

Sammenhænge mellem risikoadfærd for spiseforstyrrelser og Short Form-36 samt selvoplevet stress blandt 16-29-årige danske kvinder

Overlæge Mette Waadegaard, statistiker Michael Davidsen & cand.psych. Mette Kjølner

Statens Institut for Folkesundhed

Resume

Introduktion: For at forbedre mulighederne for tidlig opsporing af spiseforstyrrelser blev det undersøgt, om kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser har dårligere helbredsrelateret livskvalitet og mere selvoplevet stress end kvinder uden risikoadfærd.

Materiale og metoder: Undersøgelsen er en repræsentativ tvær-snittsundersøgelse af kvinder på 16-29 år og er en del af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2005. Efter det personlige interview returnerede 487 kvinder det besvarede spørgeskema. Besvarelsesprocent var 53,3. Deltagerne besvarede *Risk behaviour related to eating disorders – 8 items*, som er et screeningsinstrument til opsporing af risikoadfærd for spiseforstyrrelser, samt Short Form-36 og *perceived stress scale* (PSS).

Resultater: Kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser scorer lavere på alle subskalaer af SF-36 end kvinder uden risikoadfærd, og forskellene er signifikante for subskalaerne psykisk velbefindende, vitalitet, social funktion og alment helbred. Ligeledes scorer de gennemsnitligt højere på PSS end kvinder uden risikoadfærd.

Konklusion: Kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser er belastede af dårlig psykisk helbredsrelateret livskvalitet, ligesom de oplever dagligdagen som mere uforudsigelig, stresset og belastende.

Spiseforstyrrelser rammer især piger og unge kvinder og medfører ofte langvarig sygdom med tilbagefald og alvorlige psykiske, fysiske og sociale problemer [1, 2]. Der fokuseres ofte udelukkende på de specifikke symptomer i beskrivelsen af spiseforstyrrelsen og af prognosen. Mere sjældent benyttes der en bredere social og personlig kontekst i form af mål for livskvalitet i vurderingen af konsekvenser af sygdommen og af behandlingsresultaterne. Standardiserede instrumenter kan give sammenlignelige informationer om helbredsrelateret livskvalitet såvel for patienter med spiseforstyrrelser som for andre patienter [3, 4].

Patienter med spiseforstyrrelser lider ofte af et lavt selvverd, der bidrager til oplevelsen af psykisk belastning og stress og dermed også til en dårlig livskvalitet [5, 6]. Traumatiske begivenheder og oplevelse af stress og belastninger anses for at være medvirkende psykosociale risikofaktorer for udvikling af visse psykiatiske lidelser, f.eks. depression [7],

men også for udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelser [8, 9].

Det er afgørende i forhold til prognosen for spiseforstyrrelser at sætte ind med tidlig opsporing og behandling [2]. Risikoadfærd for spiseforstyrrelser er et samlet udtryk for tidlige tegn på spiseforstyrret adfærd og er defineret som adfærd og holdninger i forhold til selvfølelse, kropsopfattelse, spisevaner og metoder til vægttab, hvilket øger risikoen for at få kliniske spiseforstyrrelser og fysiske helbredsproblemer samt opleve nedsat psykosocial funktion og trivsel [10, 11].

Enkelte spørgsmål fra Short Form (SF)-36 vedrørende psykisk helbredsrelateret livskvalitet er i et andet studie benyttet til at påvise, hvorledes der blandt yngre kvinder på 16-29 år ses signifikante sammenhænge mellem forskellige psykiske gener og symptomer og en øget forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser [12].

Formål

For at forbedre mulighederne for tidlig opsporing af spiseforstyrret adfærd, ønsker vi i dette studie at undersøge, om kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser har dårligere helbredsrelateret livskvalitet målt med SF-36 og mere selvoplevet stress målt med *perceived stress scale* (PSS) end kvinder uden risikoadfærd.

Materiale

Undersøgelsen er en repræsentativ tvær-snittsundersøgelse af kvinder på 16-29 år, idet den er en del af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2005 [13]. Data blev indsamlet via personlige interview, og herefter blev deltagerne bedt om at besvare et selvadministreret spørgeskema. Studiepopulationen bestod af i alt 487 kvinder på 16-29 år, og der var en endelig besvarelsesprocent på 53,3. Halvdelen af kvinderne var uddannelsessøgende, og halvdelen var enlige, og ca. 5% var født uden for Danmark. Ingen af de sociodemografiske karakteristika havde effekt på forekomsten af risikoadfærd for spiseforstyrrelser. Effekten af bortfaldet på forekomsten af risikoadfærd blev undersøgt ved kalibreringsanalyser. Disse viste, at der ikke fandtes nogen effekt på forekomsten af risikoadfærd fra bortfaldet. For en nærmere beskrivelse af studiepopulationen og bortfaldsanalyser henvises til [12].

Metode

Nedenstående instrumenter fra det selvadministrerede spørgeskema fra SUSY-2005 blev benyttet i dette studie.

Tabel 1. De otte spørgsmål i *Risk behaviour related to eating disorders – 8 items*.

| Nr. | Spørgsmål |
|-----|--|
| 1 | Jeg har dårlig samvittighed, når jeg spiser slik |
| 2 | Jeg er på slankekur |
| 3 | Jeg er tilfreds med mine spisevaner |
| 4 | Jeg kaster op for at komme af med det, jeg har spist |
| 5 | Det er ubehageligt for mig at spise sammen med andre |
| 6 | Jeg er bange for, at jeg ikke kan holde op med at spise, når jeg først er begyndt |
| 7 | Jeg føler, det er nødvendigt at følge en streng diæt eller overholde andre madritualer for at kontrollere, hvad jeg spiser |
| 8 | Jeg føler, at mit ønske om at tabe mig har taget overhånd |

Risk behaviour related to eating disorders – 8 items (RiBED-8) er et kort screeningsinstrument til identifikation af risikoadfærd for spiseforstyrrelser blandt kvinder og er valideret i et spørgeskemastudie med efterfølgende kliniske interview blandt 14-21-årige skole- og gymnasieelever i 1996 og i en opfølgingsundersøgelse i 1998 [10, 11]. Instrumentet indeholder i alt otte simple spørgsmål, med hvilke man kan identificere kvinder med risikoadfærd.

Der er fire svarmuligheder: »meget ofte«, »ofte«, »sjældent«, »aldrig« eller »rigtigt«, »næsten rigtigt«, »kun lidt rigtigt«, »forkert«. Tre positive besvarelser indikerer risikoadfærd. De psykometriske egenskaber er fundet tilfredsstillende. Sensitiviteten er 0,89, specificiteten er 0,64. Personer, der har risikoadfærd, har senere 5,6 gange øget forekomst af spiseforstyrrelser [10, 11]. **Tabel 1** viser RiBED-8-spørgsmålene.

SF-36 er et generisk mål for helbredsstatus, idet man måler den generelle helbredsstatus i befolkningen og inddrager positive helbredsaspekter på flere områder (alment helbred, vitalitet og psykisk velbefindende). SF-36 er udviklet i USA og er senere oversat og valideret i Danmark [14]. Der er i alt otte SF-36-subskalaer, hvor scoren går fra 0 til 100, altså jo højere score, jo bedre helbred.

Følgende skalaer vedrører det fysiske helbred: fysisk funktion (PF), fysisk betingede begrænsninger (RP) og fysisk smerte (BP). Både fysisk og psykisk helbred afspejles i følgende skalaer: alment helbred (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF). Det psykiske helbred afspejles i de sidste to skalaer psykisk betingede begrænsninger (RE) og psykisk velbefindende (MH).

Perceived stress scale (PSS) er en skala med ti spørgsmål, hvormed man måler, i hvilken grad forskellige situationer blev oplevet som belastende i den seneste måned. PSS er designet til at måle, hvor uforudsigeligt, ukontrolleret og belastende livet opleves af den, der besvarer spørgsmålene [15]. Svarene til hvert af de ti spørgsmål bliver målt på en Likert-skala fra 0 til 4, og total PSS-score går fra 0 til 40, jo højere score, jo større oplevelse af stress. PSS er oversat til dansk og er bl.a. benyttet i et befolkningsstudie vedrørende depression [7].

Statistiske metoder

Alle, der ikke besvarede alle otte spørgsmål i RiBED-8, blev udelukket af analyserne. Alle resultater blev vægtede for at kompensere for regional stratificering i stikprøven [13].

Normtal for SF-36 og PSS blev udregnet som gennemsnitsværdier baseret på alle kvinder i aldersgruppen 16-29 år i SUSY-2005. Til at belyse effekten af risikoadfærd for spiseforstyrrelse på de otte SF-36-subskalaer og PSS blev der anvendt regressionsanalyse med kontrol for såvel alder som for alder og *body mass index* (BMI). Der er brugt 95% konfidensintervaller (KI).

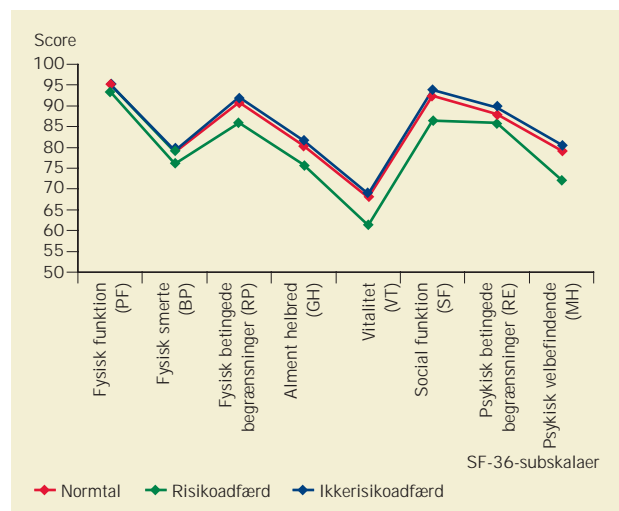
Resultater

I alt 472 kvinder besvarede alle otte spørgsmål på RiBED-8-skalaen. For hele aldersgruppen var forekomsten af risikoadfærd for spiseforstyrrelser 19%, uden aldersforskelle, ej heller efter kontrol for BMI [12].

Figur 1 viser, at kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser scorer lavere på alle otte SF-36-subskalaer end kvinder uden risikoadfærd og normscoren for aldersgruppen.

I **Tabel 2** vises differencer mellem scorer for personer med og uden risikoadfærd for spiseforstyrrelser. Kvinder med risikoadfærd scorede 93,4 og kvinder uden risikoadfærd scorede 95,2 på subskalaen PF. Differencen i scoringen var -1,8 (konfidensinterval (KI): -4,5; 1,0). Herefter kontrolleredes differencen for henholdsvis aldersgruppe og BMI-gruppe, og differencen var stadig insignifikant.

På samme måde ses, at selv om kvinder med risikoadfærd scorede lavere end kvinder uden risikoadfærd, var der ikke signifikant forskel i scoringer med SF-36-subskalaerne BP og RE. RP ses at have en signifikant difference i scoring før og efter kontrol for alder, den forsvinder dog efter kontrol for såvel aldersgruppe som BMI-gruppe, hvor differencen nu er -5,3 (KI: -10,9; 0,3).



Figur 1. Short Form (SF)-36-normtal, risikoadfærd og ikke risikoadfærd for spiseforstyrrelser.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Forekomst af risikoadfærd for spiseforstyrrelser og Short Form-36 med otte subskalaer samt *perceived stress scale* (PSS).

| | Normalt | Risiko- adfærd (n = 91) | Ikke- risiko- adfærd (n = 396) | Difference (KI) | Difference kontrolleret for alder (KI) | Difference kontrolleret for alder og body mass index (KI) |
|--------------------------------------|---------|-------------------------------|---|-------------------------|--|--|
| Fysisk funktion (PF) | 95,3 | 93,4 | 95,2 | -1,8 (-4,5; 1,0) | -1,7 (-4,4; 1,0) | -1,1 (-3,9; 1,6) |
| Fysisk smerte (BP) | 78,8 | 76,1 | 79,3 | -3,3 (-8,0; 1,5) | -3,3 (-8,0; 1,5) | -2,7 (-7,5; 2,1) |
| Fysisk betingede begrænsninger (RP) | 90,8 | 86,0 | 92,1 | -6,1* (-11,6; -0,7) | -6,0* (-11,5; -0,6) | -5,3 (-10,9; 0,3) |
| Alment helbred (GH) | 80,4 | 75,9 | 81,7 | -5,8* (-9,6; -2,1) | -5,8* (-9,6; -2,0) | -6,1* (-9,9; -2,3) |
| Vitalitet (VT) | 68,0 | 61,3 | 68,8 | -7,5* (-11,4; -3,5) | -7,4* (-11,4; -3,4) | -7,5* (-11,6; -3,5) |
| Social funktion (SF) | 92,5 | 86,4 | 93,8 | -7,4** (-11,0; -3,7) | -7,3** (-11,0; -3,7) | -7,6** (-11,3; -3,9) |
| Psykisk betingede begrænsninger (RE) | 88,1 | 86,0 | 89,6 | -3,7 (-9,3; 1,9) | -3,7 (-9,3; 1,9) | -4,1 (-9,8; 1,6) |
| Psykisk velbefindende (MH) | 79,3 | 72,2 | 80,6 | -8,4** (-11,7; -5,0) | -8,4** (-11,7; -5,0) | -8,8** (-12,2; -5,4) |
| PSS | 12,3 | 15,3 | 11,7 | 3,6** (2,1; 5,1) | 3,6** (2,1; 5,1) | 3,9** (2,4; 5,4) |

KI = 95%-konfidensinterval
*) $p < 0,005$; **) $p < 0,001$

I Tabel 2 ses ligeledes, at kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser scorer signifikant lavere på GH end kvinder uden risikoadfærd. Forskellen er på -6,1 (KI: -9,9; -2,3) efter kontrol for alder og BMI. Det samme er tilfældet for de følgende subskalaer: VT, SF og MH, hvor kvinder med risikoadfærd scorer signifikant lavere end kvinder uden risikoadfærd, også efter kontrol for aldersgruppe og BMI-gruppe.

Ved PSS ses det, at kvinder med risikoadfærd har en gennemsnitlig score på 15,3, hvilket er 3,9 (KI: 2,4; 5,4) højere end kvinder uden risikoadfærd. Kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser har således signifikant højere stress-score end kvinder uden risikoadfærd også efter kontrol for alder og BMI.

Diskussion

Studiet viser, at unge kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser er belastede af nedsat helbredsrelateret livskvalitet og af, at hverdagen opleves som stresset, uforudsigelig og belastende, i lighed med patienter med kliniske spiseforstyrrelser [8, 16].

Kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser har signifikant dårligere helbredsrelateret livskvalitet i form af lavere score på alle SF-36-subskalaerne, hvor forskellene er signifikant lavere på subskalaerne MH, VT, GH og SF end kvinder uden risikoadfærd.

Kvinder med risikoadfærd scorer ikke lavere på subskalaerne RP og RE. Disse subskalaer beskriver, hvorledes man på grund fysiske eller psykiske helbredsproblemer har nået mindre eller har måttet skære ned på eller været begrænsede i at udføre sit arbejde eller andre daglige aktiviteter. Da effekten

på subskalaen RP ses at være signifikant, før der kontrolleres for BMI, kan det måske tænkes, at kvinder med overvægt og fedme føler sig begrænsede af overvægt og konsekvenserne for det fysiske helbred.

Sammenlignes resultaterne med undersøgelser af kvinder med kliniske spiseforstyrrelser over for ikke-spiseforstyrrede kvinder, ses patienterne med spiseforstyrrelser også at score signifikant lavere end raske kvinder på alle otte SF-36-subskalaer [3-5, 17], og spiseforstyrrede kvinder i disse studier scorer lavere på alle subskalaer end kvinder med risikoadfærd i herværende undersøgelse. Normtallene for SF-36 i vores stikprøve er højere end i en del andre vestlige lande, men ligner resultaterne fra de øvrige nordiske lande, hvorfor det netop er vigtigt at fremstille relevante normtal for hvert land [18].

Spiseforstyrrelser og også risikoadfærd har dermed en alvorlig negativ sammenhæng med den mentale livskvalitet, det almene helbred, den sociale funktion og oplevelsen af vitalitet og energi. Et amerikansk studie har vist, at patienter med tvangsoverspisning (*binge eating disorder*) og ledsagende fedme havde signifikant dårligere funktion på alle otte SF-36-subskalaer end normalbefolkningen, og de scorede signifikant lavere end andre med fedme alene eller med depression alene [17]. Spiseforstyrrede patienter havde også endnu dårligere livskvalitet end patienter med kliniske depressioner i et hollandsk studie [5]. Når risikoadfærd for spiseforstyrrelser ikke har signifikant sammenhæng med den fysiske funktion, fysiske smerter og fysiske og psykiske begrænsninger vedrørende arbejde eller andre aktiviteter, skyldes dette sandsynligvis, at symptomerne på spiseforstyrrelse ikke endnu har manifesteret sig i fysiske symptomer og gener [12].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Vores studie viser også, at kvinder med risikoadfærd oplever signifikant mere stress i dagligdagen målt med PSS, end kvinder uden risikoadfærd for spiseforstyrrelser gør. Dette er i et dansk studie ligeledes påvist også at gælde for kvinder med kliniske spiseforstyrrelser [16], hvor de spiseforstyrrede kvinder adskilte sig fra kvinder uden spiseforstyrrelser, ved at de oplevede sig mere stressede målt med PSS, at de blev udsat for flere belastninger, at de benyttede ineffektive *coping*-strategier, og at de havde lavere selvværd. Disse adfærdsmæssige og psykologiske træk normaliseredes dog, når kvinden blev helbredt for sin spiseforstyrrelse. U hensigtsmæssig mestrings ved brug af forskellige ineffektive *coping*-strategier i forbindelse med de stressende begivenheder synes at spille en medierende rolle i udvikling af maladaptive spisevaner [8, 9]. Det er uklart, om kvinder, der får spiseforstyrrelser, er udsat for flere belastende begivenheder end andre; måske drejer det sig snarere om, at de oplever de samme begivenheder mere belastende og har større tendens til maladaptiv *coping* [6, 8, 19].

Stress opfattes generelt som både disponerende og udløsende faktor for spiseforstyrrelser, men i nogle prospektive studier har man ikke kunnet påvise en kausal sammenhæng med stress for udvikling af spiseforstyrrelse. Korrelationen kunne derfor være omvendt, således at kvinder, der er meget utilfredse med deres vægt og spisevaner, oplever dette belastende og stressende i sig selv [20]. Dette tværnsnitsstudie kan ikke afgøre, om stress er en udløsende faktor for spiseforstyrret adfærd, eller om risikoadfærden i sig selv medfører mere stress.

Konklusion

Kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser er mere belastede af dårlig helbredsrelateret livskvalitet vedrørende psykisk velbefindende, vitalitet, social funktion og alment helbred end kvinder uden tidlige tegn på spiseforstyrrelser, ligesom de oplever dagligdagen som mere uforudsigelig, stresset og belastende. Belastningerne er ikke så udtalte som for personer med kliniske sygdomme, men må tages med i vurderingen af behovet for en tidlig indsats i form af opsporing og behandling af lettere spiseforstyrrelser.

Korrespondance: *Mette Waadegaard*, Klinik for Spiseforstyrrelser, Stolpegård, DK-2820 Gentofte. E-mail: mewa@dadlnet.dk

Antaget: 16. oktober 2007

Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Socialministeriet (jr.nr. 871878-0047) og Sundhedsstyrelsen (jr.nr. 0-303-01-12/54) takkes for økonomisk støtte til studiets gennemførelse.

Litteratur

1. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:659-65.
2. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
3. Abraham SF, Brown T, Boyd C et al. Quality of life: eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:150-5.
4. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I et al. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Qual Life Res* 2002;11:545-52.
5. De la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res* 2005;14:1511-22.
6. Crowther JH, Sanftner J, Bonifazi DZ et al. The role of daily hassles in binge eating. *Int J Eat Disord* 2001;29:449-54.
7. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:96-103.
8. Engler PA, Crowther JH, Dalton G et al. Predicting eating disorder group membership: an examination and extension of the sociocultural model. *Behav Ther* 2006;37:69-79.
9. Troop NA, Holbrey A, Treasure JL. Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1998;24:157-66.
10. Waadegaard M. Risk behaviour related to eating disorders among Danish adolescents. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhed, 2002.
11. Waadegaard M, Thoning H, Petersson BH. Validation of a screening instrument for identifying risk behaviour related to eating disorders. *Europ Eat Disord Review* 2003;11:433-55.
12. Waadegaard M, Davidsen M, Kjølner M. Fysisk og psykisk helbred og risikoadfærd for spiseforstyrrelser hos kvinder på 16-29 år. *Ugeskr Læger* 2009;171:713-7.
13. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
14. Bjorner JB, Thunedborg K, Kristensen TS et al. The Danish SF-36 Health Survey: translation and preliminary validity studies. *J Clin Epidemiol* 1998;51:991-9.
15. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-96.
16. Blaase H, Eiklit A. Psychological characteristics of women with eating disorders: permanent or transient features? *Scand J Psychol* 2001;42:467-78.
17. Masheb RM, Grilo CM. Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2004;9:194-9.
18. Bjorner JH, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lif Lægemedelforeningen, 1997.
19. Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:122-30.
20. Ball K, Lee C. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *Int J Eat Disord* 2002;31:71-81.