu Daníelsdóttur fyrir alla þá fræðslu og stuðning sem hún veitti okkur við skrif ritgerðarinnar. Einnig viljum við þakka Fanney Þórsdóttur fyrir góða hjálp og þolinmæði í okkar garð. Báðar voru þær alltaf reiðubúnar til að aðstoða og svara spurningum.

Að lokum viljum við þakka þeim Lilju Dögg Gunnarsdóttur, Sigríði Geirsdóttur og Eygló Árnadóttur fyrir yfirlestur og aðstoð.

Útdráttur

Í eftirfarandi rannsókn voru áhrif forvarnarnámskeiðsins *Body Project* skoðuð á átröskun. Námskeiðið byggir á því að skapa hugrænt misræmi hjá þátttakendum og er markmið þess að draga úr áhættuþáttum átraskana. Þátttakendur voru 81 stúlka úr 10. bekk í tíu grunnskólum í Reykjavík. Tilgátur rannsóknarinnar voru að námskeiðið bæti líkamsmynd og dragi úr aðdáun á grönnum vexti, aðhaldi í mataræði og átröskunareinkennum. Einnig voru settar fram tilgátur um að stutt og langt forvarnarnámskeið hafi samskonar áhrif á árangur. Niðurstöðurnar studdu allar tilgátur rannsóknarinnar. Niðurstöðurnar benda því til að hægt sé að halda forvarnarnámskeiðið með góðum árangri hér á landi. Rannsakendur telja mikilvægt að námskeiðið nái útbreiðslu í grunnskólum landsins til að draga úr áhættuþáttum átröskunar.

Unglingsárin eru tími þar sem miklar líkamlegar og andlegar þroskabreytingar eiga sér stað. Flestum unglíngum þykir mikilvægt að uppfylla félagsleg viðmið og vera viðurkenndir af félögum sínum. Á þessum aldri aukast kröfur til útlits og mikill þrýstingur er frá samfélaginu um að falla inn í ákveðnar staðalmyndir um útlit og holdafar. Í kjölfarið geta sjálfsmýnd og líkamsmýnd (*body image*) breyst til hins verra (Berger, 2005). Margir unglíngar finna fyrir þrýstingi heima fyrir eða frá jafnöldrum sínum að uppfylla staðalmyndir um útlit (Vilhjalmsson, Kristjansdóttir og Ward, 2011). Fjölmiðlar birta einsleita ímynd af útliti sem talið er fallett og líkamsvexti sem talinn er æskilegur. Unglíngar eiga það til að bera sig saman við þessar birtingarmyndir fjölmiðlanna sem aftur ýtir undir slæma líkamsmýnd (Grabe, Ward og Hyde, 2008; Wilcox og Laird, 2002). Slæm líkamsmýnd byrjar yfirleitt að þróast í kringum kynþroskaaldur en margt bendir þó til að börn allt niður í fimm ára séu farin að huga að líkamsvexti sínum (Davison, Markey og Birch, 2003; Dohnt og Tiggemann, 2005). Rannsóknir hafa sýnt að það að þykja grannur líkamsvöxtur eftirsóknarverður eykur hættu á þróun átröskunar (Stice og Agras, 1999; Striegel-Moore, Silberstein, Frensch og Rodin, 1989).

Átraskanir

Átröskun felur í sér truflun á matarvenjum og auknum áhyggjum af þyngd og líkamsvexti. Átraskanir orsakast af líffræðilegum-, sálrænum- og menningarlegum þáttum (American Psychiatric Association, 2000; Drewett, 2007) og eru á meðal algengustu geðraskana sem hrjá ungar stúlkur og konur í dag (Stice og Shaw, 2004). Allt að 10% unglíngsstúlkna þjást af eða sýna einhver einkenni þeirra (Lewinsohn, Striegel-Moore og Seeley, 2000).

Einkenni og tíðni átraskana

Átraskanir einkennast af alvarlegum truflunum í áthegðun og brenglaðri skynjun á eigin þyngd og líkamsgerð. Átröskunum hefur verið skipt í lystarstol (*Anorexia Nervosa*), lotugræðgi (*Bulimia Nervosa*) og ótilgreinda átröskun (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*). Aðaleinkenni lystarstols er að sjúklingur neitar að viðhalda lágmarks líkamspyngd sem telst heilbrigð. Um 0,5% - 1 % kvenna þjást

af lystarstoli. Einkenni lotugræðgi eru endurtekin átköst sem svo leiða til losunarhegðunar (*compensatory behavior*). Til losunarhegðunar teljast uppköst af eigin völdum, misnotkun hægðarlyfja, þvagræsandi lyf, fasta eða óhófleg hreyfing. Algengi lotugræðgi hjá konum er á bilinu 1% - 3% (American Psychiatric Association, 2000). Til að greinast með átröskun þarf að uppfylla ákveðin skilyrði samkvæmt handbók bandaríska geðlæknafélagsins (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Þeir sem ekki ná öllum greiningarviðmiðum fyrir lystarstol eða lotugræðgi en sýna samt alvarleg einkenni átraskana fá greiningu um ótilgreinda átröskun. Flestir sjúklingar sem leita meðferðar falla undir þann flokk (American Psychiatric Association, 2000). Þó að hlutfall kvenna sem greinast með átraskanir virðist ekki mjög hátt eru mun fleiri konur sem stunda óheilbrigðar aðferðir til þyngdarstjórnunar, sýna afbrigðilega áthegðun og notast við ýmsar losunaraðferðir án þess að falla undir greiningarskilmála DSM-kerfisins (Franko og Orosan-Weine, 1998).

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á átröskunum á Íslandi en innlagnir sjúklinga á Landspítala-Háskólasjúkrahús undanfarin ár benda til aukinnar tíðni, sér í lagi á lotugræðgi og ótilgreindri átröskun (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008). Því var tíðni átröskunar athuguð hjá rúmlega 3.000 menntaskólanemum á Íslandi. Niðurstöður þeirra voru að 15% stúlkna væru með einkenni sem bentu til átröskunar af einhverju tagi, en yfir 50% kvennanna sögðu þyngd sína hafa slæm áhrif á sjálfsálit sitt. Hlutfall þeirra sem sýndu einkenni lystarstols var 0,7%, lotugræðgi 3,7% og 5% ótilgreindrar átröskunar. Hlutföll kynjanna skiptust þannig að tíu stúlkur höfðu einkenni sem bentu til átröskunar á móti einum dreng (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008).

Greiningarviðmið fyrir átraskanir

Greiningarviðmið fyrir lystarstol samkvæmt DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) eru í fyrsta lagi að manneskja neiti að viðhalda lágmarksþyngd sem telst eðlileg miðað við aldur og hæð, það er að þyngd sé minni en 85% af því sem eðlilegt telst. Í öðru lagi að mikil hræðsla við að þyngjast sé til staðar. Í þriðja lagi brengluð skynjun á eigin líkamsstærð eða þyngd, sjálfsmat óhóflega háð vexti og þyngd eða afneitun á alvarleika lágrar líkamsþyngdar. Í fjórða lagi tíðateppa (*amenorrhea*), það er, að konur hætta að hafa tíðir í að minnsta kosti þrjá

tíðahringi samfelld. Lystarstoli hefur verið skipt í tvo undirflokka, annars vegar flokk fæðutakmörkunar (*Restricting Type*) og hins vegar flokk ofáts- og hreinsunarhegðunar (*Binge-Eating/Purging Type*). Undir fyrri flokkinn fellur þyngdartap sem verður eingöngu vegna megrunar, föstu eða óhóflegrar hreyfingar. Undir seinni flokkinn falla reglulegt ofát og/eða hreinsunarhegðun. Flestir einstaklingar með lystarstol sem borða taumlaust nota einnig hreinsunarhegðun. Sumir einstaklingar með lystarstol sem falla undir þennan flokk borða þó ekki óhóflega heldur nota hreinsunarhegðun eftir að hafa innbyrt lítið magn af mat (American Psychiatric Association, 2000).

Til að hægt sé að greina lotugræðgi samkvæmt DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) þurfa endurtekin átköst að eiga sér stað. Átköstin einkennast annars vegar af því að sjúklingurinn innbyrðir meiri mat en flestir myndu gera á svipuðum tíma og við svipaðar aðstæður og hins vegar að hann sýnir stjórnleysi á meðan átkast á sér stað. Einnig þarf að koma fram hreinsunarhegðun til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, svo sem uppköst af eigin völdum, misnotkun hægðarlyfja eða stólpípu, fasta eða óhófleg hreyfing. Átköstin og hreinsunarhegðun þurfa að jafnaði að eiga sér stað að minnsta kosti tvisvar sinnum í viku í þrjú mánuði. Önnur greiningarviðmið fyrir lotugræðgi eru að sjálfsmat byggist óhóflega mikið á líkamslögun og þyngd og að ofát og hreinsunarhegðun eigi sér ekki eingöngu stað á sama tíma og lystarstol. Lotugræðgi skiptist í tvo flokka sem eru annars vegar flokkur hreinsunarhegðunar (*Purging Type*), þar sem einstaklingur kastar upp af eigin völdum eða misnotar hægðarlosandi lyf, og hins vegar flokk án hreinsunarhegðunar (*Nonpurging Type*) þar sem einstaklingur notar annars konar hegðun til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, til dæmis föstu eða óhóflega hreyfingu (American Psychiatric Association, 2000).

Algengasta tegund átraskana er ótilgreind átröskun (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*) (American Psychiatric Association, 2000). Þeir sem ekki ná öllum greiningarviðmiðum fyrir lystarstol eða lotugræðgi en hafa þó alvarleg og hamlandi einkenni átröskunar falla undir þennan flokk. Ekki er þó víst hversu margir falla undir þennan flokk vegna þess að greiningarviðmið DSM-IV-TR eru fremur óljós (American Psychiatric Association, 2000). Þó að flestir sem greinast með átröskun falli í þennan flokk hafa meðferðir á ótilgreindri átröskun verið

minnst rannsakaðar (Fairburn og Bohn, 2005). Sem dæmi um ótilgreinda átröskun má nefna manneskju sem nær öllum greiningarviðmiðum fyrir lystarstol fyrir utan að hún hefur ekki hætt að hafa tíðir. Annað dæmi er einhver sem nær öllum greiningarviðmiðum fyrir lotugræðgi, en ofát og hreinsunarhegðun eiga sér stað sjaldnar en tvisvar sinnum í viku eða í styttri tíma en þrjá mánuði í senn (American Psychiatric Association, 2000).

Líkamsmynd

Algeng skilgreining á líkamsmynd er að hún nái yfir skynjun, hugmyndir og tilfinningar um eigin líkama (Dittmar, 2008). Rannsóknir á líkamsmynd hafa gefið til kynna að álit hvers og eins á líkama sínum virðist skipta meira máli en raunveruleg þyngd og gjarnan er lítið samræmi þar á milli (Cash og Deagle, 1997). Góð líkamsmynd tengist ánægju með eigin líkamsvöxt en slæm líkamsmynd er skilgreind sem neikvæðar hugsanir og tilfinningar til eigin líkama (Bergstrom og Neighbors, 2006). Neikvæð líkamsmynd tengist lágu sjálfsmati, kvíða og þunglyndi, sjálfsvígshugleiðingum og sjálfsvígstilraunum (Kostanski og Gullone, 1998; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan og Eisenberg, 2006).

Skilaboð samfélagsins til unglunga eru að grannur líkamsvöxtur jafngildi heilbrigði og fegurð en feitlaginn líkamsvöxtur tengist agaleysi og leti (Brownell, 1991; Gordon, 2000). Félagslegur þrýstingur um að vera grannur getur verið bæði frá fjölskyldu og jafnöldrum og getur það ýtt undir slæma líkamsmynd (Stice, 2002). Með auglýsingum í blöðum og sjónvarpi miðla fjölmiðlar skilaboðum til almennings sem sýna óeðlilega grönn módel, og hafa rannsóknir staðfest að þessi skilaboð geti ýtt undir einkenni átraskana (Dittmar, 2008; Harrison, 2001). Rannsókn Dittmar og Howard (2004) sýndi fram á að konum líður yfir höfuð verr eftir að hafa séð grannar fyrirsætur í fjölmiðlum en eftir annars konar skilaboð. Endurtekið áreiti þess efnis að grannur líkamsvöxtur sé mikilvægur getur leitt til þess að stúlkur sannfærist um mikilvægi þessarar staðalmyndar og samþykki hana (Thompson, Heinberg, Altabe og Tantleff-Dunn, 1999). Þegar stúlkur ná svo ekki að uppfylla skilyrði staðalmyndarinnar leiðir það til óánægju með líkamsvöxt, en rannsóknir hafa sýnt að margar, jafnvel flestar konur eru óánægðar með útlit sitt (Polivy og Herman, 2002). Slæm líkamsmynd er einn helsti áhættuþáttur átraskana og því hafa margar rannsóknir reynt að leita skýringa á því hvað veldur

slæmri líkamsmynd (Polivy og Herman, 2002). Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að félagsmenningarlegir þættir á borð við fjölmiðla, vini og fjölskyldu hafi þessi áhrif (Bergstrom og Neighbors, 2006; Dittmar, 2008; Dohnt og Tiggerman, 2005; Stice, 2002).

Með því að reikna út líkamsþyngdarstuðul eða BMI (*Body Mass Index*) má komast að því hvort manneskja er í kjörþyngd eða ekki. Líkamsþyngdarstuðull er mældur út frá þyngd og hæð og skiptist í fjóra flokka eftir stigum sem fólk fær á þyngdarstuðlinum. Flokkarnir eru: *undir kjörþyngd* (BMI undir 18,5), *kjörþyngd* (BMI á milli 18,5 og 24,9), *ofþyngd* (BMI á milli 25 til 29,9) og *offita* (BMI er yfir 30) (World Health Organization, 2007). Rannsókn Pesa, Syre og Jones (2000) sýndi fram á að ofþyngd og offita tengist neikvæðri líkamsmynd, sem svo hefur sterk tengsl við megrun og átraskanir.

Eins og farið verður nánar út í síðar er nauðsynlegt að grípa inn í áður en stúlkur tileinka sér skilaboð samfélagsins um að það sé eðlilegt útlitsviðmið að vera tágrönn. Þar sem algengi átraskana er hátt meðal unglingsstúlkna er nauðsynlegt að koma með forvarnir áður en það er of seint (Stice, Shaw og Nemeroff, 1998).

Áhættuhópar og áhættuþættir

Konur eru líklegri en karlar til að þróa með sér átraskanir (Striegel-Moore og Bulik, 2007), en yfir 90% þeirra sem þjást af átröskunum eru konur (American Psychiatric Association, 2000). Mestar líkur eru á þróun lystarstols meðal stúlkna þegar þær eru á aldrinum 15-19 ára og lotugræðgi á aldrinum 20-24 ára (Hoek og van Hoeken, 2003). Eftir kynþroskaaldur eru konur mun líklegri en karlar til að prófa ýmsar megrunaraðferðir (Dittmar, 2008). Rannsóknir hafa bent til að allt að helmingur allra stúlkna hafi farið í megrun einhvern tímann á lífsleiðinni (Dittmar, 2008; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann og Wakeling, 1990; Sigrún Daníelsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jakob Smári, 2007). Erlendar rannsóknir, sem metið hafa áhrif megrunar á unglingsstúlkur, hafa sýnt fram á að stíf megrun spáir fyrir um þróun átröskunar síðar meir (Ackard, Croll og Kearney-Cooke, 2002; Patton o.fl., 1990; Patton, Selzer, Coffey, Carlin og Wolfe, 1999).

Kröfur samfélagsins um eftirsóknarvert útlit hafa mikið breyst síðustu áratugi og hefur tískuiðnaðurinn líklega mikil áhrif en krafan um granna líkama er

áberandi í þeim iðnaði (Dittmar, 2008). Einnig hafa átraskanir verið tengdar við ákveðnar íþróttir eins og fimleika, ballet, dans og þess háttar og er þá stundum kallað íþróttalystarstol (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Það er afar mikilvægt að bera kennsl á helstu áhættuþætti átraskana en áhættuþáttur (*risk factor*) er breyta, atburður eða upplifun, sem búið er að sýna fram á að auki líkurnar á einhverju óeftirsóknarverðu og/eða hættulegu. Áhættuþáttur hefur líka forspárgildi fyrir niðurstöðu (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer og Offord, 1997; Stice, 2002). Striegel-Moore og Bulik (2007) nefna fjórar ástæður fyrir því hvers vegna greining áhættuþátta er mikilvæg. Í fyrsta lagi er brýnt að skilja hvers vegna sumir þróa með sér átraskanir en aðrir ekki. Í öðru lagi gæti það hjálpað við að endurskoða greiningarkerfið sem nú er í notkun, en eins og áður hefur komið fram falla flestir undir flokkinn ótilgreind átröskun. Í þriðja lagi næst bestur meðferðarárangur þegar orsakir eru þekktar. Í fjórða lagi er mikilvægt að greina í sundur þá sem eru í mikilli og lítilli áhættu til að ákvarða sértæk inngríp fyrir þann hóp sem er í mikilli áhættu.

Stice (2002) tók saman helstu áhættuþætti fyrir átraskanir í allsherjargreiningu (*meta analysis*). Fyrst nefnir hann líkamsþyngd en einstaklingar sem eru of þungir eru í aukinni hættu á að finna fyrir þrýstingi um að verða grannir. Þessi þrýstingur getur haft neikvæð áhrif líkt og óánægju með eigin líkama og megrunarhegðun. Því næst nefnir Stice (2002) menningar- og félagslegan þrýsting um að vera grannur. Óháð holdarfari er slíkur þrýstingur áhættuþáttur fyrir óánægju með eigin líkama, megrunarhegðun, vanlíðan (*negative affect*) og óeðlilega áthegðun. Þá er talað um að áhrif hermináms (*modeling*) á líkamsmynd og óeðlileg áthegðun frá fjölskyldumeðlimum og jafnöldrum sé áhættuþáttur. Unglingur gæti til dæmis vanist því á heimili sínu að foreldri hafi áhyggjur af þyngd eða fari í megrun og gæti því tekið upp þá hegðun. Að endingu talar Stice (2002) um að aðdáun á grönnum líkamsvexti (*thin-ideal internalization*) geti valdið óánægju með eigin líkama sem getur svo haft í för með sér þróun átraskana. Í samfélagi okkar er eftirsóknarvert að vera grannur. Fólk sem hefur tileinkað sér þá skoðun að grannur líkamsvöxtur sé eftirsóknarverður á það til að trúá því að þegar markmiðinu um að vera grannur sé náð fylgi betri félagsleg staða og hamingja (Ahern, Bennett og Hetherington,

2008). Aðrir áhættuþættir átraskana geta verið vanlíðan, fullkonnunarárátta, hvatvísi og vímuefnanotkun (Stice, 2002).

Framvinda og afleiðingar

Átraskanir geta haft mjög alvarlegar afleiðingar í för með sér. Þær geta aukið líkurnar á lyndisröskunum (*Mood disorders*), sjálfsvígstilraunum, kvíðaröskunum (*Anxiety disorders*), vímuefnanotkun og heilsufarsvandamálum (Stice og Shaw, 2004). Þær afleiðingar sem eiga það til að fylgja lotugræðgi sérstaklega eru sjúkdómar í munnholi, tönnum og meltingarfærum sem koma til vegna uppkasta og misnotkunar lyfja (Gowers, 2006). Einnig geta sjúklingar þjáðst af bjúg vegna röskunar á vökva og salti í líkamanum, húðvandamálum og blæðingatrúflunum. Afleiðingar lystarstols eiga það þó til að vera mun alvarlegri en lotugræðgi. Lystarstoli getur fylgt næringarskortur, ófrjósemi, beinþynning, hægari hjartsláttur og fleira (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Batalíkur

Líkur á fullum bata hjá sjúklingum með átraskanir eru ekki nógu góðar en nokkrir þættir eru sérstaklega taldir hafa áhrif á batalíkur. Þeir eru meðal annars líkamsþyngd, aldur sjúklings þegar átröskun gerir vart við sig, hversu lengi sjúklingur hefur barist við átröskun, aðrar geðraskanir, félagsleg virkni og ef sjúklingur hefur verið lagður inn getur skipt máli hversu lengi og hversu oft það hefur gerst (Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie og Bulik, 2002). Rannsóknir á lotugræðgi gefa til kynna misjafna batatíðni en í samantekt Sullivan (2002) er greint frá því að búast megi við góðum bata í allt að 70% tilfella. Batahorfur eru nokkuð góðar ef næst að greina sjúkdóminn snemma (Kendler o.fl., 1991). Rannsóknir benda til að um 50-70% sjúklinga með lystarstol nái ágætum bata en í um 15-25% tilvika sé sjúkdómurinn langvinnur (Pike, 1998). Þó skal taka fram að þótt sjúklingar nái eðlilegri þyngd er bata ekki endilega náð því rannsóknir sýna að margir sjúklingar þjást áfram líkamlega, andlega og félagslega þótt þeir séu ekki lengur í undirþyngd (Herzog, Nussbaum og Marmor, 1996).

Talið er að allt að 10% lystarstolssjúklinga deyi vegna sjálfsvíga eða fylgikvilla röskunarinnar (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006), en dánartíðni vegna lystarstols er sú hæsta af öllum geðrænum sjúkdómum

sem hrjá konur (Agras, 2001). Þar sem afleiðingar átraskana geta verið mjög alvarlegar er mikilvægt að góðar forvarnir séu til staðar í samfélaginu og að þeim sé beitt nógu snemma.

Forvarnir

Forvarnir hafa verið skilgreindar sem aðgerðir sem draga úr tíðni sjúkdóma og slysa og auka lífsgæði fólks (Bjerva, Haugen og Stordal, 1998/2003). Því fyrr sem gripið er inn í vanda því betri verður niðurstaðan í flestum tilfellum. Sem dæmi má nefna að ef kennsl eru borin nógu snemma á óæskilega hegðun unglings (svo sem reykingar, drykkju eða vímuefnanotkun) sem gæti leitt til afbrotahegðunar, er líklegra að hægt sé að draga strax úr slíkri hegðun og koma honum á rétta braut (Johnson, 2002). Forvarnir geta verið inngríp, þar sem gripið er inn í eftir að áhættuþættir koma í ljós, eða inngríp sem beitt er án nokkurra sjáanlegra áhættuþátta.

Forvörnum hefur verið skipt í þrjá flokka; almennar forvarnir, afmarkaðar forvarnir og viðbragðsforvarnir, en Gordon (1983) var fyrstur til að skilgreina þær. Almennar forvarnir (*universal prevention*) eru ætlaðar öllu þýðinu eða hópum sem ekki eru taldir vera sérstaklega í áhættuhóp fyrir ákveðna röskun eða sjúkdóm (Johnson, 2002). Þegar slíkar forvarnir eru notaðar er mikilvægt að ná til þeirra sem eru í áhættuhóp án þess þó að skaða þá sem ekki eru í áhættu (Abascal, Brown, Winzelberg, Dev og Taylor, 2003). Dæmi um almennar forvarnir er fræðsla í grunnskólum um slæmar afleiðingar reykinga. Afmarkaðar forvarnir (*selective prevention*) eru ætlaðar fólki eða hópum í heild sem eru í aukinni hættu á að þróa með sér tiltekna röskun. Dæmi um afmarkaðar forvarnir er fræðsla í grunnskólum um alvarleika reykinga fyrir nemendur sem eiga við hegðunavanda að stríða. Viðbragðsforvarnir (*indicated preventions*) eru ætlaðar þeim manneskjum sem eru í mikilli áhættu á að þróa með sér röskun og eru þegar farnar að sýna fyrstu merki eða einkenni þess. Skimun er notuð til að bera kennsl á þá sem eru í mikilli áhættu og þeim veitt viðeigandi aðstoð í kjölfarið. Dæmi um viðbragðsforvarnir er þegar borin eru kennsl á nemanda með skimun sem hættur er að mæta í tíma, reykir, drekkur og fleira í þeim dúr. Þessi hegðun er áhættuþáttur fyrir vímuefnanotkun og því mikilvægt að veita þessum einstaklingi viðeigandi aðstoð og fræðslu (Johnson, 2002).

Forvarnarstarf á Íslandi var eftt árið 2005 þegar Reykjavíkurborg setti fram forvarnarstefnu sem hafði það að markmiði að byggja upp jákvæða sjálfsmýnd barna og unglínga, að styrkja félagsfærni barna og unglínga og að þeir tileinki sér heilbrigða lífshætti (Reykjavíkurborg, 2005). Forvarnirnar eru tvenns konar, annars vegar almennar forvarnir sem ætlað er að ná til allra barna og ungmenna frá fæðingu til 20 ára aldurs og hins vegar afmarkaðar forvarnir sem ætlað er að draga úr og koma í veg fyrir neikvæða hegðun sem þarf að bregðast við hjá einstaka manneskjum (Reykjavíkurborg, 2005).

Menntamálaráðuneytið og Rannsóknir og greining hafa í sameiningu staðið að fjölmörgum rannsóknum héraendis sem snúa að málefnum barna og unglínga í grunnskólum. Verkefnið kallast *Ungt fólk* og hefur það verið starfrækt frá árinu 1992. Á nokkurra ára fresti hafa spurningalistar verið lagðir fyrir skólabörn á Íslandi sem ætlað er að gefa skýra mynd af líðan, heilsu og félagslegum aðstæðum ungmenna og þar af leiðandi er hægt að nýta upplýsingarnar til að taka ákvarðanir um forvarnarstarf (Álfgeir Logi Kristjánsson, Hrefna Pálsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jón Sigfússon, 2008).

Forvarnir gegn átröskunum

Þar sem minna en þriðjungur þeirra sem þjást af átröskunum sækja meðferð, og meðferð virkar einungis hjá 40-60% þeirra sem leita sér aðstoðar, hefur mikil vinna verið lögð í forvarnir og ýmsar aðferðir verið prófaðar (Stice og Shaw, 2004).

Forvarnir eru það þegar unnið er gegn til dæmis átröskunum áður en einkenni koma fram (Maggs, Schulenberg og Hurrelmann, 1996). Þar sem átraskanir byrja yfirleitt að þróast á aldrinum 20-24 ára (Hoek og van Hoeken, 2003) ætti að gefa auga leið að best væri að beina forvörnum að stúlkum á aldrinum 14-15 ára eða jafnvel fyrr. Forvarnir átraskana hafa verið af tvennum toga. Annars vegar er um að ræða almennar forvarnir en þeim er beint að öllum þeim sem eru til taks í viðkomandi þýði. Hins vegar er um að ræða afmarkaðar forvarnir þar sem inngríp beinist sérstaklega að þeim sem eru í áhættuhóp fyrir átraskanir. Í afmörkuðum forvörnum er notast við gagnvirkar æfingar sem einblína á áhættuþætti sem sýnt hefur verið fram á að spái fyrir um átraskanir (Stice og Shaw, 2004).

Þar sem almennum forvörnum er yfirleitt beitt á stóra hópa eru slíkar forvarnir óháðar því hvort fólk er í mikilli áhættu eða ekki. Markmið almennra forvarna geta verið misjöfn. Sumar geta til dæmis verið hannaðar til að bæta geðheilsu fólks almennt en öðrum beint að ákveðinni röskun (Farrell og Barrett, 2007). Almennar forvarnir eru mjög góðar að því leyti að þær geta hjálpað þeim sérstaklega sem eru í áhættuhóp en einnig komið í veg fyrir að fleiri lendi í áhættuhóp. Slíkar forvarnir geta hjálpað börnum að læra að takast á við þau félagslegu áhrif sem leiða oft til óánægju með eigin líkama, óháð því hvort þau eru í áhættuhóp eða ekki (McVey, Tweed og Blackmore, 2007). Rannsóknir benda til að almennar forvarnir hafi yfirleitt jákvæð áhrif á alla í úrtaki, að minnsta kosti til skemmri tíma (Farrell og Barrett, 2007). Þrátt fyrir marga kosti eru einnig ókostir sem geta fylgt almennum forvörnum. Þar sem þarfir fólks sem er í aukinni hættu á að þróa með sér átraskanir geta verið ólíkar þörfum þeirra sem ekki eru í áhættuhóp, geta almennar forvarnir skaðað það fólk sem ekki er í áhættuhóp eða í lítilli áhættu (Mann o.fl., 1997). Einnig hefur fólk sem ekki er í áhættuhóp lítið svigrúm til að sýna framfarir, en það hefur verið kallað gólfáhrif (*floor effect*) (Stice o.fl., 2004). Úrtök í almennum forvörnum eru yfirleitt mjög stór og því verða slíkar forvarnir gjarnan kostnaðarsamar. Einnig fer mikill tími og fjármunir í vinnu með ungmenni sem ekki eru í áhættuhóp og litlar líkur eru á að lendi í áhættuhóp (Farrell og Barrett, 2007).

Sem dæmi um almennar forvarnir má nefna rannsókn McVey o.fl (2007). Boðið var upp á forvörn fyrir 12-13 ára gömul börn. Börnin komu úr fjórum grunnskólum og var öllum börnum á þessum aldri frjálst að taka þátt. Verkefnið stóð yfir í átta mánuði í senn og samanstóð af fræðslu, stuðningshópum, verkefnum fyrir foreldra og kennara barnanna og verkefnum sem sett voru inn í stundaskrá barnanna í skólanum. Fyrir og eftir þátttöku var spurningalisti lagður fyrir börnin varðandi ánægju með eigin líkama, áhrif fjölmiðla á líkamsmynd, óeðlilega áthegðun, megrunarhegðun og fleira í þeim dúr. Niðurstöður rannsóknar þeirra sýndu fram á að verkefnið hafði tilætluð áhrif á þau börn sem áttu í meiri hættu á að þróa með sér átraskanir á flestum sviðum, en það hafði lítil áhrif á börn sem voru í lítilli áhættu. Þar að auki hafði verkefnið engin skaðleg áhrif á þau börn sem ekki voru í áhættuhóp.

Stice, Chase, Stormer og Appel (2001) báru saman í allsherjargreiningu

almennar og afmarkaðar forvarnir. Niðurstöður þeirra voru að afmarkaðar forvarnir fyrir þá sem eru í áhættuhóp séu mun betri til að koma í veg fyrir þróun átraskana. Að fyrstu má nefna að fólk sem er í áhættuhóp hefur meiri ávinning af því að taka virkan þátt í verkefnum og því er það líklegra til að reyna að breyta þáttum sem stuðla að átröskuninni (Stice, Mazotti, Weibel og Agras, 2000a). Þegar afmarkaðar forvarnir eru framkvæmdar þarf þó að huga að mörgum atriðum. Fyrst af öllu þarf að finna hverjir áhættuþættirnir eru, finna þarf gott og áreiðanlegt mælitæki og einnig þarf að ákvarða hvenær best er að grípa inn í (Farrell og Barrett, 2007).

Einungis hefur verið sýnt fram á að tvenns konar forvarnir minnki hættuna á þróun átraskana til lengri tíma litið (Stice, Presnell, Gau og Shaw, 2007). Þessar forvarnir eru báðar af afmarkaðri tegund og byggja annars vegar á misræmiskenningu (*cognitive dissonance theory*) Festinger og hins vegar áherslu á heilbrigða líkamsþyngd (Stice og Shaw, 2004). Stice o.fl. (2007) báru saman gagnsemi forvarnanna tveggja. Þátttakendur voru stúlkur á aldrinum 14-19 ára sem voru óánægðar með eigin líkama. Niðurstöður þeirra leiddu í ljós að forvörn sem byggði á hugrænu misræmi minnkaði ofmat á mikilvægi útlits hjá stúlkunum meira en sú sem lagði áherslu á heilbrigða líkamsþyngd.

Body Project

Misræmiskenning Festinger (1957) fjallar um það að misræmi milli hugsunar og hegðunar framkalli sálræn óþægindi sem verði til þess að fólk breyti hugsun sinni til að fá fram meira samræmi. Samkvæmt kenningunni ætti fólk að reyna að minnka ósamræmi milli hugsunar og hegðunar þegar það er til staðar og einnig reyna að forðast aðstæður og upplýsingar sem gætu stuðlað að eða aukið slíkt ósamræmi. Rannsóknir hafa leitt í ljós að ef þátttakendur eru búnir að mynda sér skoðun á ákveðnu efni og eru svo hvattir til að hegða sér á annan hátt framkallar það hugrænt misræmi. Það leiðir svo til þess að þátttakendur breyta frekar viðhorfi sínu til að minnka óþægindin sem fylgja misræminu (Leippe og Eisenstadt, 1994; Stice og Presnell, 2007). Einnig hafa rannsóknir sýnt að ef þátttakendur eru í viðurvist annarra þegar þeir hegða sér á annan hátt en viðhorf þeirra segja til um verður hugrænt misræmi meira (Green, Scott, Diyankova, Gasser og Pederson, 2005). Forvarnir sem byggja á hugrænu misræmi hafa verið

nýttar til að draga úr margs konar vanda. Sem dæmi má nefna vímuefnanotkun, reykingar og ýmis konar fælmi (Stice, Shaw, Becker og Rohde, 2008).

Forvörn sem byggir á hugrænu misræmi var þróuð vegna skorts á forvörnum fyrir átraskanir sem báru árangur til lengri tíma (Stice o.fl., 2008). Forvörnin sem hér er fjallað um er byggð á „Tveggja leiða líkani um lotugræðgi“ (*Dual pathway model of bulimia nervosa*) (Stice o.fl., 1998). Samkvæmt líkaninu leiðir það til óánægju með eigin líkama þegar stúlkur leggja of mikla áherslu á grannan líkamsvöxt sem leiðir svo annars vegar til megrunartilrauna og hins vegar til vanlíðunar. Árangurslausar megrunartilraunir og vanlíðan auka svo líkurnar á að stúlkur þrói með sér átröskunareinkenni (Stice o.fl., 1998).

Námskeiðið *Body Project*, sem byggir á því að skapa hugrænt misræmi, hefur sýnt fram á góðan árangur við að draga úr áhættuþáttum átraskana hjá ungum stúlkum (Stice o.fl., 2007). Á slíkum námskeiðum eru stúlkur, sem telja grannan líkamsvöxt eftirsóknarverðan, hvattar til þátttöku í munnlegum, skriflegum og atferlislegum æfingum sem fela í sér að gagnrýna þessa afstöðu. Samkvæmt kenningu Festinger (1957) framkalla þessar æfingar hugrænt misræmi hjá stúlkunum og til að minnka misræmið reyna þær að draga úr áherslum um mikilvægi útlits og granns vaxtarlags. Rannsóknir hafa stutt þetta og sýnt að námskeiðið dregur úr óánægju með útlit og líkamsvöxt, vanlíðan, megrunarhegðun og átröskunareinkennum (Stice o.fl., 2008b).

Markmið námskeiðsins er einmitt að draga úr þessum áhættuþáttum og bæta líkamsmynd stúlkna. Námskeiðið er ekki kynnt sem forvarnarnámskeið og er hvergi minnst á átraskanir í auglýsingum um námskeiðið heldur er það einfaldlega sett fram sem námskeið sem ætlað er að bæta líkamsmynd og líðan stúlkna sem eru ósáttar við sjálfar sig (Stice og Presnell, 2007). Stúlkurnar skrá sig sjálfar til þátttöku og er gert ráð fyrir því að þær sem sýna slíku námskeiði áhuga séu óánægðar með líkama sinn og þar af leiðandi í aukinni hættu á að þróa með sér átröskun. Stúlkur sem þegar ná greiningarskilmerkjum DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) fyrir átröskun af einhverju tagi koma hins vegar ekki til greina sem þátttakendur á námskeiðinu.

Námskeiðið er klukkustundar langt og fer fram í fjögur skipti (Stice og Presnell, 2007). Í fyrsta tíma námskeiðsins ræða stúlkurnar í hópum um mikilvægi þess að vera grannur, hvaðan sú hugmynd er komin, skilgreiningu útlitsviðmiða

nútímans og skilaboð frá jafnöldrum, fjölskyldu, fjölmiðlum og fleirum. Þær fá svo heimaverkefni þar sem þær eru beðnar um að skrifa bréf til ímyndaðrar yngri stúlku um neikvæð áhrif þess að reyna að ná þessum ströngu útlitsviðmiðum en einnig eiga þær að skoða spegilmynd sína og finna jákvæða þætti um sjálfar sig. Í öðrum tíma byrja þær á því að ræða um heimaverkefni sín og að því loknu tekur hlutverkaleikur við þar sem stúlkurnar reyna að telja leiðbeinanda námskeiðsins af því að eltast við fegurðarviðmið um útlit og grannan vöxt. Heima eiga þær að finna dæmi úr eigin lífi þar sem þær hafa fundið fyrir þrýstingi frá öðrum um að vera grannar og gera lista um hvað hægt sé að gera til að takast á við slíkan þrýsting. Þriðji hluti námskeiðsins hefst á því að farið er yfir heimaverkefni og svo fer fram hlutverkaleikur sem tengist heimaverkefnunum beint. Einnig ræða stúlkurnar hvers vegna þær ákváðu að taka þátt í námskeiðinu. Áður en kemur að fjórða tíma eiga stúlkurnar að finna leiðir til að takast á við eigin vanlíðan varðandi útlit og prófa að gera eitthvað sem þær hafa forðast vegna óánægju með eigið vaxtarlag. Í síðasta tíma ræða stúlkurnar viðbrögð sín við heimaverkefnunum og eru hvattar til að halda áfram að ögra sjálfum sér varðandi hugmyndir um útlit og grannan vöxt í framtíðinni (Stice og Presnell, 2007).

Stytttri útgáfa námskeiðsins

Becker, Smith og Ciao (2005) hafa rannsakað forvarnarnámskeið (*Reflections: Body Image Program*) sem byggir mikið til á *Body Project* fyrir stúlkur í systrafélögum í háskólum í Bandaríkjunum. Það er kennt í tvö skipti í stað fjögurra, eins og *Body Project* gerir ráð fyrir, en í staðinn er hver tími tvær klukkustundir. Í rannsókn á þessari útgáfu námskeiðsins var stúlkum skipt af handahófi í þrjá hópa. Fyrsti hópurinn fékk styttri útgáfu námskeiðsins, annar hópurinn fékk fræðslu um áhrif fjölmiðla á líkamsmynd (*media psychoeducation group*) og sá þriðji var biðlistahópur (*waitlist control group*). Bæði inngrípin fóru fram tvisvar sinnum í tvær klukkustundir í senn. Í fyrri hluta námskeiðsins ræða þátttakendur um þrýsting varðandi mikilvægi þess að vera grannur (*thin-ideal*), hvernig þessum útlitsviðmiðum er viðhaldið og hver hefur mestan hag af þeim. Að því loknu skrifa þátttakendur lista um ókosti þess að eltast við að vera grannur til að standa undir kröfum samfélagsins. Heima eru þátttakendur beðnir um að standa fyrir framan spegil og nefna einungis jákvæða eiginleika um sjálfa sig. Í

seinni hluta námskeiðsins ræða stúlkurnar um jákvæðu eiginleikana sem þær skráðu hjá sér. Því næst ræða þær um útlitsþrýsting sem fylgir því að vera nýnemi í háskóla og um mögulegar aðferðir til að bæta líkamsmynd kvenna í systrafélögum. Einnig fara þær í hlutverkaleik sem gengur út á að telja leiðbeinendur námskeiðsins af því að aðhyllast grannan líkamsvöxt, líkt og gert er í lengri útgáfu námskeiðsins. Samanburðarhópurinn sem fékk fræðslu um áhrif fjölmiðla á líkamsmynd horfði á myndbönd um áhrif fjölmiðla og um mikilvægi þess hjá fræga fólkinu að viðhalda grönnum líkamsvexti. Að því loknu ræddu þátttakendur um efni myndbandanna. Hjá þessum hóp komu myndböndin í stað æfinga sem skapa hugrænt misræmi (Becker o.fl., 2005). Hjá báðum hópnum minnkaði óeðlileg áthegðun og óánægja með eigið útlit en hjá hópnum sem fékk námskeið byggt á hugrænu misræmi minnkaði einnig áhersla á mikilvægi þess að vera grannur (Becker o.fl., 2005). Rannsakendur endurtóku rannsóknina ári síðar með þeim breytingum að samnemendur þátttakenda sem áður höfðu tekið þátt á samskonar námskeiði voru þjálfaðir til að stjórna námskeiðunum í stað þjálfaðra sálfræðinga. Þetta var gert til að komast að því hvort námskeiðið virki utan rannsóknarstofu og til að bera það saman við hópinn sem fékk fræðslu um áhrif fjölmiðla á líkamsmynd (Becker, Smith og Ciao, 2006). Báðar tegundir forvarna leiddu til fækkunar á öllum áhættuþáttum sem áður komu fram, en þó kom námskeiðið sem byggir á hugrænu misræmi betur út. Niðurstöður voru einnig á þá leið þegar mælt var aftur 8 mánuðum síðar. Þetta gefur til kynna að mögulegt er að nýta námskeiðið í framhalds- eða háskólum, þar sem greinilegt er að samnemendur eru hæfir til að stjórna námskeiðinu eftir að hafa hlotið þjálfun (Becker o.fl., 2006).

Body project á Íslandi

Þar sem engar markvissar forvarnir gegn átröskunum hafa verið í boði í íslenskum grunnskólum ákváðu Sigrún Daníelsdóttir, sálfræðingur á Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala-Háskólasjúkrahúss, og Elva Björk Ágústsdóttir, meistaranemi í sálfræði við Háskóla Íslands, að þýða og rannsaka áhrif *Body Project* námskeiðsins í íslenskum aðstæðum til að athuga hvort það henti stúlkum hér á landi. Rannsóknin var hluti af meistaraverkefni Elvu í sálfræði og var námskeiðið kennt í tveimur grunnskólum í Reykjavík sem skipt var með tilviljun í

íhlutunarhóp og biðlistahóp (Elva Björk Ágústsdóttir, 2011). Alls tóku 23 stúlkur þátt í námskeiðinu. Niðurstöðurnar sýndu að eftir námskeiðið töldu stúlkurnar síður grannan líkamsvöxt eftirsóknarverðan og átröskunareinkennum fækkaði. Námskeiðið hafði hins vegar ekki marktæk áhrif á líkamsmynd eða aðhald í mataræði, þó leitni gagna hafi verið í rétta átt. Gera má ráð fyrir því að lítill fjöldi þátttakenda hafi átt þátt í því að erfitt reyndist að finna marktækan mun á milli hópa. Því töldu rannsakendur mikilvægt að kanna áhrif námskeiðsins betur í stærri hópum.

Rannsóknir á árangri forvarna sem nota hugrænt misræmi hafa leitt í ljós mjög góðar niðurstöður. Sýnt hefur verið fram á að þeir þættir sem auka áhættu á átröskunum minnka umtalsvert (Shaw, Stice og Becker, 2009). Einnig hafa mælingar eftir allt að tveimur til þremur árum eftir þátttöku á námskeiði sýnt að árangur námskeiðsins helst til lengri tíma (Shaw o.fl., 2009). Fleiri jákvæð atriði hafa komið fram, til dæmis að kennarar, hjúkrunarfræðingar og námsráðgjafar geti lagt námskeiðin fyrir við mismunandi rannsóknaraðstæður án þess að munur komi fram á niðurstöðum (Stice o.fl., 2008b). Einnig hafa rannsóknir sýnt að jafningjar geti stjórnað námskeiðinu með góðum árangri (Becker o.fl., 2006). Að lokum hefur komið í ljós að forvarnir sem byggja á hugrænu misræmi virðast virka bæði á almenna hópa sem og afmarkaða, án þess að skaða annan hvorn hópinn (Stice o.fl., 2008b).

Rannsóknartilgátur

Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga hvort að námskeið, sem byggir á hugrænu misræmi, dragi úr aðdáun á grönnum vexti, aðhaldi í mataræði, slæmri líkamsmynd og átröskunareinkennum. Bornar voru saman styttri og lengri útgáfa *Body Project* námskeiðsins til að kanna hvort lengd námskeiðs hefði áhrif á árangur.

Tilgátur rannsóknarinnar voru eftirfarandi:

1a: Námskeiðið dregur úr aðdáun á grönnum vexti

1b: Báðar útgáfur námskeiðs draga jafn mikið úr aðdáun á grönnum vexti

2a: Námskeiðið dregur úr aðhaldi í mataræði

2b: Báðar útgáfur námskeiðs draga jafn mikið úr aðhaldi í mataræði

3a: Námskeiðið dregur úr slæmri líkamsmynd

3b: Báðar útgáfur námskeiðs draga jafn mikið úr slæmri líkamsmynd

4a: Námskeiðið dregur úr átröskunareinkennum

4b: Báðar útgáfur námskeiðs draga jafn mikið úr átröskunareinkennum

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru nemendur úr tíu grunnskólum í Reykjavík sem valdir voru með hentugleikaaðferð. 81 stúlka úr 10. bekk svaraði spurningalistum við upphaf rannsóknar en alls luku 62 stúlkur þátttöku. Brottfall er því 23,5%. Í upphafi rannsóknar mældust 1,3% þátttakenda undir kjörþyngd, 84,8% í kjörþyngd, 8,9% í yfirþyngd og 5,1% með offitu. Samanlögð hlutföll þeirra sem teljast yfir kjörþyngd við upphaf rannsóknar eru 14% en hlutfallið meðal þeirra sem hætta við þátttöku er 20,8%. Rannsóknin fór fram á tímabilinu febrúar til maí 2010.

Áreiti

Þátttakendum var boðið upp á tvenns konar námskeið. Annars vegar námskeiðið *Body Project* (Stice og Presnell, 2007) og hins vegar *Reflections: Body Image Program* (Becker o.fl., 2005). Fyrirnefnda námskeiðið var þýtt af Elvu Björk Ágústsdóttur og Sigrúnu Daníelsdóttur (2009) en það síðarnefnda af Sigrúnu Daníelsdóttur (2011). Síðarnefnda námskeiðið (framvegis nefnt „styttra námskeiðið“) byggir á því fyrra en er ólíkt að því leyti að það er kennt í tveimur tveggja klukkustunda kennslutímum með viku millibili en hið fyrirnefnda (hér eftir nefnt „lengra námskeiðið“) var kennt í fjórum einnar klukkustundar kennslutímum með viku millibili. Leiðbeinendur á námskeiðunum voru Sigrún Daníelsdóttir, sálfræðingur og Elva Björk Ágústsdóttir, náms- og starfsráðgjafi og M.S. í sálfræði.

Mælitæki

Þátttakendur fylltu út fjóra spurningalista fyrir og eftir námskeið ásamt spurningalista þar sem þátttakendur gátu komið með ábendingar um kosti og galla námskeiðs að því loknu. Notast var við spurningalista sem erlendar rannsóknir hafa nýtt við árangursmat á námskeiðinu (sjá *Viðauka*) og einnig spurningalisti sem reynst hefur vel í rannsóknum á líkamsmynd (sjá *Viðauka*). Spurningalistarnir voru þýddir af Sigrúnu Daníelsdóttur og Elvu Björk Ágústsdóttur.

Spurningalisti um útlitsviðmið.

Spurningalisti um útlitsviðmið (*Ideal Body Stereotype Scale*) inniheldur sex staðhæfingar um útlit og svarar þátttakandi því hve sammála eða ósammála hann er hverri staðhæfingu á fimm punkta Likert kvarða (1= mjög ósammála til 5= mjög sammála) (Stice, 2001). Svör þátttakenda eru síðan lögð saman en þau geta verið frá sex stigum upp í 30 og er meðaltal tekið af svörunum (Stice og Ragan, 2002). Því fleiri stig sem þátttakendur fá á þessum spurningalista þeim mun eftirsóknarverðari finnst þeim grannur líkamsvöxtur vera (Stice og Agras, 1999). Rannsóknir hafa sýnt að konur á aldrinum 16-18 ára sem finnst grannur líkamsvöxtur eftirsóknarverður eru í meiri áhættu fyrir átröskun en aðrar (Stice og Agras, 1999) og því er spurningalisti um útlitsviðmið notaður til að meta þennan áhættuþátt (Stice og Agras, 1999). Rannsóknir á spurningalista um útlitsviðmið hafa sýnt að áreiðanleiki endurtekinnna prófa er góður ($r=0,80$). Einnig er spáréttmæti (*predictive validity*) fyrir átröskun gott og samleitissréttmæti (*convergent validity*). Enn fremur hafa rannsóknir sýnt fram á gott innra samkvæmni (*internal consistency*) ($\alpha=0,91$) (Stice og Agras, 1999).

Við mat á íslensku útgáfu spurningalistans var reiknaður innri áreiðanleiki (*alfastuðull*) fyrir spurningalista um útlitsviðmið og mældist hann lágur og því var einni spurningu á listanum (*Hávaxnar konur eru meira aðlaðandi*) eytt út og fékkst viðunandi innri áreiðanleiki við það ($\alpha=0,81$) (Elva Björk Ágústsdóttir, 2011). Viðunandi áreiðanleiki minnkar hættu á að ályktanir sem dregnar verða af niðurstöðum listans verði rangar þar sem villudreifing minnkar með hækkandi áreiðanleikastuðli.

Í þessari rannsókn var innri áreiðanleiki listans reiknaður og var hann aðeins $\alpha=0,44$. Rannsakandi tók því út spurninguna „Hávaxnar konur eru meira aðlaðandi“ þar sem fyrri rannsókn sýndi að innri áreiðanleiki hækkaði eftir að þessari spurningu var eytt út. Áreiðanleikinn jókst hins vegar ekki og hélst sá sami ($\alpha=0,44$) og því er talið að villudreifing sé umtalsverð og þarf að fara varlega þegar ályktanir eru dregnar af niðurstöðum listans.

Spurningalisti um röskun líkamsmyndar.

Spurningalisti um röskun líkamsmyndar (*Body Image Disturbance Questionnaire*) eftir Cash, Phillips, Santos og Hrabosky (2004) inniheldur sjö krossaspurningar og

fimm opnar spurningar. Listinn inniheldur spurningar á fimm punkta Likert kvarða ($1 = \text{Hef engar áhyggjur til } 5 = \text{Hef mjög miklar áhyggjur}$) um áhyggjur og óánægju með eigið útlit og áhrif þess á daglegt líf (Cash o.fl., 2004). Spurningarnar á listanum meta áhyggjur af útliti ásamt áhrifum á líðan og hve mikið slíkar áhyggjur trufla daglegt líf. Fimm spurningar eru opnar á listanum þar sem þátttakendum gefst kostur á að útskýra svarið sitt nánar.

Í rannsókn Cash og Grasso (2005) á spurningalistanum reyndist innri áreiðanleiki spurningalistans góður ($\alpha=0,80-0,95$) og áreiðanleiki endurtekinnna prófanna var 0,88. Spurningalisti um röskun líkamsmyndar hefur einnig tengsl við aðra spurningalista um líkamsmynd, sjálfsmýnd, þunglyndi, kvíða og átröskun sem bendir til þess að samleitniréttmæti sé gott (Cash o.fl., 2004).

Spurningalistinn var þýddur frá ensku yfir á íslensku af Sigrúnu Daníelsdóttur og Elvu Björk Ágústsdóttur. Reiknaður var innri áreiðanleiki listans sem var góður ($\alpha=0,92$) (Elva Björk Ágústsdóttir, 2011). Í þessari rannsókn var innri áreiðanleiki skoðaður og mældist hann $\alpha=0,80$.

Spurningalist um aðhald í mataræði.

Spurningarlisti um áthegðun (*Dutch Eating Behaviour Questionnaire, DEBQ*) eftir van Strien, Frijters, Bergers og Defares (1986a) skiptist í þrjá undirkvarða: aðhald, tilfinningatengt át og ytri stjórnun áts (van Strien o.fl., 1986a). Í þessari rannsókn er aðeins notast við fyrsta undirkvarðann sem metur aðhald í mataræði. Spurningarnar eru 10 á fimm punkta Likert kvarða ($1 = \text{aldrei til } 5 = \text{alltaf}$). Dæmi um spurningar eru „Reynirðu að borða minna ef þú hefur bætt á þig?“ og „Hefur þungd þín áhrif hvað þú velur að borða?“ (van Strien o.fl., 1986a).

Rannsóknir hafa sýnt að spurningarlisti um áthegðun getur spáð fyrir um átröskun. Hátt skor á listanum sýnir að einstaklingur reynir að hamla fæðuneyslu sem er áhættuþáttur fyrir átröskun, því hærra meðalstig því meiri áhættu á að sá hinn sami fái átröskun (van Strien, Frijters, van Staveren, Defares og Deurenberg, 1986b). Rannsóknir sýna góðan innri áreiðanleika spurningalistans, $\alpha=0,95$. Áreiðanleiki endurtekinnna prófanna var $r=0,82$ (Stice, Fisher og Martinez, 2004; van Strien o.fl., 1986b).

Þegar búið var að þýða listann frá ensku yfir á íslensku var athugað hvort innri áreiðanleiki listans væri góður, svo reyndist vera þar sem $\alpha=0,95$ (Elva Björk

Ágústsdóttir, 2011). Í þessari rannsókn var innri áreiðanleiki listans skoðaður og var hann $\alpha=0,80$.

Skimunarlisti fyrir átraskanir.

Skimunarlisti fyrir átraskanir (*Eating Disorder Diagnostic Scale, EDDS*) var samin af Stice, Telch og Rizvi (2000b). Skimunarlistinn samanstendur af 22 spurningum sem meta lystarstol, lotugræðgi og ofátsröskun eftir greiningarviðmiðum DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Listinn inniheldur mismunandi svarmöguleika eins og til dæmis tvíkostabreytur og 6 punkta Likert kvarða (0= alls ekki- 6= mjög mikið). Stig þátttakenda eru lögð saman og er útkoman frá 0-112 stigum. Fjöldi stiga ásamt upplýsingum um þyngd, hæð og tíðarblæðingar gefa til kynna hvort þátttakandi uppfylli greiningarskilmerki fyrir lystarstol eða ekki (Stice og Ragan, 2002). Skimunarlistinn er notaður þar sem hann er einföld og fljótleg leið til að meta átröskunareinkenni (Stice o.fl., 2000b).

Rannsóknir á skimunarlistanum sýna góðan innri áreiðanleika $\alpha=0,89$ að meðaltali (Stice o.fl., 2000b). Áreiðanleiki endurtekinna prófanna var $r=0,98$ fyrir lystarstol, $r=0,91$ fyrir lotugræðgi og $r=0,89$ fyrir ofátsröskun. Rannsóknir sýna að skimunarlistinn hefur gott innihaldsréttmæti, samleitniréttmæti og viðmiðsbundið réttmæti (Stice o.fl., 2000b).

Reiknaður var áreiðanleikastuðull fyrir spurningalistann eftir að hann var þýddur yfir á íslensku og var innri áreiðanleiki $\alpha=0,92$ (Elva Björk Ágústsdóttir, 2011). Í þessari rannsókn var innri áreiðanleiki listans skoðaður og var $\alpha=0,84$.

Framkvæmd

Send var út auglýsing í tölvupósti til skólastjórnenda allra grunnskóla Reykjavíkur sem höfðu nemendur í 10. bekk um að þeim stæði til boða ókeypis námskeið sem hefði reynst hafa forvarnargildi gegn átröskunum. Skólastjórnendum sem fyrstir lýstu áhuga á því að nýta sér þetta var boðið námskeið en tilviljun réði því hvort námskeiðið var af styttri eða lengri gerðinni. Annar leiðbeinenda kynnti námskeiðið á fundi með kennurum og skólastjórnendum og voru kennarar látnir hafa upplýsingar um námskeiðið ásamt samþykkisbréfi til foreldra sem þeir voru beðnir um að dreifa til kvenkyns nemenda sinna. Námskeiðin voru ekki auglýst

fyrir nemendum sem forvarnir gegn átröskunum heldur sem námskeið til að efla líkamsmynd og líðan. Gengið var út frá því að stúlkur sem töldu sig hafa þörf fyrir slíkt námskeið ættu við líkamsmyndarvanda að stríða. Stúlkurnar skráðu sig svo sjálfar með því að senda tölvupóst á leiðbeinendur. Tekið var fram að þær yrðu beðnar um að fylla út nafnlausu spurningalista fyrir og eftir námskeið en að þátttaka á námskeiðum sem og svörun spurningalista væri frjáls. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og skriflegt samþykki frá foreldrum fengið áður en námskeiðin hófust.

Skólunum sem tóku þátt var skipt í tvo hópa, annars vegar skólar sem fengu langt námskeið (1 klukkustund í viku í fjórar vikur) og hins vegar skólar sem fengu stutt námskeið (2 klukkustundir í tvö skipti). Hópaskiptingin var gerð með tilviljunaraðferð.

Rannsóknarsnið og tölfræðileg úrvinnsla

Unnið var úr niðurstöðum spurningalistana með tölfræðiforritinu *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Byrjað var að skoða lýsandi tölfræði fyrir hópnum fyrir og eftir námskeið. Til að meta árangur námskeiða var gerður innanhópa samanburður með dreifigreiningu fyrir endurteknar mælingar (*repeated measures ANOVA*). Þannig var kannað hvort það kæmi marktækur munur á hópnum fyrir námskeið og eftir námskeiðið. Einnig var athugað hvort árangur af námskeiðum væri mismunandi eftir því hvort um styttra eða lengra námskeið væri að ræða.

Frumbreytur rannsóknarinnar voru fjórar. Fyrir námskeið, eftir námskeið, styttra námskeið og lengra námskeið. Fylgibreyturnar voru svör þátttakenda á spurningalistunum fjórum sem mátu átröskunareinkenni, líkamsmynd, aðhald í mataræði og aðdáun á grönnum vexti.

Niðurstöður

Í niðurstöðum rannsóknarinnar var hver spurningarlisti skoðaður. Niðurstöður voru metnar með dreifigreiningu fyrir endurteknað mælingar (*repeated measures ANOVA*). Athugað var annars vegar hvort námskeið hefði áhrif og hins vegar hvort námskeiðslengd hefði áhrif á aðdáun á grönnum vexti, aðhald í mataræði, líkamsmynd og átröskun.

Aðdáun á grönnum vexti

Tafla 1. Lýsandi tölfræði fyrir spurningalista um útlitsviðmið eftir námskeiðum

	Fyrri mæling		Seinni mæling		Meðaltalsmunur
	Meðaltal	Staðalfrávik	Meðaltal	Staðalfrávik	
Námskeið (n=62)	3,46	0,78	3,00	0,93	0,46
Stutt (n=32)	3,32	0,83	2,75	1,03	2,29
Langt (n=30)	3,60	0,72	3,27	0,73	0,33

Í töflu 1 má sjá lýsandi tölfræði þátttakenda sem svöruðu spurningalista um útlitsviðmið. Því hærra sem meðaltalið er á spurningalistanum því meiri var aðdáun stúlkanna á grönnum vexti. Það má sjá að meðaltöl lækka eftir námskeið hjá báðum námskeiðshópum, stuttum og löngum. Dreifigreining var gerð á gögnunum til að athuga hvort tölfræðilega marktækur munur sé á meðaltölum fyrir og eftir námskeið. Niðurstöður dreifigreiningar leiddi í ljós að það er munur á útlitsviðmiðum fyrir og eftir námskeið ($F_{(1,60)} = 11,71$, $p = 0,01$), tilgáta 1a stóðst. Það kom fram meðaltalsmunur fyrir og eftir námskeið 0,46. Námskeið hefur áhrif á útlitsviðmið um grannan líkamsvöxt og dregur úr því hjá þátttakendum eftir námskeiðið. Tilgáta 1b gerði ráð fyrir að áhrif námskeiðs á aðdáun á grönnum vexti væru ekki háð því hvort námskeiðið væri stutt eða langt. Dreifigreining sýndi að tilgáta 1b stóðst ($F_{(1,60)} = 0,86$, $p = 0,357$). Í töflu 1 má sjá að meðaltalsmunur í stuttu námskeiði er 2,29 en í lengra námskeiðinu 0,33.

Aðhald í mataræði

Tafla 2. Lýsandi tölfræði fyrir spurningalista um aðhald í mataræði

	Fyrri mæling		Seinni mæling		Meðaltalsmunur
	Meðaltal	Staðalfrávik	Meðaltal	Staðalfrávik	
Námskeið(n=62)	3,46	0,78	3,00	0,93	0,46
Stutt (n=32)	2,30	0,96	1,86	0,78	0,44
Langt (n=30)	2,77	0,92	2,54	1,15	0,23

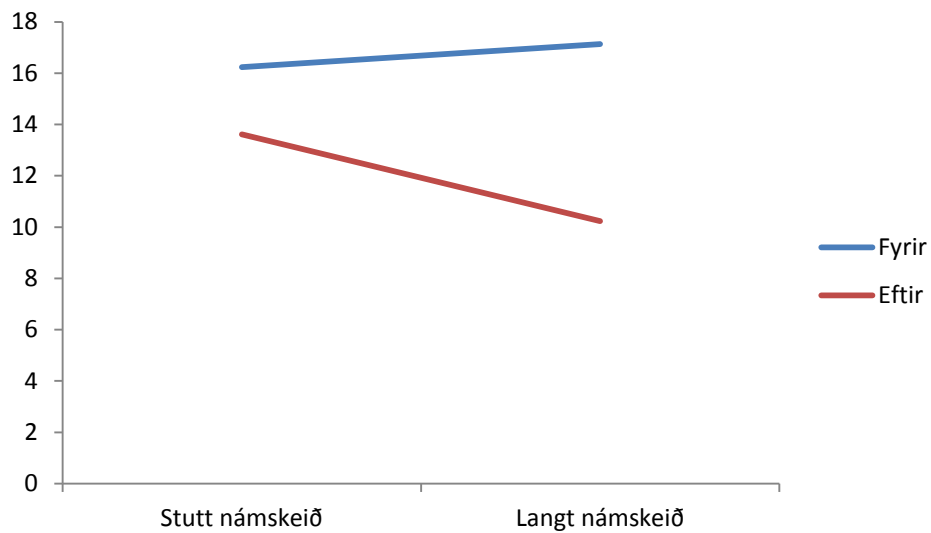
Í töflu 2 má sjá lýsandi tölfræði fyrir spurningalista um aðhald í mataræði. Því hærra stig sem þátttakandi fær á listanum því meira reynir hann að sýna aðhald í mataræði. Það má sjá að meðaltöl lækkuðu eftir námskeiðið og átti það bæði við um stutt og langt námskeið. Niðurstöður dreifigreiningar leiddu í ljós að það var tölfræðilega marktækur munur á meðaltölum fyrir og eftir námskeið ($F_{(1,60)}=10,66$, $p=0,02$), tilgáta 2a. stóðst. Meðaltalsmunur á fyrri og seinni mælingu var 0,46. Námskeið dregur því úr aðhaldi í mataræði. Niðurstöður dreifigreiningar sýndu jafnframt að áhrif námskeiðs á aðhald í mataræði voru ekki háð því hvort námskeiðið var stutt eða langt ($F_{(1,60)}=0,99$, $p=0,324$). Tilgáta 2b. stóðst því. Í töflu 2 má sjá að meðaltalsmunur er meiri í stuttu námskeiði, 0,44 en í lengra námskeiðinu var munurinn 0,23.

Líkamsmynd

Tafla 3. Lýsandi tölfraði á niðurstöðum úr spurningalista um líkamsmynd

	Fyrri mæling		Seinni mæling		Meðaltalsmunur
	Meðaltal	Staðalfrávik	Meðaltal	Staðalfrávik	
Námskeið (n=62)	16,69	7,10	11,98	6,90	4,71
Stutt (n=32)	16,28	6,76	13,63	5,47	2,60
Langt (n=30)	17,13	7,55	10,23	7,88	6,90

Í töflu 3 má sjá lýsandi tölfraði fyrir spurningalista um líkamsmynd þátttakenda. Þar má sjá að meðaltöl beggja hópa lækka í seinni mælingunni sem bendir til þess að líkamsmynd þátttakenda batni eftir námskeiðið. Niðurstöður dreifigreiningar leiddu í ljós að það er tölfraðilega marktækur munur á líkamsmynd fyrir og eftir námskeið ($F_{(1,60)}= 20,25, p= 0,000032$), tilgáta 3a stóðst. Meðaltalsmunur á fyrri og seinni mælingu var 4,71. Niðurstöður dreifigreiningar sýndu að áhrif námskeiðs á líkamsmynd voru ekki háð því hvort námskeiðið var stutt eða langt ($F_{(1,60)}=4,00, p= 0,05011$). Tilgáta 3b stóðst. Munurinn á námskeiðslengdum var tölfraðilega ómarktækur en var þó nálægt því að vera marktækur. Í töflu 3 má sjá meðaltalsmun á fyrri og seinni mælingu. Meðaltalsmunur á stutta námskeiðinu var 2,60 en 6,90 á langa námskeiðinu.



Mynd 1. Munur á námskeiðslengd fyrir og eftir námskeið

Á mynd 1 má sjá meðaltalsmun á stuttu og löngu námskeiði. Meðaltalsmunur á stuttu námskeiði fyrir og eftir námskeið var 2,61 en á löngu námskeiði var munurinn 6,9.

Átröskunareinkenni

Tafla 4. Lýsandi tölfræði á niðurstöðum úr spurningalista um átröskunareinkenni

	Fyrri mæling		Seinni mæling		Meðaltalsmunur
	Meðaltal	Staðalfrávik	Meðaltal	Staðalfrávik	
Námskeið (n=62)	20,02	15,07	14,15	14,56	5,87
Stutt (n=32)	17,22	13,68	10,19	9,71	7,03
Langt (n=30)	23,00	16,13	18,37	17,60	4,63

Í töflu 4 má sjá lýsandi tölfræði fyrir meðaltöl og staðalfrávik á spurningalista um átröskunareinkenni. Tilgáta 4a stóðst því meðaltöl átröskunareinkenna lækka í seinni mælingu og er þessi munur tölfræðilega marktækur ($F_{(1,60)} = 17,42$, $p = 0,000098$). Námskeið dregur því úr átröskunareinkennum, meðaltalsmunur fyrir og eftir námskeið er 5,87. Niðurstöður dreifigreiningar sýndi einnig að áhrif námskeiðs á átröskunareinkenni voru ekki háð því hvort um stutt eða langt námskeið var að ræða ($F_{(1,60)} = 0,74$, $p = 0,394$). Tilgáta 4b stóðst. Í töflu 4 má sjá meðaltalsmun fyrir og eftir námskeið. Meðaltalsmunur á stuttu námskeiði er 7,03 en á löngu námskeiði 4,63.

Umræða

Mikill þrýstingur er frá samfélaginu að uppfylla ákveðin útlitsskilyrði. Meiri líkur eru á að konur séu í áhættuhópi og þrói með sér átraskanir en karlar (Striegel-Moore og Bulik, 2007). Mestar líkur eru á að stúlkur á aldrinum 15-24 ára þrói með sér átröskun af einhverju tagi (Hoek og van Hoeken, 2003), þess vegna er mikilvægt að forvörnum sé beitt nógu snemma til að koma í veg fyrir sjúkdóminn (Stice o.fl., 1998).

Forvarnir gegn átröskunum hafa skipst í almennar forvarnir og afmarkaðar forvarnir. Bæði kostir og gallar fylgja hvorri nálgun um sig og hafa þær borið misgóðan árangur. Rannsóknir hafa sýnt að afmarkaðar forvarnir sem nýta hugrænt misræmi draga einna mest úr áhættuþáttum átraskana (Becker o.fl., 2006; Stice o.fl., 2007). Með námskeiðinu *Body Project* er sérstaklega einblínt á fólk í áhættuhóp og þá áhættuþætti sem spá fyrir um átraskanir (Stice, 2004). Námskeiðið byggir á hugrænu misræmi, misræmi milli hugsunar og hegðunar. Þátttakendur eru hvattir til að hegða sér á annan hátt en skoðun þeirra segir til um. Á þann hátt myndast hugrænt misræmi og þátttakendur reyna að forðast óþægindi sem fylgja því með því að breyta viðhorfum sínum og þar með dregur úr áherslum á mikilvægi útlits (Stice og Presnell, 2007; Stice o.fl., 2008b). Becker og félagar (2005) nýttu einnig hugrænt misræmi í forvarnarnámskeiði sínu, en útgáfa þeirra er endurbætt útgáfa af *Body Project* námskeiðinu.

Elva Björk Ágústsdóttir og Sigrún Daníelsdóttir þýddu *Body Project* á íslensku og lögðu fyrir stúlkur í grunnskólum í Reykjavík. Niðurstaða þeirrar rannsóknar var að námskeiðið getur dregið úr áhættuþáttum átröskunar (Elva Björk Ágústsdóttir, 2011). Markmið þessarar rannsóknar var annars vegar að athuga hvort að námskeið sem byggir á hugrænu misræmi dragi úr áhættuþáttum átraskana og hins vegar að athuga hvort námskeiðslengd hafi áhrif á árangur af námskeiðunum með því bera saman lengri og styttri útgáfu *Body Project* námskeiðsins.

Aðdáun á grönnum vexti

Fyrsta tilgáta rannsóknarinnar var að námskeiðin myndu draga úr aðdáun stúlkna á grönnum líkamsvexti. Þessi tilgáta stóðst og drógu bæði námskeiðin úr aðdáun á

grönnum vexti. Einnig var sett fram tilgáta um að lengd námskeiða hefði ekki áhrif á árangur og studdu niðurstöður þá tilgátu. Mikilvægt er að draga úr aðdáun á grönnum vexti því rannsóknir hafa sýnt að konum líður illa með eigin líkama eftir að hafa séð myndir af grönnum fyrirsætum í fjölmiðlum (Dittmar og Howard, 2004). Rannsóknir hafa sýnt að það að þykja grannur líkamsvöxtur eftirsóknarverður getur einnig aukið áhættu á þróun átröskunar (Stice og Agras, 1999).

Þó ber að nefna að innri áreiðanleiki spurningalistans um útlitsviðmið var mjög lágur í þessari rannsókn. Það dregur þó ekki úr gildi þessara niðurstaðna því lélegur áreiðanleiki eykur í raun erfiðleika við að finna mun sem er til staðar á milli hópa. Það að hér hafi komið fram munur þrátt fyrir þennan galla mælitækisins ætti því aðeins að styrkja þá trú að raunverulegur munur sé til staðar. Hins vegar er ljóst að kanna þarf próffræðilega eiginleika listans og bæta hann til að hægt sé að nota hann frekar í rannsóknum hér á landi.

Aðhald í mataræði

Önnur tilgáta rannsóknarinnar var að námskeiðin myndu draga úr aðhald í mataræði. Þessi tilgáta stóðst og dró úr aðhaldi á mataræði eftir þátttöku á námskeiðunum. Einnig var sett fram tilgáta um að lengd námskeiðs skipti ekki máli við að draga úr aðhaldi í mataræði. Sú tilgáta stóðst sömuleiðis, styttri og lengri útgáfa námskeiðs höfðu jafn góð áhrif á aðhald í mataræði hjá stúlkum. Samkvæmt rannsóknum hafa tæplega 80% íslenskra stúlkna á aldrinum 18-24 ára farið í megrun (Þórdís Rúnarsdóttir, 2008). Stúlkur sem fara í stranga megrun eru 18 sinnum líklegri til að þróa með sér átröskun innan sex mánaða en þær sem ekki hafa farið í megrun (Patton o.fl., 1999). Það er því mikilvægt að forvarnir beinist að þessum þætti.

Líkamsmynd

Þriðja tilgáta rannsóknarinnar var að námskeiðin drægju úr slæmri líkamsmynd. Þessi tilgáta stóðst þar sem líkamsmynd batnaði eftir þátttöku á námskeiðinu. Tilgáta um að lengd námskeiðs hefði ekki áhrif stóðst einnig. Lengri og styttri útgáfa námskeiðsins höfðu jafn mikil áhrif á líkamsmynd stúlkanna. Þó ber að taka það fram að munur á milli námskeiða var mjög nálægt því að vera

marktækur. Lengra námskeiðið hefur meiri áhrif á líkamsmynd þátttakenda og er því hugsanlegt að lengra námskeiðið sé betur til þess fallið að bæta líkamsmynd stúlkna.

Rannsókn sem gerð var á megrun og líkamsmynd ungra barna sýndi að flest börn heyra fyrst um megrun hjá fjölskyldum sínum (Schur, Sanders og Steiner, 2000). Talið er að foreldrar geti verið lykilþáttur í þróun líkamsmyndar og áthegðunar hjá börnum. Börn allt niður í 8 ára lýsa óánægju sinni yfir eigin líkama og reyna að breyta líkamsþyngd sinni (Schur o.fl., 2000). Rannsókn Þórdísar Rúnarsdóttur (2008) sýndi einnig að 76% ungra kvenna eru óánægðar eða mjög óánægðar með líkama sinn. Mikilvægt er því að byrja snemma að efla líkamsmynd barna og unglinga og að slík vinna sé sjálfsagður hluti af geðrækt meðal ungmenna.

Átröskunareinkenni

Fjórða tilgáta rannsóknarinnar var að námskeiðin myndu draga úr átröskunareinkennum. Sú tilgáta stóðst þar sem átröskunareinkenni voru færri eftir námskeið en áður en þau hófust. Tilgáta um að námskeiðin hefðu samskonar áhrif á átröskunareinkenni óháð lengd stóðst einnig. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að forvarnarnámskeið sem byggja á hugrænu misræmi dregur úr átröskunareinkennum meðal stúlkna (Becker o.fl., 2006; Stice o.fl., 2008b).

Átraskanir geta haft alvarlegar afleiðingar og geta þær aukið líkur á öðrum geðröskunum, heilsufarsvandamálum og sjálfsvígstilraunum (Stice og Shaw, 2004). Rannsókn sem skoðaði tíðni átraskana á íslenskum ungmennum leiddi í ljós að 15% stúlkna væru með átröskun af einhverju tagi (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008). Mikilvægt er að reyna að koma í veg fyrir átröskun með forvörnum þar sem tíðni sjúkdómsins er há og alvarleiki hans mikill sem getur leitt til dauða sjúklinga.

Annmarkar

Annmarkar á þessari rannsókn eru þó nokkrir. Í fyrsta lagi var þátttakendafjöldi lítill. Einungis 30 stúlkur luku þátttöku í lengri útgáfu íslenska námskeiðsins og 32 stúlkur styttri útgáfunni, en mun fleiri í erlendum rannsóknum (Becker o.fl., 2006; Stice o.fl., 2001; Stice, Marti, Spoor, Presnell og Shaw, 2008a). Hins vegar

ætti lítill fjöldi þátttakenda að draga úr möguleikum á því að finna mun á milli hópa og því má túlka niðurstöður sem svo að þær styðji enn frekar við árangur námskeiðsins.

Í öðru lagi var brottfall töluvert (23,5%) samanborið við aðrar rannsóknir (Becker o.fl., 2006; Stice o.fl., 2001). Til að reyna að finna skýringar á því voru þyngdarstuðlar þeirra stúlkna sem dattu úr rannsókn skoðaðir samanborið við þær sem héldu áfram þátttöku. Það kom í ljós að í upphafi rannsóknarinnar voru 14% stúlkna yfir kjörþyngd en meðal stúlkna sem hættu rannsókn voru rúmlega 20% yfir kjörþyngd. Rannsóknir hafa sýnt að tengsl eru milli slæmrar líkamsmyndar og ofþyngdar (Pesa o.fl., 2000). Mögulegar ástæður fyrir þessu brottfalli geta því verið að stúlkur sem eru of þungar séu óöruggari með líkama sinn og þyki óþægilegt að ræða um útlit og líkamsmynd fyrir framan aðra. Ungur aldur stúlkanna gæti spilað hér inn í en stúlkur á þessum aldri miða sig gjarnan við aðra og vilja falla inn í ákveðna staðalmynd um útlit. Þær sem eru yfir kjörþyngd falla síður inn í þessa staðalmynd og er því mögulegt að þær upplifi sig útundan og falli ekki inn í hópinn.

Í þriðja lagi gætu þóknunaráhrif verið til staðar og haft áhrif á niðurstöður. Þóknunaráhrifa gætir þegar þátttakendur svara spurningalistum til að þóknast rannsakerndum og breyta því svörum sínum.

Rannsakerndur telja mikilvægt að frekari rannsóknir á íslenskri útgáfu *Body Project* verði gerðar til þess að meta árangur til lengri tíma. Mikilvægt er að frekari rannsóknir á námskeiðinu geri ráð fyrir samanburðarhópi til þess að útiloka að þær breytingar sem verða á svörum þátttakenda stafi af öðru en áhrifum inngrípsins sem verið er að meta. Í rannsókn Elvu Bjarkar Ágústsdóttur (2011) voru bæði íhlutunarhópur og samanburðarhópur. Það kom fram munur á hópunum sem gaf til kynna árangur námskeiðsins.

Eins og erlend fyrirmynd námskeiðsins er íslenska námskeiðið ekki auglýst sem forvörn gegn átröskunum heldur námskeið til að efla líkamsmynd og líðan (Stice og Presnell, 2007). Samkvæmt fyrri rannsókn á íslenskri útgáfu námskeiðsins höfðu ekki allir þátttakendur sem skráðu sig á námskeiðið slæma líkamsmynd (Elva Björk Ágústsdóttir, 2011). Þær stúlkur sem ekki hafa slæma líkamsmynd eru ekki í áhættuhóp fyrir átröskun og geta haft áhrif á niðurstöður þar sem námskeiðið er ef til vill ekki að bæta líkamsmynd þeirra. Ein leið til að

draga úr þessum áhrifum væri að skima fyrir slæmri líkamsmynd hjá stúlkum í grunnskólum landsins. Það mætti þá bjóða þeim stúlkum sem mælast með slæma líkamsmynd þátttöku á námskeiðinu í stað þess að auglýsa námskeiðið. Það kemur í veg fyrir að stúlkur sem ekki hafa slæma líkamsmynd sæki námskeiðið.

Ef rannsóknin yrði endurtekin væri gott að stækka úrtak, hafa samanburðar- og tilraunahóp og skoða áhrif til lengri tíma til að fá sem bestar niðurstöður.

Samantekt

Niðurstöður þessarar rannsóknar samræmast niðurstöðum fyrri rannsókna (Becker o.fl., 2006; Stice o.fl., 2008b) þar sem þátttaka á *Body Project* námskeiðinu dró úr áhrifum aðhalds í mataræði, óánægju með líkamsvöxt, aðdáun á grönnum vexti og átröskunareinkennum. Þessar niðurstöður gefa til kynna að gagnlegt geti verið að innleiða þetta námskeið í grunnskólum landsins. Það væri jafnvel nauðsynlegt að byrja markvissa vinnu með líkamsmynd meðal yngri barna í grunnskólum þar sem rannsóknir benda til að hún geti verið slæm hjá börnum allt niður í ungan aldur (Schur o.fl., 2000).

Rannsókn Elvu Bjarkar Ágústsdóttur (2011) skoðaði árangur *Body Project* námskeiðsins á Íslandi. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að námskeið dregur úr aðdáun á grönnum vexti og einkennum átröskunar. Námskeiðið dró aftur á móti ekki úr aðhaldi í mataræði og bætti ekki líkamsmynd stúlkna eftir þátttöku. Ef bornar eru saman niðurstöður rannsóknar Elvu Bjarkar Ágústsdóttur (2011) og niðurstöður þessarar rannsóknar er árangur námskeiðsins ekki sambærilegur hvað varðar líkamsmynd og aðhald í mataræði. Muninn á niðurstöðum rannsóknanna mætti skýra með fjölda þátttakenda, en þátttakendur voru töluvert fleiri í þessari rannsókn.

Þessi rannsókn bar saman tvær útgáfur (styttri og lengri) forvarnarnámskeiðs gegn átröskunum þar sem notast var við hugrænt misræmi til að ýta undir viðhorfsbreytingu meðal þátttakenda. Niðurstöður leiddu í ljós að enginn munur er á árangri námskeiðsins eftir lengd, hvorki hvað snertir aðdáun á grönnum vexti, átröskunareinkennum, líkamsmynd eða aðhaldi í mataræði. Við teljum hins vegar að það geti verið betra og hagkvæmara að leggja styttra námskeiðið fyrir þar sem það er mögulega auðveldara að ná til fleiri þátttakenda.

Leitni gagna var þó í þá átt að líkamsmynd batnaði meira eftir þátttöku á lengra námskeiðinu þrátt fyrir að munur milli námskeiða hafi ekki náð marktækt hvað þetta varðar. Skýringin gæti verið sú að það tiki lengri tíma að breyta líkamsmynd þátttakenda en öðrum þáttum sem mældir voru. Frekari rannsókna, sem fylgja þátttakendum eftir að þátttöku lokinni, er þörf til þess að varpa skýrara ljósi á áhrif námskeiðanna til lengri tíma og hvort árangur sé varanlegur. Hægt væri til dæmis að senda þátttakendum spurningalistana einu ári eftir þátttöku á námskeiðinu.

Í útgáfu Becker og féлага (2006) af námskeiðinu var prófað að þjálfarar hjúkrunarfræðinga, kennara, námsráðgjafa og samnemendur til að leggja námskeiðið fyrir. Niðurstöðurnar sýndu að áhrif námskeiðsins voru jafn mikil og þegar þjálfarar sálfræðingar stýrðu því. Það er afar jákvætt sé horft til þess að fyrirlögn verður fyrir vikið auðveldari og kostnaður minni. Engin fyrirstaða ætti að vera fyrir því að þjálfarar aðra en sálfræðinga hér á landi til að halda námskeiðið líkt og gert var í umræddri rannsókn. Einnig hefur það áhrif á kostnað að námskeiðið sé einungis lagt fyrir í tvö skipti en ekki fjögur. Við teljum að styttra námskeiðið hafi þann kost að hver námskeiðstími nýtist betur þar sem það tekur alltaf smá tíma að komast af stað í nýrri kennslustund. Lengra námskeiðið er aðeins ein klukkustund í senn og því má gera ráð fyrir að tíminn nýtist mögulega verr en í því stutta.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að námskeiðið *Body Project* beri árangur óháð námskeiðslengd. Þó ekki hafi komið fram sjáanlegur munur á árangri námskeiðanna telja rannsakendur fleiri kosti fylgja því að leggja styttra námskeiðið fyrir. Mikilvægt er að leggja námskeiðið fyrir þær stúlkur sem hafa slæma líkamsmynd og að námskeiðið fái útbreiðslu í grunnskólum landsins.

Heimildir

- Abascal, L., Brown, J.B., Winzelberg, A.J., Dev, P. og Taylor, B. (2003). Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 1-9.
- Ackard, D.M., Croll, J.K. og Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 129-136.
- Agras, W.S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371-379.
- Ahern, A.L., Bennett, K.M. og Hetherington, M.M. (2008). Internalization of the ultra-thin ideal: Positive implicit associations with underweight fashion models are associated with drive for thinness in young women. *Eating Disorders*, 16, 294-307.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.útgáfa, Text Revision). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Álfgeir Logi Kristjánsson, Hrefna Pálsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jón Sigfússon (2008). *Vímuefnanotkun framhaldsskólanema á Íslandi: rannsókn meðal framhaldsskólanema á Íslandi árið 2007, samanburður rannsókna frá 2000, 2004 og 2007*. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Becker, C., Smith, L.M. og Ciao, A.C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 36, 245-254.
- Becker, C., Smith, L.M. og Ciao, A.C. (2006). Peer facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 550-555.
- Berger, K. (2005). *The developing person through childhood and adolescence*. (6. útg.). New York: Worth Publishers.
- Bergstrom, R.L. og Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 975-1000.
- Bjerva, E.K., Haugen, R. og Stordal, S. (2003). *Líf og heilsa*. (Elísabet Gunnarsdóttir, Guðrún Hildur Ragnarsdóttir, Eva Benediktsdóttir og Þuríður Þorbjarnardóttir þýddu). Reykjavík: Mál og menning. (Upphaflega gefið út 1998).

- Brownell, K.D. (1991). Personal responsibility and control over our bodies: when expectation exceeds reality. *Health Psychology, 10*, 303-310.
- Cash, T.F. og Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 107-125.
- Cash, T.F. og Grasso, K. (2005). The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct. *Body Image, 2*, 199-203.
- Cash, T.F., Phillips, K.A., Santos, M.T. og Hrabosky, J.I. (2004). Measuring „negative body image“: Validation of the body image disturbance questionnaire in a non-clinical population. *Body Image, 1*, 363-372.
- Davison, K.K., Markey, C.N. og Birch, L.L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International journal of Eating Disorders, 33*, 320-332.
- Dittmar, H. (2008). *Consumer culture, identity and well-being: The search for the 'good life' and the 'body perfect'*. Psychology Press: Hove and New York.
- Dittmar, H. og Howard, S. (2004). Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models' impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 768-791.
- Dohnt, H.K. og Tiggemann, M. (2005). Peer influences on body dissatisfaction and dieting awareness in young girls. *British journal of Developmental Psychology, 23*, 103-116.
- Drewett, R. (2007). *The nutritional psychology of childhood*. Cambridge University Press: Edinburgh.
- Elva Björk Ágústsdóttir. (2011). *Líkamsmyndarnámskeiðið Body project: Rannsókn á árangri forvarnarnámskeiðs gegn átröskunum*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, Heilbrigðisvísindasvið.
- 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.
- Farrell, L.J. og Barrett, P.M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health, 12*, 58-65.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.

- Franko, D.L. og Orosan-Weine, P. (1998). The prevention of eating disorders: Empirical, methodological, and conceptual considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 459-477.
- Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Gordon, R.A. (2000). *Eating disorders: anatomy of a social epidemic* (2.útgáfa). Oxford, Blackwell Publishers.
- Gowers, S.G. (2006). Evidence based research in CBT with adolescent eating disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 9-12.
- Grabe, S., Ward, L.M. og Hyde, J.S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460-476.
- Green, M., Scott, N., Diyankova, I., Gasser, C. og Pederson, E. (2005). Eating disorder prevention: An experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. *Eating Disorders*, 13, 157-169.
- Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: Thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 289-323.
- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M. og Marmor, A.K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-859.
- Hoek, H.W. og van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Johnson, R.L. (2002). Pathways to adolescent health: Early intervention. *Journal of Adolescent Health*, 31, 240-250.
- Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. og Offord, D.R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. og Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Kostanski, M. og Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 255-262.

- Leippe, M.R. og Eisenstadt, D. (1994). Generalization of dissonance reduction: Decreasing prejudice through induced compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 395-413.
- Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R.H. og Seeley, J.R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.
- Maggs, J.L., Schulenberg, J. og Hurrelmann, K. (1996). *Developmental transitions during adolescence: Health promotion implications*. New York: Cambridge University Press.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A. og Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health psychology*, 16, 215-255.
- McVey, G., Tweed, S og Blackmore, E. (2007). Healthy schools-healthy kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body image*, 4, 115-136.
- Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A.H. og Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Cambridge University Press*, 20, 383-394.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B. og Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Paxton, S.J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J. og Eisenberg, M.E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 539-549.
- Pesa, J.A., Syre, T.R. og Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *Journal of Adolescent Health*, 26, 330-337.
- Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18, 447-475.
- Polivy, J. og Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Reykjavíkurborg. (2005). *Forvarnarstefna Reykjavíkurborgar*. Reykjavíkurborg: Forvarnarnefnd.

- Schur, E.A, Sanders, M. og Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Shaw, H., Stice, E. og Becker, B.C. (2009). Preventing eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 199-207.
- Sigrún Daníelsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jakob Smári. (2007). Megrun meðal íslenskra unglunga og tengsl við líkamsmynd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni. *Sálfræðiritið*, 15, 85-100.
- Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2006). Átraskanir: Einkenni, framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. *Læknablaðið*, 92, 97-104.
- Stice, E. (2001). A Prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E. og Agras, W.S. (1999). Subtyping bulimics along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 460-469.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. og Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247-262.
- Stice, E., Fisher, M. og Martinez, E. (2004). Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of reliability and validity. *Psychological Assessment*, 16, 60-71.
- Stice, E., Marti, C.N., Spoor, S., Presnell, K. og Shaw, H. (2008a). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 329-340.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. og Agras, W.S. (2000a). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206-217.
- Stice, E., Presnell, K., Gau, J. og Shaw, H. (2007). Testing mediators of interventions effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 20-32.

- Stice, E. og Presnell, K. (2007). *The body project. Promoting body acceptance and preventing eating disorders*. New York: Oxford University Press.
- Stice, E. og Ragan, J. (2002). A controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159-171.
- Stice, E. og Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Stice, E., Shaw, H., Becker, C.B. og Rohde, P. (2008b). Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: Using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 9, 114-128.
- Stice, E., Shaw, H. og Nemeroff, C. (1998). A longitudinal test of the dual pathway model of bulimia nervosa. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 129-149.
- Stice, E., Telch, C.F. og Rizvi, S.L. (2000b). Development and validation of the eating disorder diagnostic scale: A brief self-report measure for anorexia, bulimia and binge eating disorder. *Psychological Assessment*, 12, 123-131.
- Striegel-Moore, R.H. og Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181-198.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., Frensch, P. og Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 499-509.
- Sullivan (2002). Course and outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Í K.D. Brownell og C.G. Fairburn (Ritsstj.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2. útgáfa) (bls. 226-230). New York: Guilford Press.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. og Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thorsteinsdottir, G. og Ulfarsdottir, L. (2008). Eating Disorders in College Students in Iceland. *The European Journal of Psychiatry*, 22, 107-115.
- Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J. og Bulik, C.M. (2002). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
- van Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. og Defares, P.B. (1986a). The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.

- van Strien, T., Frijters, J.E.R., van Staveren, W.A., Defares, P.B. og Deurenberg, P. (1986b). The predictive validity of the Dutch restrained eating scale. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 747-755.
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G. og Ward, D.S. (2011). Bodily deviations and body image in adolescence. *Youth and Society*. Sótt 22.nóvember 2011 af <http://yas.sagepub.com/content/early/2011/03/06/0044118X11402850.full.pdf+html>.
- Wilcox, K. og Laird, J.D. (2002). The impact of media images of super-slender women on women's self-esteem: Identification, social comparison and self perception. *Journal of Research on Personality*, 34, 278-286.
- World Health Organization (WHO). (2007). *BMI for age (5-19 years)*. Sótt þann 23.janúar 2012 af http://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_z_5_19years.pdf
- Þórdís Rúnarsdóttir. (2008). *Konur í kjörþyngd telja sig of þungar*. Sótt 1.desember 2011 af: http://www.hi.is/is/frettir/konur_i_kjorthyngd_telja_sig_of_thungar

Viðauki

Spurningalisti um útlitsviðmið

Ideal body stereotype scale - revised

Hversu mikið ertu sammála þessum staðhæfingum?

	Mjög ósammála		Hlutlaus		Mjög sammála
1. Grannar konur eru meira aðlaðandi	1	2	3	4	5
2. Konur sem eru í góðu formi eru meira aðlaðandi	1	2	3	4	5
3. Hávaxnar konur eru meira aðlaðandi	1	2	3	4	5
4. Konur með stinnan líkama eru meira aðlaðandi	1	2	3	4	5
5. Konur með "lögulegan" líkama eru meira aðlaðandi	1	2	3	4	5
6. Konur með langa fótleggi eru meira aðlaðandi	1	2	3	4	5

Stice, 2001

Þýtt af Elvu Björk Ágústsdóttur og Sigrúnu Daníelsdóttur, 2009

Spurningalisti um um röskun líkamsmýndar

Body Image Disturbance Questionnaire

Þessi spurningalisti metur áhyggjur af líkamlegu útliti. Vinsamlegast lestu hverja spurningu vandlega og merktu við það svar sem á best við um þig eða skrifaðu niður þegar beðið er um það.

1A. Hefur þú áhyggjur af útliti ákveðinna hluta líkama þíns, sem þú telur sérlega óaðlaðandi ?
(Vinsamlegast gerðu hring utan um svarið sem á best við um þig)

1	2	3	4	5
Hef engar áhyggjur	Hef nokkrar áhyggjur	Hef miðlungs áhyggjur	Hef miklar áhyggjur	Hef mjög miklar áhyggjur

1B. Hverjar eru þessar áhyggjur? Hvað er það nákvæmlega sem angrar þig varðandi útlit þessara líkamshluta?

2A. Ef þú hefur einhverjar áhyggjur, ertu mjög upptekin af þessum áhyggjum? Það er, hugsar þú mikið um þær og er erfitt að hætta að hugsa um þær? (Vinsamlegast gerðu hring utan um svarið sem á best við um þig).

1	2	3	4	5
Hugsa ekkert um þær	Hugsa lítið um þær	Hugsa miðlungs mikið um þær	Hugsa mikið um þær	Hugsa mjög mikið um þær

2B. Hvaða áhrif hafa þessar áhyggjur af útliti þínu haft á líf þitt? (Vinsamlegast útskýrðu).

3. Hefur þessi líkamlegi „galli“ oft valdið þér vanlíðan, kvöl og þjáningu? Hversu mikið?
(Vinsamlegast gerðu hring utan um svarið sem á best við um þig).

1	2	3	4	5
Engin vanlíðan	Lítill vanlíðan, hefur ekki mikil áhrif á mig	Miðlungs vanlíðan en viðráðanleg	Mikil vanlíðan sem hefur mikil áhrif á mig	Mjög mikil vanlíðan sem hefur gríðarleg áhrif á mig

4. Hefur þessi líkamlegi „galli“ valdið truflun í samskiptum, skóla, vinnu eða á öðrum sviðum? Hversu mikilli? (Vinsamlegast gerðu hring utan um svarið sem á best við um þig).

1	2	3	4	5
Engin truflun	Nokkur truflun en hefur ekki áhrif á virkni	Miðlungs truflun en viðráðanlegt	Mikil truflun sem hefur mikil áhrif á virkni	Mjög mikil truflun, lamandi áhrif á virkni

5A. Hefur þessi líkamlegi „galli“ haft veruleg áhrif á félagslíf þitt? Hversu mikið?
(Vinsamlegast gerðu hring utan um svarið sem á best við um þig).

1	2	3	4	5
Aldrei	Einstaka sinnum	Miðlungs oft	Oft	Mjög oft

5B. Ef svo er, hvernig þá?

6A. Hefur þessi líkamlegi „galli“ haft veruleg áhrif á nám, starf eða hæfni þína að öðru leyti? Hversu mikið? (Vinsamlegast gerðu hring utan um svarið sem á best við um þig).

1	2	3	4	5
Aldrei	Einstaka sinnum	Miðlungs oft	Oft	Mjög oft

6B. Ef svo er, hvernig þá?

7A. Forðast þú einhverntíman að gera eitthvað vegna þessa líkamlega „galla“ þíns? Hversu oft? (Vinsamlegast gerðu hring utan um svárið sem á best við um þig).

1	2	3	4	5
Aldrei	Einstaka sinnum	Miðlungs oft	Oft	Mjög oft

7B. Ef svo er, hvað forðast þú ?

Spurningalisti um áthegðun

Dutch Eating Behaviour Questionnaire

Van Strien, Frijters, Bergers og Defares, 1986

Þýtt af Sigrúnu Daníelsdóttur og Elvu Björk Ágústsdóttur, 2009

Dragðu hring um svarið sem á best við:	aldrei	Sjaldan	stundum	oft	alltaf
1. Ef þú hefur bætt á þig, reynir þú þá að borða minna en þú gerir venjulega?.....	1	2	3	4	5
2. Reynir þú að borða minna á matmálistímum en þú myndir vilja?.....	1	2	3	4	5
3. Hversu oft afþakkar þú mat eða drykk af því þú hefur áhyggjur af þyngd þinni?.....	1	2	3	4	5
4. Fylgstu nákvæmlega með því sem þú borðar?.....	1	2	3	4	5
5. Reynir þú viljandi að borða mat sem er grennandi?.....	1	2	3	4	5
6. Þegar þú hefur borðað yfir þig, borðarðu þá minna en venjulega næstu daga?.....	1	2	3	4	5
7. Reynir þú viljandi að borða minna til þess að þyngjast ekki?.....	1	2	3	4	5
8. Hversu oft reynir þú að borða ekki á milli mála af því þú ert að passa þyngdina?.....	1	2	3	4	5
9. Hversu oft reynir þú að borða ekki á kvöldin af því þú ert að passa þyngdina?.....	1	2	3	4	5
10. Hefur þyngd þín áhrif á hvað þú velur þér að borða?.....	1	2	3	4	5

Skimunarlisti fyrir átraskanir

Eating Disorder Diagnostic Scale

Vinsamlegast lestu hverja spurningu mjög vandlega
og svaraðu öllum spurningum eins vel og þú getur
Vinsamlegast biðu um aðstoð ef þú þarft

Síðastliðna 3 mánuði...

	Alls ekki	Örlítið	Nokkuð	Mjög mikið			
1. Hefur þér fundist þú vera feit?.....	0	1	2	3	4	5	6
2. Hefur þú fundið fyrir ótta við að fitna eða verða feit?.....	0	1	2	3	4	5	6
3. Hefur þyngd þín haft áhrif á hvernig þú metur sjálfa þig sem manneskju?.....	0	1	2	3	4	5	6
4. Hefur líkamsvöxtur þinn haft áhrif á hvernig þú metur sjálfa þig sem manneskju?..	0	1	2	3	4	5	6

5. Hafa komið skipti síðastliðna 6 mánuði, þar sem þér finnst þú hafa borðað, það sem aðrir myndu segja að væri óvenju mikið magn af mat (t.d. fimm súkkulaðistykki), miðað við aðstæður?

JÁ NEI

Ef spurningu 5 er svarað neitandi, vinsamlegast farðu á spurningu 15 annars vinsamlegast svaraðu spurningunum hér fyrir neðan:

6. Í þessi skipti þar sem þér finnst þú hafa borðað óvenju mikið magn af mat, fannst þér þú missa stjórn (eins og þú gætir ekki hætt að borða eða stjórnað því hvað þú borðaðir mikið)?

JÁ NEI

7. Hversu marga DAGA Á VIKU að meðaltali yfir síðastliðna 6 MÁNUÐI hefur þú borðað óvenju mikið magn af mat OG fundist þú missa stjórn?

0 1 2 3 4 5 6 7

8. Hversu mörg **SKIPTI Á VIKU** að meðaltali (ATH. það geta verið mörg skipti á einum degi) yfir **síðastliðna 3 MÁNUÐI** hefur þú borðað óvenju mikið magn af mat OG fundist þú missa stjórn?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Á meðan á þessum skiptum stóð, þar sem þú borðaðir yfir þig og misstir stjórn.....

9. Borðaðir þú þá mun hraðar en venjulega?.....	JÁ	NEI
10. Borðaðir þú þangað til þú varst óþægilega södd?.....	JÁ	NEI
11. Borðaðir þú mikið magn af mat án þess að vera líkamlega svöng?....	JÁ	NEI
12. Borðaðir þú ein af því þú skammaðist þín fyrir hvað þú borðaðir mikið?.....	JÁ	NEI
13. Fannstu fyrir ógeði á sjálfri þér, varstu mjög döpur eða fékkstu mikið samviskubit eftir að hafa borðað svona mikið?.....	JÁ	NEI
14. Komstu í mikið uppnám yfir því að hafa borðað of mikið eða þeirri þyngdaraukningu sem fylgdi?.....	JÁ	NEI

15. Hve mörgum sinnum á viku að meðaltali undanfarna **3 mánuði** hefur þú framkallað uppköst til þess að koma í veg fyrir þyngdaraukningu eða afturkalla áhrif þess að hafa borðað?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

16. Hve mörgum sinnum á viku að meðaltali undanfarna **3 mánuði** hefur þú notað hægðarlyf eða þvagræsilyf til þess að koma í veg fyrir þyngdaraukningu eða afturkalla áhrif þess að hafa borðað?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

17. Hve mörgum sinnum á viku að meðaltali undanfarna **3 mánuði** hefur þú fastað (slept a.m.k. 2 máltíðum í röð) til þess að koma í veg fyrir þyngdaraukningu eða afturkalla áhrif þess að hafa borðað?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

18. Hve mörgum sinnum á viku að meðaltali undanfarna **3 mánuði** hefur þú stundað óhóflega líkamsrækt sérstaklega til þess að koma í veg fyrir þyngdaraukningu eða afturkalla áhrif þess að hafa borðað?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

19. Hversu þung ertu? Ef þú ert óviss, áætlaðu þá eins vel og þú getur:

_____ kg.

20. Hversu há ertu? Vinsamlegast gefðu svar í sentimetrum (t.d. 160 cm.)

_____ cm.

21. Hvað hefur þú misst úr margar blæðingar síðastliðna **3 mánuði**?

0 1 2 3

22. Hefur þú verið að taka getnaðarvarnarpillu síðastliðna **3 mánuði**?.....

JÁ NEI