

Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)

Leiðbeiningar: Eftirfarandi spurningar eiga einungis við um síðustu fjórar vikurnar (28 daga). Vinsamlegast lestu hverja spurningu vel og svaraðu öllum spurningum. Takk fyrir.

Spurningar 1-12: Settu x í viðeigandi kassa hægra megin við spurningarnar. Mundu að spurningarnar eiga einungis við um síðustu fjórar vikur (28 daga).

Hversu marga af síðustu 28 dögum...	Aldrei	1-5 daga	6-12 daga	13-15 daga	16-22 daga	23-27 daga	Alla daga
1. Hefur þú viljandi <i>reynt</i> að takmarka hversu mikið þú borðar til að hafa áhrif á líkamsþyngd eða löggun (hvort sem það tókst eða ekki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hefur þú sleppt því að borða nokkuð í langan tíma (8 klst. eða meira þegar þú ert vakandi) til þess að hafa áhrif á líkamsþyngd eða löggun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hefur þú <i>reynt</i> að sleppa því að borða mat sem þér finnst góður til þess að hafa áhrif á líkamsþyngd eða löggun (hvort sem það tókst eða ekki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hefur þú <i>reynt</i> að fylgja ströngum reglum um matarræði þitt (t.d. að takmarka hitaeiningar) til þess að hafa áhrif á líkamsþyngd eða löggun (hvort sem það tókst eða ekki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hefur þig langað til að vera með <i>tóman</i> maga til þess að hafa áhrif á líkamsþyngd eða löggun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hefur þig langað að vera með <i>algjörlega flatan</i> maga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hafa hugsanir um <i>mat</i> , að borða eða hitaeiningar gert þér erfitt að einbeita þér að einhverju sem þú hefur áhuga á (t.d. vinna, taka þátt í samræðum eða lesa) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hafa hugsanir um <i>þyngd eða líkamslöggun</i> gert þér erfitt að einbeita þér að einhverju sem þú hefur áhuga á (t.d. vinna, taka þátt í samræðum eða lesa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hefur þú óttast að missa stjórn á því hversu mikið þú borðar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fairburn, C. G. og Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

Íslensk þýðing: Sólveig María Ólafsdóttir

	Aldrei	1-5 daga	6-12 daga	13-15 daga	16-22 daga	23-27 daga	Alla daga
10. Hefur þú óttast það að þyngjast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hefur þér fundist þú vera feit/ur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hefur þú haft sterka löngun til að léttast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eftirfarandi spurningar eiga við um síðustu fjórar vikur (28 daga). Vinsamlegast skrifaðu á punktalínuna fjölda *skipta* eða fjölda *daga* eftir því sem við á.

13. Hversu oft hefur þú borðað það sem öðrum myndi finnast vera <i>óvenjulega mikið</i> miðað við kringumstæður?
14. Þegar þetta gerðist, hversu oft fannst þér að þú hefðir misst alla stjórn á matarræðinu (á meðan varst að borða)?
15. Á síðustu fjórum vikum, hversu oft hafa komið <i>dagar</i> þar sem þetta gerðist (það er að segja að þú hafir borðað óvenjulega mikinn mat <i>og</i> fundist þú hafa misst stjórn á meðan)?
16. Hversu oft síðustu fjórar vikur hefur þú kastað upp til þess að hafa stjórn á líkamsþyngd eða lögun?
17. Hversu oft síðustu fjórar vikurnar hefur þú notað hægðalosandi lyf til þess að hafa stjórn á líkamsþyngd eða lögun?
18. Hversu oft síðustu fjórar vikurnar hefur þú hreyft þig eða stundað líkamsrækt mjög stíft til þess að hafa stjórn á líkamsþyngd, lögun, fitumagni eða til að brenna hitaeyningum?

Spurningar 19-21: Vinsamlegast hafðu í huga að í eftirfarandi spurningum þýðir hugtakið „átkast“ að borða það sem öðrum af sama aldri og kyni og þú ert fyndist vera óvenjulega mikið af mat miðað við aðstæður *og* að finnast sem þú hafir misst stjórn á matarræðinu.

19. Hversu marga af síðustu 28 dögum hefur þú borðað í laumi (fyrir utan átköst)?	Aldrei	1-5 daga	6-12 daga	13-15 daga	16-22 daga	23-27 daga	Alla daga
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Af þeim skiptum sem þú borðaðir hversu oft fannstu fyrir samviskubiti (fannst þú hafa gert eitthvað af þér) vegna áhrifa á líkamsþyngd eða lögun (fyrir utan átköst)?	Aldrei	stundum	Innan við helming	helming	Meira en helming	oftast	Alltaf
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Á síðustu 28 dögum, hversu miklar áhyggjur hafðir þú af því að aðrir sæju þig borða (fyrir utan átköst)?	Engar	Mjög litlar	litlar	Frekar litlar	Frekar miklar	Miklar	Mjög miklar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fairburn, C. G. og Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
Íslensk þýðing: Sólveig María Ólafsdóttir

Spurningar 22-28: Mundu að spurningarnar eiga aðeins við um síðustu fjórar vikurnar.

Síðustu 28 daga...	Alls ekki	Mjög lítið	Lítið	Frekar lítið	Frekar mikið	Mikið	Mjög mikið
22. Hefur þyngd þín (talan á vigtinni) haft áhrif á hvernig þú hugsar um (metur) þig sem manneskju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hefur lögun líkama þíns haft áhrif á hvernig þú hugsar um (metur) þig sem manneskju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hversu mikið hefði það komið þér úr jafnvægi að vera beðin/n um að vigta þig vikulega (ekki oftár eða sjaldnar) næstu fjórar vikurnar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hversu óánægð/ur varstu með þyngd þína (töluna á vigtinni)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hversu óánægð/ur varstu með líkamslögun þína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hversu óþægilegt finnst þér að sjá líkama þinn (t.d. að sjá spegilmynd þína þegar þú ferð úr fötunum)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hversu óþægilegt finnst þér að aðrir sjái líkama þinn (t.d. í sundi eða líkamsrækt, eða ef þú ert í þröngum fötum)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAKK FYRIR