

Jenny Malene Aambø

Kroppslig verdsettelse, figur idealisering og symptomer på spiseforstyrrelser blant personlige trenere og gruppeinstruktører

En kvantitativ tverrsnittsundersøkelse ved norske treningsentre

Masteroppgave i idrettsvitenskap
Institutt for idrettsmedisinske fag
Norges idrettshøgskole, 2020

Sammendrag

Bakgrunn og forskningsspørsmål: Personlige trenere opplever en forventning om hvordan egen kropp skal se ut, og er tydelige på hvordan kroppen til en personlig trener ikke skal se ut. Videre har det tidligere vært rapportert en høy forekomst av spiseforstyrret adferd blant norske gruppeinstruktører. Samlet gir dette grunnlag til bekymring for den mentale helsen til ansatte i bransjen. Hensikten med foreliggende masteroppgave er tredelt. Først undersøkes grad av kroppslig verdsettelse og ønske om en muskuløs kropp hos norske treningsinstruktører, samt kjønnsforskjeller knyttet til dette. Derneft undersøkes forekomsten og kjønnsforskjeller av symptomer på spiseforstyrrelser i yrkesgruppen. Avslutningsvis undersøkes det om det foreligger en sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser blant treningsinstruktører.

Metode: Data som er benyttet er del av en større kvantitativ tverrsnittundersøkelse, som baserer seg på selvrapporing via spørreskjema. Grad av kroppslig verdsettelse ble målt med The Body Appreciation Scale – 2 (BAS-2), ønske om en muskuløs kropp med The Drive for Muscularity Scale (DMS) og forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser med Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q). **Resultat:** Totalt 272 personer (59 menn og 213 kvinner) ble inkludert i studien. Resultatene viser at mannlige instruktører har en median DMS skår på 2.3 (1.1) og kvinner skårer 2.0 (1.1) ($p=.0008$). Deltakernes median BAS-2 skår er 4.3 (1.0) for mennene og 4.0 (1.1) for kvinnene ($p=.025$). Tjueto instruktører (9%) har symptomer på spiseforstyrrelser, derav 21 kvinner og 1 mann, og en median EDE-Q globalskår på 0.6 (1.1) for hele utvalget, 0.4 (0.8) for menn og 0.7 (1.2) for kvinner ($p=.014$). Det er en sammenheng mellom EDE-Q globalskår og BAS-2 skår ($r=-.654$). **Konklusjon:** Norske treningsinstruktører opplever i stor grad kroppslig verdsettelse og har i liten grad et ønske om en muskuløs kropp. Forskjellen mellom kjønn er signifikant. Totalt 9% av instruktørene viser symptomer på spiseforstyrrelser og 7% sa de har en pågående spiseforstyrrelse, og forekomsten er høyere blant kvinner enn menn. Videre er det en sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser.

Nøkkelord: Treningsinstruktører, gruppeinstruktør, personlig trener, treningssenter, kroppsbilde, kroppsideal, kroppslig verdsettelse, kroppsmisnøye, spiseforstyrrelser, spiseforstyrret adferd.

Innhold

Sammendrag	3
Innhold	4
Forord.....	6
Forkortelser	7
1. Introduksjon	8
2. Hensikt med studien og problemstilling.....	10
2.1 Hensikt	10
2.2 Problemstilling.....	10
3. Teori	11
3.1 Kroppsideal og kroppsbilde	11
3.2 Kroppsmisnøye og kroppslig verdsettelse.....	13
3.3 Spiseforstyrrelser	14
3.3.1 Anorexia nervosa	17
3.3.2 Bulimia nervosa	18
3.3.3 Overspisingslidelse	19
3.3.4 Atypiske lidelser	19
3.3.5 Prevalens av spiseforstyrrelser.....	20
3.4 Treningssenterbransjen	21
3.4.1 Gruppeinstruktør	22
3.4.2 Personlig trener	23
3.4.3 Kroppslig kapital.....	24
3.4.4 Kroppspress i treningssenterbransjen	24
3.5 Situasjonsbeskrivelse av treningssenterbransjen.....	26
4. Metode	29
4.1 Rekruttering av deltagere.....	29
4.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier	30
4.3 Spørreskjema.....	31
4.3.1 SurveyXact.....	31
4.3.2 The drive for Muscularity Scale	32
4.3.3 The Body Appreciation Scale – 2	32
4.3.4 Eating disorder Examination – Questionnaire (EDE – Q).....	33
4.4 Analyse	34

4.5	Etikk	34
5.	Resultat.....	36
5.1	Beskrivelse av utvalget.....	36
5.2	Ønske om en muskuløs kropp.....	37
5.3	Kroppslig verdsettelse.....	37
5.4	Forekomst av spiseforstyrrelser.....	37
5.4.1	Selvrapportert spiseforstyrrelse	37
5.4.2	Symptomer på spiseforstyrrelse	38
5.5	Sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og spiseforstyrrelser	39
6.	Diskusjon	40
6.1	Demografiske data	40
6.2	Ønske om en muskuløs kropp.....	41
6.3	Grad av kroppslig verdsettelse	42
6.4	Forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser	43
6.5	Sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser	47
6.6	Studiedesign	48
6.6.1	Spørreundersøkelser.....	48
6.6.2	Måleinstrumenter	48
6.6.3	Metodiske svakheter	49
6.6.4	Utvalg og representativitet.....	52
6.7	Praktiske implikasjoner.....	54
7.	Konklusjon	55
	Referanser	56
	Tabelloversikt	77
	Figuroversikt	78
	Vedlegg	79

Forord

Det er med blandede følelser jeg leverer denne masteroppgaven. Jeg er først og fremst utrolig stolt over arbeidet jeg har lagt ned og all kunnskapen jeg har tilegnet meg i denne prosessen. Men det er også vemodig fordi det betyr at min tid på Norges Idrettshøgskole er over for denne gang. Å følge familiens tradisjon med studier på NIH har jeg aldri angret på, og jeg ser tilbake på mine seks år på NIH som fantastiske med stor faglig og personlig utvikling. Det blir rart å ikke kjøre inn innkjørselen til høsten, men jeg tar med meg minner og venner for livet videre på min reise.

Takk til mine veiledere Jorunn og Therese! Dette hadde ikke vært mulig uten dere, og deres engasjement og kunnskap er til stor inspirasjon. Takk for at dere fanget min interesse for fagfeltet allerede de første årene på NIH, og at dere gav meg muligheten til å delta i hele forskningsprosessen dette året. Til tross for at Korona satt en stopper for fysiske møter i innspurten, har dere veiledet meg til alle døgnets tider slik at jeg kom i havn med det som til tider har virket som et evighetsprosjekt.

Takk til mine medstudenter Anders, Ida og Rune som har gjort mine siste år på NIH helt topp – studenthverdagen hadde ikke vært den samme uten dere!

Takk til samboer, familie og venner for støtte og positive tilbakemeldinger gjennom alle studieårene. At dere alltid stiller opp og har tro på meg har betydd utrolig mye. Dere har også bidratt til et sosialt liv utenfor studiene, som har vært viktig for at dette prosjektet skulle komme i mål.

Takk for seks fine år, Norges Idrettshøgskole.

Jenny Aambø,
Oslo, juni 2020.

Forkortelser

AN	Anorexia nervosa
BAS-2	The Body Appreciation Scale – 2
BED	Binge eating disorder/ overspisingslidelse
BN	Bulimia nervosa
DMS	The Drive for Muscularity Scale
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire
EDNOS	Eating disorders not otherwise specified/ atypiske lidelser
ICD-10	Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines
KMI	Kroppsmasse indeks
MB	Muscularity behavior
MBI	Muscularity-oriented body image
NSD	Norsk senter for forskningsdata
PT	Personlig trener
REK	Regional etisk komite

1. Introduksjon

Fysisk inaktivitet er et stadig økende problem og er funnet å være den 4. viktigste årsaken til tidlig død på verdensbasis (Kohl et al., 2012). Inaktivitet blir nå anerkjent som en global «pandemi» som krever handling (Kohl et al., 2012). Slik adferd påvirker ikke bare individet når det gjelder sykkelighet og dødelighet, men hele samfunnet i form av store utgifter. Det er allment kjent at risikoen for livsstilssykdommer reduseres dersom flere etterlever en sunn livsstil som følger helsedirektoratets råd om fysisk aktivitet og kosthold, og at fysisk aktivitet er bra og kan gi flere helsefordeler for både kvinner og menn. Fysiologisk kan fysisk aktivitet blant annet bidra til et sterkere hjerte og bedre blodsirkulasjon, sterkere muskulatur, sterkere benvev, bruske og sener, bedre lungefunksjon og et styrket immunforsvar (Henriksson & Sundberg, 2015). Fysisk aktivitet har i tillegg vist å kunne forebygge og å lindre symptomer på mentale sykdommer som angst og depresjon (K. R. Fox, 1999; Stubbs et al., 2018), og å øke selvtillit og bidra til et generelt bedre humør (Davis, 1990; Dupuy et al., 2015; K. R. Fox, 1999; Iannos & Tiggemann, 1997; Smolak, Murnen, & Ruble, 2000). Aktører som tilbyr arenaer for fysisk aktivitet er dermed viktig i arbeidet med å redusere andelen inaktive og befolkningens stillesittende tid, redusere kostnader for samfunnet, samt ha en positiv innvirkning på enkeltindividets fysiske og psykiske tilstand.

I en tid hvor fysisk inaktivitet er et nasjonalt og globalt problem, trenger vi sunne og helsefremmende motiv for å få flere i aktivitet. Overordnet organ for treningscenterbransjen i Norge, Virke, har uttrykt en målsetting om å være en viktig aktør for forebyggende folkehelsearbeid (Virke, 2017), og har som oppdrag å samle bransjen for økt profesjonalisering. Treningscenterenes dekning av befolkningen i Norge er svært god; over 90 prosent av befolkningen bor i en kommune med minst ett treningscenter (Virke, 2019). Videre er andelen som benytter seg av treningscenter høy i alle aldersgrupper, men høyest i den yngre aldersgruppen (<30 år) (Virke, 2018). Treningscenterbransjen har i så måte et stort potensial i å bidra til økt aktivitet og folkehelse, men det er usikkert om de lykkes i dette. En utfordring i treningscenterbransjen er fokuset mange sentre har på kropp, vekt og utseende i deres profil og markedsføring (Hvidsten, 2012; Skjold, 2011), hvilket også gjenspeiles i oppfatning og holdninger til ikke-medlemmer (Credicare, 2016). Slik kroppslig fokusert reklame bidrar til å gjøre kvinner usikre på egen kropp (Sabiston & Chandler, 2009).

Dette må ansees som uheldig i forhold til treningssenterbransjens mulighet til å være en viktig aktør i det forebyggende folkehelsearbeid, og det kan gi bekymring for mange av de som er ansatt i treningssenterbransjen.

Parallelt til treningssenterbransjens vekst, har flere instruktører valgt personlig trener (PT) og gruppeinstruktør som yrkesretning. Gruppeinstruktørene og personlige trenere blir ansett som viktige rollemodeller, både gjennom adferd og fremtoning for treningssenterets medlemmer (Carron, Hausenblas, & Mack, 1996). Det er tidligere funnet at kvinner foretrekker tynne treningsinstruktører, og at instruktørens entusiasme, motivasjon og kroppslige form var de ønskede karakteristikkene til en instruktør (Evans, Cotter, & Roy, 2005). Personlige trenere opplever selv en forventning rundt hvordan egen kropp skal se ut, og er tydelige på hvordan kroppen til en personlig trener ikke skal se ut (Myhre, 2017). På bakgrunn av dette er det tenkelig at instruktørenes eget forhold til mat og kropp blir negativt utfordret ved å daglig omgi seg i et kroppsfokusert miljø, og at dette igjen kan ha negativ innflytelse på deres kunders forhold til kropp og mat.

Det er tidligere funnet en høy forekomst av spiseforstyrret adferd blant norske gruppeinstruktører (Bratland-Sanda, Nilsson, & Sundgot-Borgen, 2015). Denne undersøkelsen ble imidlertid gjennomført i 2009 og det foreligger ingen kunnskap om hvordan det står til i dag etter et tiår med vekst i treningssenterbransjen, og med blant annet fremvekst av sosiale medier. Det er dessuten interessant å inkludere personlige trenere, ettersom de er avhengig av å selge en «pakke» av troverdighet (kunnskap, mellommenneskelige ferdigheter og utseende) for sine kunder (Myhre, 2017), samt se på forskjeller mellom kjønn da det tidligere er funnet store kjønnsforskjeller. Studier gjennomført etter 2010 peker også på at sosiale medier har blitt en sentral del av hverdagen og er en viktig bidragsyter for kroppspress og for utvikling av spise- og treningsforstyrret atferd (Holland & Tiggemann, 2016; Perloff, 2014). Samlet sett gir disse funn og observasjoner grunnlag for en viss bekymring for mental helse hos ansatte i treningssenterbransjen og det er på tide å undersøke treningsinstruktørenes mentale helse på nytt, nå med utgangspunkt i deres kroppslige verdsettelse og spiseatferd.

2. Hensikt med studien og problemstilling

2.1 Hensikt

Denne masteroppgave er del av en større tverrsnittundersøkelse av mannlige og kvinnelige instruktører i treningssenterbransjen som ble gjennomført høsten 2019. Den overordnede hensikten med dette prosjektet var å evaluere kroppsbilde og opplevd press om en viss kroppstype, spiseatferd, treningsatferd, bruk av og påvirkning fra sosiale medier, opplevelser knyttet til #metoo, symptomer på depresjon, angst og spiseforstyrrelser hos instruktører på norske treningssentre. I denne masteroppgaven inngår de data som omhandler kroppsbilde og spiseforstyrrelser.

2.2 Problemstilling

På bakgrunn av tidligere teori og forskning er det utarbeidet følgende problemstillinger:

- A** I hvilken grad opplever treningsinstruktører kroppslig verdsettelse?
 - A 1 I hvilken grad opplever treningsinstruktører et ønske om å være mer muskuløs?
 - A 2 Er det noen kjønnsforskjeller i kroppslig verdsettelse og ønske om å være muskuløs blant treningsinstruktører?

- B** Hva er forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser blant treningsinstruktører ved norske treningssentre?
 - B 1 Er det noen kjønnsforskjeller i forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser blant treningsinstruktører?

- C** Er det en sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser blant treningsinstruktører?

Hovedproblemstillinger er markert med bokstaven A, B og C og underproblemstillinger med henholdsvis A1, A2 og B1.

3. Teori

3.1 *Kroppsideal og kroppsbilde*

Den stadige jakten etter idealkroppen er ikke et nytt fenomen, og treningssenterbransjen har blitt en arena der kvinner og menn kan jobbe for å tilnærme seg idealet (Andreasson & Johansson, 2014). Vi blir eksponert for kroppsidealer hver dag, på tv, i avisene og magasiner, i sosiale medier og i reklamer. Kroppsideal er, og har alltid vært, et fenomen konstruert av samfunnet, og det sies at ønske om å forandre kroppen for å oppnå tidens skjønnhetsidealer er et like gammelt fenomen som menneskeheten selv (Engelsrud, 2006). Et ideal kan beskrives som «det perfekte eksemplar» (Egedius, 2002), og skjønnhetsidealer og kroppsidealer blir dermed noe vi mennesker søker å oppnå. I et historisk perspektiv er kroppsidealene i stadig forandring, og det er særlig det kvinnelige kroppsidealet som har vært gjennom store endringer (A. Fallon, 1990). Eksempler på dette er smertefulle korsetter og fjerning av ribbein for å oppnå en smal midje (Lundberg, 2017) eller fotbinding i Kina fordi den ideelle kvinnefoten målte 10 cm i lengden og ble sett på som et statussymbol (Kindtler-Nielsen, 2019). Slike drastiske tiltak for å oppnå et ideal var ikke uten konsekvenser, og kvinner fikk både deformerte kroppsdeler og nedsatt fysisk funksjon. I løpet av 1900-tallet ble idealkroppen for kvinner bare tynnere og tynnere. Et mål som ble brukt for det kvinnelige kroppsideal var utviklingen av kalenderpikenes vekt, og i tiden mellom 1959 til 1978 sank denne betydelig (Garner, Garfinkel, Schwartz, & Thompson, 1980). I årene etter stabiliserte vekten seg på dette lave nivået (Sypeck et al., 2006). I dag ser vi et kroppsideal for kvinner som har gått fra det tynne til det muskuløse og trente, et ideal vi også har sett hos menn i lengre tid (Uhlmann, Donovan, Zimmer-Gembeck, Bell, & Ramme, 2018). Selv om det tynne idealet fortsatt er fremtredende for kvinner, er det nye idealet preget av både lav andel av fett, synlige muskler, slank mage og fastere underkropp (Robinson et al., 2017; Rodgers et al., 2018). For gutter er idealet å ha en veltrent kropp, med v-formet overkropp, store biceps og skuldre og markert brystkasse (Grogan, 2016). Å oppnå de moderne kroppsidealene krever et spesielt genetisk utgangspunkt og i tillegg hard innsats som er vanskelig å opprettholde over tid. Idealene er dermed ikke forenelig med det naturlige for de fleste. I forlengelse av dette «uoppnåelige» kroppsbildet, kan mangel på aksept av egen kropp bli et problem og kanskje også gi en opplevelse av utilstrekkelighet. Disse

forholdene kan igjen utgjøre en risiko for utvikling av psykiske lidelser og være en trigger for spiseforstyrret atferd (Perloff, 2014).

Mens kroppsideal handler om hva samfunnet definerer som den ettertraktede kroppen, handler kroppsbilde om hvordan vi selv oppfatter vår egen kropp (A. Fallon, 1990; Frisé, Gattario, & Lunde, 2014). På samme måte som samfunnets idealkropp er i forandring, er også kroppsbilde et dynamisk aspekt som endrer seg gjennom levetiden, og ikke et statisk personlig karakteristikk (Voelker, Reel, & Greenleaf, 2015). Forskning på kroppsbilde har økt i omfang parallelt med en økning i folkehelseproblemer som overvekt, fysisk inaktivitet og spiseforstyrrelser (Voelker et al., 2015). Hele 90% av forskningen på kroppsbilde er publisert etter 1980 (Voelker et al., 2015), og forskningsfeltet blir derfor ansett som et relativt nytt fagfelt. Paul Schilder var likevel tidlig ute med å definere kroppsbilde på 1950-tallet: «The picture of your own body which we form in our mind, that is to say, the way the body appears to ourselves» (Schilder, 1950, p. 11). Med dette mente han at kroppsbilde handlet om hvilket syn vi hadde på vår egen kropp, altså hvordan vi selv oppfattet den. Senere har det blitt diskutert om denne definisjonen er for enkel, da kroppsbilde er et mye mer komplekst fenomen som inneholder både sosiale, kulturelle, psykologiske og fysiologiske komponenter (Cash, 1994; P. Fallon, Ackard, Cash, & Pruzinsky, 2002). For å få med de ulike aspektene, kan en mer dekkende definisjon for kroppsbilde derfor være;

Ens kroppsbilde omhandler en persons oppfattelse av den kulturelle standarden, hans/hennes oppfattelse av hvorvidt hans/hennes kropp lever opp til denne standarden, og den kulturelle gruppens og individets oppfattelse av viktigheten av å leve opp til den standarden (A. Fallon, 1990, p. 80)

Det er flere ulike sosiokulturelle faktorer som har påvirkning på kroppsbilde, inkludert familie og venner. Flere har likevel i lang tid diskutert om det er mediene som har den største påvirkningskraften (Z. Brown & Tiggemann, 2016; Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Levine & Murnen, 2009; Want, 2009). Det har vært hevdet at medienes presentasjon av tynne, veltrente personer var en stor bidragsyter til de da høye nivåene av kroppsmisnøye og spiseforstyrrelser (Tiggemann, 2002). Daglig presenteres vi for treningsråd, treningsbilder og ideer om en idealkropp, med ulik grad av vitenskapelig forankring, i digitale- og sosiale medier. Digitale medier har blitt en sentral del av hverdagen – både

for barn, ungdom og voksne. Ifølge Norsk mediebarometer (2019) brukte 91% av den norske befolkningen (9-79 år) internett i 2018, med et gjennomsnitt på 167 minutter hver dag, der unge og yngre voksne er de største forbrukerne (Schiro, 2019). Internett og sosiale medier har i dag blitt den fremste måten vi mennesker får våre nyheter, samt holder kontakt og kommuniserer med andre (Morrow, 2014). Det er derfor viktig å være klar over alle de ulike sosiokulturelle faktorene, inkludert mediens store påvirkningskraft, i arbeidet med kroppsbilde.

3.2 Kroppsmisnøye og kroppslig verdsettelse

I litteraturen presenteres flere ulike begreper som tenkes å representere elementer av kroppsbilde. Som beskrevet tidligere er kroppsbilde et komplekst fenomen som handler om utseendeevaluering og kroppstilfredshet. Et negativt kroppsbilde blir derfor når en person opplever misnøye med eget utseende, ofte sett opp mot samfunnets krav og ideal (Cash, Morrow, Hrabosky, & Perry, 2004). Det har blitt hevdet at en viss grad av kroppsmisnøye har blitt normalt hos kvinner i den vestlige verden fra åtteårsalder og muligens tidligere. Videre har dette hatt en betydelig innvirkning på atferden til kvinnene ved at de prøver å endre form og vekt og/eller unngår aktiviteter som innebærer å eksponere kroppen (Grogan, 2016).

En motsetning til kroppsmisnøye kan være det engelske begrepet «body appreciation», som på norsk kan oversettes til kroppslig verdsettelse. Kroppslig verdsettelse er assosiert med positive holdninger og atferd til utseende som samsvarer med en positiv helse og velvære (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Personer med høy kroppslig verdsettelse respekterer og føler stolthet i kroppene sine i større grad enn personer med lav kroppslig verdsettelse, og er bedre rustet til å motstå press for å oppnå urealistiske kroppslige standarder (Chrisler, Marván, Gorman, & Rossini, 2015). I en gruppe amerikanske universitetsstudenter var kroppslig verdsettelse signifikant assosiert med selvtillit hos både kvinner og menn (Tylka & Kroon Van Diest, 2013), mens for en gruppe kvinnelige studenter i Romania var det assosiert med en lavere grad av depresjon (Dumitrescu, Zetu, Teslaru, Dogaru, & Dogaru, 2008). Videre rapporteres det om signifikant lavere grad av slanking og spiseforstyrret adferd, høyere intuitiv spising (følger kroppens signaler for sult og metthetsfølelse), mindre snakk om slanking og vekttap, og mer engasjement i trening blant personer med høy kroppslig verdsettelse (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016; Gillen, 2015).

3.3 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykisk lidelser der individet blant annet overevaluerer verdien i å kontrollere egen kropp og vekt. Personer med spiseforstyrrelser har et forstyrret forhold til mat, kropp, vekt og følelser (Bratland-Sanda, 2010). Det er i dag faglig enighet om at et sentralt trekk i spiseforstyrrelsens patologi er vanskeligheter med å tolke, regulere og uttrykke følelser, og at kroppen dermed får en sentral rolle i forsøkene på å regulere følelsene (Dapelo, Surguladze, Morris, & Tchanturia, 2016; J. R. Fox & Froom, 2009). Symptomene blir en måte å gjenvinne kontroll i eget liv og føle mestring. Det er en misforstått oppfatning at man må være tynn for å ha en spiseforstyrrelse eller at dette ligger til grunn for å evaluere alvorlighetsgraden av sykdommen. De fleste med en spiseforstyrrelse er normalvektige, noen også overvektige, og deres problemer synes dermed ikke utad (Skårderud, 2016). Disse lidelsene er knyttet til helsefarlig adferd, som å sulte seg selv, strenge diettregimer, og/eller overspise mat, kaste opp, overdreven fysisk aktivitet og/eller misbruk av medikamenter (Skårderud, 2016). I tillegg kan personer med spiseforstyrrelser ofte oppleve ulike psykiske problemer og komorbiditet i form av ulike typer angst- og stemningslidelser, tvangslidelser, sosial isolasjon, og redusert funksjonalitet psykososialt (Godart et al., 2007; Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, & von Hauswolff-Juhlin, 2015). Det er funnet en prevalens av komorbiditet hos 20-95% av personer med spiseforstyrrelser, der angst er den vanligste samtidige sykdommen (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006; Bühren et al., 2014; Grilo, White, Barnes, & Masheb, 2013; Ulfvebrand et al., 2015). Spiseforstyrrelser kan ramme både kvinner og menn med varierende symptomer og alvorlighetsgrad, og er et resultat av genetisk disposisjon og miljøfaktorer (Bjørnelv, Frostad, Rosenvinge, & Thune-Larsen, 2000). Vanligvis oppstår spiseforstyrrelser i midten til sent i ungdomsårene, men kan også oppstå i løpet av barndommen og voksenlivet (Culbert, Racine, & Klump, 2015). For kvinner er spiseforstyrrelser blant topp ti globale byrder av sykdommer som gir dårlig livskvalitet (Whiteford et al., 2013).

Det finnes en rekke modeller som prøver å beskrive utvikling av spiseforstyrrelser, hvor en av de enklere og mer oversiktlige er «stress-sårbarhetsmodellen». Modellen ble utarbeidet på 1970 tallet av psykiater Joseph Zubin og psykolog Bonnie Spring, og ble første gang publisert i 1977 (Taraldsen, Holmen, & Taraldsen, 2017). Denne modellen skiller mellom *disponerende*, *utløsende* og *vedlikeholdende forhold*. Disponerende forhold beskriver forskjellige forhold som bidrar til at man som individ er utsatt for å

utvikle spiseforstyrrelser. Her er ulike faktorer fra genetikk til sosiokulturelle relevant. Utløsende forhold handler om at et sårbart individ utsettes for livshendelser, og at møtet med livshendelser kan utløse tanker, følelser og atferd som etter hvert kan diagnostiseres som en spiseforstyrrelse. Vedlikeholdende forhold er det som gjør at spiseforstyrrelsen ikke går over så lett når den først har kommet, og bidrar til at den negative adferden vedlikeholdes og fortsetter (Skårderud, 2016). Dette kan være positive tilbakemeldinger fra omgivelsene når man håndterer en streng diett, trener mye og ved vekttap, familiekonflikter som er utløst som følge av situasjonen eller ensomhet på grunn av sosial tilbaketrekning (Graver, 2016). Vedlikeholdende faktorer blir dermed ansett som den onde sirkelen (Skårderud, 2016).

Utviklingen av en klinisk spiseforstyrrelse skjer over tid og gjennom ulike faser. Utviklingen skjer når en person med et sunt forhold til kropp og mat, går over til unormal spiseatferd og/eller bruk av renselsesmetoder. Overgangen fra normal til unormal spiseatferd starter ofte ved slankemetoder, alt fra det som blir ansett som sunn slanking (en reduksjon i daglig energiinntak for en gradvis og langsiktig vektreduksjon) til skadelig kosthold, hyppig faste og slankepiller (Shisslak, Crago, & Estes, 1995; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Forstyrret spiseatferd, samt et anstrengt forhold til kropp og utseende, kan dermed ses på som et tidlig tegn i utviklingen av kliniske spiseforstyrrelser.

Spiseforstyrrelser kan deles opp i tre hovedgrupper; anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) og overspising/tvangsspising (binge eating disorder, BED)(American Psychiatric Association, 2013). I tillegg opererer noen diagnose-systemer med en kategori for atypiske lidelsesformer (Eating disorders not otherwise specified, EDNOS). Denne kategorien er for personer som ikke passer inn i de andre kategoriene (Skårderud, 2016), for eksempel tilfeller som ligner på AN, BN eller BED, men som ikke oppfyller alle de diagnostiske kriteriene for diagnosen (eks. vektkriteriet for AN eller hyppighet av kompensatorisk atferd ved BN), eller tilfeller der de kliniske trekkene ved AN, BN eller BED er kombinert på en annen måte enn det man ser i de anerkjente diagnosene. For å få en klinisk diagnose brukes det to ulike diagnose-systemer som tydelig definerer ulike diagnostiske kriterier; Tiende utgave av «Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines» (ICD-10) (WHO, 2016) og femte utgave av «Diagnostic and statistical manual of mental disorders» (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). ICD-10 er det offisielle diagnose-systemet i

norsk helsevesen. I vitenskapelig sammenheng er det langt vanligere å anvende det amerikanske DSM-systemet, da dette har langt mer definerte kriterier. Verdens helseorganisasjon (WHO) har siden år 2000 arbeidet med en ny versjon av International Classification of Diseases, ICD-11, der nye medisinske emner som mangler i ICD-10 er inkludert. Første utgave av ICD-11 ble publisert i juni 2018, men den er ikke operativ i Norge enda (Direktoratet for e-helse, 2019). I denne oppgaven vi kriteriene gitt i DSM-5 bli benyttet for å definere AN, BN og BED, da dette diagnosesystemet også tar for seg overspisingsslidelse.

Tabell 1 Presentasjon av de diagnostiske kriteriene for AN, BN og BED i henhold til DSM-5 – fritt oversatt (American Psychiatric Association, 2013)

	AN	BN	BED
Atferds- messige særtrekk	<ul style="list-style-type: none"> Vedvarende begrensning av matinntak som fører til vekttap eller manglende vekt, noe som resulterer i en «signifikant lav kroppsvekt» av det som forventes for en persons alder, kjønn og høyde.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Inntak av store mengder mat over et relativt kort tidsrom (totimers periode)³ Overspisingsepisodene preges av tap av kontroll over spisingen.⁴ Overspisingsepisodene etterfølges av kompensatorisk atferd for å forhindre vektoppgang.⁵ Både overspising og kompensatorisk atferd må forekomme, gjennomsnittlig, minst en gang i uken over en periode på tre måneder. Spiseforstyrrelsen (BD) skal ikke kun være tilstede i perioder med AN. 	<ul style="list-style-type: none"> Inntak av store mengder mat over et relativt kort tidsrom (totimers periode)³ Overspisingsepisodene preges av tap av kontroll over spisingen.⁴ Overspisingen må forekomme, gjennomsnittlig, minst en gang i uken over en periode på tre måneder. Overspisingen må forekomme, gjennomsnittlig, minst en gang i uken over en periode på tre måneder. I tillegg skal minst tre av følgende symptomer forekomme: <ol style="list-style-type: none"> Spiser raskere enn hva som er normalt. Spiser til man er ukomfortabelt mett. Spise store mengder mat på tross av manglende sultfølelse.
Kognitive særtrekk	<ul style="list-style-type: none"> Frykt for å bli stor/fet eller å øke vekten, eller vedvarende adferd som forstyrrer vektøkning. Det til 	<ul style="list-style-type: none"> Selvevaluering er i stor grad bestemt ut ifra vekt, figur og kroppsstørrelse. 	<ol style="list-style-type: none"> Spising foregår alene fordi en er flau over mengden mat som spises. Skyldfølelse, skal og/eller nedstemthet i

	tross for en betydelig lav vekt.		etterkant av overspisingen.
	<ul style="list-style-type: none"> • Har et forvrengt syn på egen kropp og form, samt opplevelse av egen kroppslig tilstand.² • Vedvarende mangel på erkjennelse av alvoret i den nåværende lave kroppsvekten. 		6. Bekymring omkring overspisingsatferd.
Alvorlig-hetsgrad	Alvorlighetsgrad	Alvorlighetsgrad (frekvens av kompensatorisk atferd):	Alvorlighetsgrad (frekvens av overspisingsepisoder):
	<ul style="list-style-type: none"> • Mild (KMI < 17) • Moderat (KMI 16-16.99) • Alvorlig (KMI 15-15.99) • Ekstrem (KMI under 15) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mild (1-3 ganger per uke). • Moderat (4-7 ganger per uke). • Alvorlig (8-13 ganger per uke). • Ekstrem (>14 ganger per uke). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mild (1-3 ganger per uke). • Moderat (4-7 ganger per uke). • Alvorlig (8-13 ganger per uke). • Ekstrem (>14 ganger per uke).

¹ Signifikant lav kroppsvekt er definert som en vekt som er mindre enn minimalt normalt eller, for barn og unge, mindre enn den minimalt forventet.

² Dette kan eksempelvis være personer som tenker at han eller hun er overvektig når de faktisk er undervektige.

³ Med store mengder mat menes en mengde mat som ansees som betydelig større enn hva man normalt ville anta at noen andre ville spist innenfor samme tidsrom og under samme omstendigheter. Kontinuerlig inntak av små mengder mat gjennom store deler av dagen ansees ikke som overspising.

⁴ Med tap av kontroll menes at man ikke kan stoppe å spise eller redusere mengden mat som spises. Tap av kontroll gjelder også ved fravær av et ønske om å kontrollere matinntak og i tilfeller der en har gitt opp å begrense matinntaket.

⁵ Kompensatorisk adferd inkluderer: oppkast, overdreven trening, faste, misbruk av avføringsmidler og misbruk av medikamenter som har til hensikt å påvirke næringsopptak eller energistoffskifte. Gjelder også misbruk eller seponering av medikamenter forskrevet fra lege i den hensikt å redusere kroppsvekt.

BN = bulimia nervosa, BED = overspisingslidelse, AN = anorexia nervosa, KMI = kropps masseindeks

3.3.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa er den mest kjente spiseforstyrrelsen, og kjennetegnes med at en person går ned i vekt eller slutter å legge på seg til tross for vekst i høyden (Karlsen & Olsen, 1999). Det finnes flere ulike symptomer på anorexia nervosa. Noen av de mer vanlige symptomene er opptatthet av kroppsform, vekt og/eller utseende, frykt for å gå opp i vekt, opptatthet av- og anstrengt forhold til mat, negativt eller forvrengt kroppsbilde, lav

selvtillit, humørsvingninger, overdreven eller tvangsmessig trening og nedsatt prestasjon på skole og arbeid (Rådet for psykisk helse, 2019).

Somatiske konsekvenser av anorexia nervosa for kvinner er tap av menstruasjon, og tap av seksuell interesse, samt potens hos menn (Skårderud, 2016). Vekstretardasjon og osteoporose er også relativt vanlige komplikasjoner. For ungdom med anorexia nervosa vil alle hendelsene i pubertetssekvensen utsettes som en konsekvens av utilstrekkelig vektoppgang og endret hormonmiljø (Mortensen, 2012). Alvorlig anorexia nervosa er dessuten knyttet til høy grad av mortalitet der den vanligste dødsårsaken er hjerterytmeforstyrrelser (Frostad, 2004).

3.3.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa er mest kjent for overspisingsperioder, med en følelse av å miste kontrollen, som oftest etterfølges av tømningssatferd (Karlsen & Olsen, 1999). Tømningssatferden kan variere i ulike metoder for renselse eller uhensiktsmessig vektkompenserende atferd som oppkast, overdreven trening, faste og misbruk av legemidler/medikamenter (American Psychiatric Association, 2013). Som beskrevet i de diagnostiske kriteriene i DSM-5 (tabell 1) blir en overspisingsperiode definert som et inntak av store mengder mat, en mengde mat som ansees som betydelig større enn hva man normalt ville anta at noen andre ville spist innenfor samme tidsrom og under samme omstendigheter, over et relativt kort tidsrom (to timers periode). I løpet av overspisingsperioden er det også vanlig at personen opplever at maten blir inntatt på hektisk vis, som igjen kan beskrives som et tap av kontroll (Skårderud, 2016). Vanligvis vil en slik overspisingsperiode etterfølges av en skam- og/eller skyldfølelse (American Psychiatric Association, 2013). Noen av de mer vanlige symptomene på bulimia nervosa er vanskeligheter med aktiviteter som involverer mat, ensomhet på grunn av selvpålagt isolasjon og motvilje mot å utvikle personlige forhold, frykt for andres avvisning hvis sykdommen blir kjent, humørsvingninger, hyppige turer på do, spesielt etter å ha spist, selvskading, skyld og selvforakt. Bulimia nervosa kan være vanskelig for andre å oppdage, da mange er normalvektige (Rådet for psykisk helse, 2019).

Det er flere alvorlige somatiske helsekonsekvenser ved bulimia nervosa (Lee, 2016). Selvfremkalt oppkast er vanlig hos personer med bulimia nervosa, og det er dermed vanlig å se forskjellige former for syreskader på tennene og i munnhulen (Frostad, 2004).

Hjerterytmeforstyrrelser kan også forekomme hos personer med bulimia nervosa da det er en vanlig bivirkning ved høyt forbruk av medikamenter som brekkmiddel og slankemiddel. Osteoporose er vanligst å se hos personer med anorexia nervosa, men i noen studier har man også kunnet se en økt risiko hos bulimia nervosa pasienter (Frostad, 2004).

3.3.3 Overspisingslidelse

Overspisingslidelse, internasjonalt kjent som binge eating disorder (BED), ble først anerkjent som en egen diagnose da DSM-5 ble utgitt i 2013 (American Psychiatric Association, 2013). Dette til tross for at fenomenet i lang tid hadde blitt diskutert og beskrevet i fagmiljøet som en del av EDNOS (Skårderud, 2016). Noen personer med overspisingslidelse kan holde jevn vekt, mens andre går opp og ned i vekt, opptil 30-40 kg over bare noen måneder (Villa Sult, u.å.).

Helsemessige konsekvenser ved overspisingslidelse er ofte knyttet til overvekt og fedme. Overvekt gir en økt risiko for diabetes type 2 og hjerte-karsykdommer (Mitchell, 2016). Det er også funnet en økt risiko for insulinresistens uavhengig av KMI hos kvinner med overspisingslidelse (Abraham, Massaro, Hoffmann, Yanovski, & Fox, 2014). Med overspisingslidelse som en ny kategori av spiseforstyrrelse påpeker Finn Skårderud (2016) at vi er i ferd med å forklare visse former for overvekt som primære psykiske tilstander.

3.3.4 Atypiske lidelser

For noen er de kliniske diagnosene ikke dekkende nok, og de havner utenfor de kjente kategoriene. Dette betyr ikke nødvendigvis at de er mindre plaget, bare at deres lidelse har et annet hendelsesforløp enn andre. Noen oppfyller store deler av kriteriene i DSM-5 eller ICD-10, men ikke alle. Dette blir omtalt som atypiske spiseforstyrrelser, andre spesifikke eller uspesifikke spiseforstyrrelser (Villa Sult, u.å.). Eksempler på slike lidelser er atypisk anorexia nervosa (alle kriteriene for AN er oppfylt, bortsett fra at individets vekt er innenfor eller over normalområdet til tross for et betydelig vekttap), bulimia nervosa med lav frekvens og/eller varighet (alle kriteriene for BN blir oppfylt, bortsett fra at overspisingen med kompenserende atferd forekommer i gjennomsnitt mindre enn en gang i uken og/eller mindre enn 3 måneder sammenhengende) og overspisingslidelse med lav frekvens og/eller begrenset varighet (alle kriteriene for BED blir oppfylt, bortsett fra

at overspisingen forekommer i gjennomsnitt mindre enn en gang i uken og/eller mindre enn 3 måneder sammenhengende) (American Psychiatric Association, 2013). Andre eksempler på atypiske lidelser er nattspising, gjentakende episoder med overdreven spising på natta, og gjentakende kompenserende atferd (eks. selvindusert oppkast, misbruk av legemidler) uten overspising for å påvirke vekt eller form (American Psychiatric Association, 2013).

3.3.5 Prevalens av spiseforstyrrelser

Det kan være utfordrende å sammenligne internasjonale resultater og fastslå en eksakt prevalens av spiseforstyrrelser. Dette skyldes ulike klassifiseringsverktøy, ulike diagnose-systemer (DSM-5 og ICD-10) og ulikheter i utvalget i studier som har undersøkt dette (Dahlgren, Wisting, & Rø, 2017). Det er ulike måter å presentere prevalens av spiseforstyrrelser. Det kan undersøkes hvor mange individer som er syke ved et bestemt tidspunkt (punktprevalens), hvor mange nye personer som blir syke i løpet av et gitt tidsperiode (insidens) og andelen av en befolkning som noen gang i sitt livsløp får sykdommen (livstidsprevalens) (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Spiseforstyrrelser kan oppstå hos både kvinner og menn, men det er høyest prevalens hos kvinner. Prevalensstudier for spiseforstyrrelser undersøker vanligvis unge kvinner, da dette blir ansett som en populasjon med høy risiko for sykdommen (Hoek, 2016). En metaanalyse av Keski-Rahkonen og kolleger (2016) angir at anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse blant europeiske kvinner har en prevalens på henholdsvis 1-4%, 1-2% og 1-4%. De fant også en prevalens på 0.3-0.7% blant europeiske menn. En norsk systematisk oversiktsartikkel undersøkte prevalens av spiseforstyrrelser ved bruk av ulike målemetoder (Dahlgren et al., 2017). De fant en livstidsprevalens av anorexia nervosa for kvinner på 0.8-3.6%, bulimia nervosa for kvinner på 2.6% og overspisingslidelse for kvinner 3-3.6%. Kun en studie undersøkte prevalens av AN hos menn, og den fant at både livstids- og punktprevalens var 0.1%. Ved bruk av selvrapporing/spørreundersøkelse var det vanligst å undersøke punktprevalens. Disse studiene fant en punktprevalens for AN på 0.06-1.2%, 0.45-8.7% for BN og 0.0-4.1% for BED (Dahlgren et al., 2017).

3.4 Treningssenterbransjen

Treningssenterbransjen er i dag godt etablert, og det finnes ulike treningssentre over hele verden. På verdensbasis var det i 2018 mer enn 210 000 treningssentre med over 183 millioner medlemmer ifølge en fersk rapport fra IHRSA (International Health, Racquet and Sportsclub Association). Videre kommer det frem i rapporten at treningssenterbransjen genererte 94 milliarder dollar, hele 863 milliarder norske kroner, i 2018 (IHRSA, 2019).

I Norge ble det første treningssenteret etablert allerede i 1957, men appellerte på den tiden til kroppsbyggere (Ulseth, 2008), og fremstod for mange som et ekskluderende miljø. Det tok flere tiår før bransjen vokste frem som en allmenn arena for fysisk aktivitet og trening. Den store veksten kom først på 90-tallet etter at SATS åpnet sine første åtte sentre i 1995 (Abrahamsen, Arntzen, Haugen, & Thomsen, 2019). Da SATS startet opp, med Vegard Liven og Bjørn-Sigurd Johansen i spissen, hadde de en ny måte å drive treningssentre på, med fokus på et inkluderende miljø for vanlige mennesker (SATS, 2011). Allerede i utgangen av 1996 hadde SATS vokst til 22 sentre i Norge, og i 2018 hadde treningssenterkjeden over 200 treningssentre fordelt i Norge, Sverige, Finland og Danmark (SATS, u.å.). I takt med bransjens vekst har stadig flere treningssentre, både frittstående og større kjeder, etablert seg. Per oktober 2018 er det 1179 treningssentre i Norge fordelt over hele landet, som vil si at over 90 prosent av befolkningen bor i en kommune med minst ett treningssenter (Virke, 2019). I Norge hadde treningssenterbransjen i 2018 for første gang en omsetning på over 5 milliarder kroner (Virke, 2019).

Opinion gjennomførte i juni 2017 en befolkningsundersøkelse for Virke Trening om fysisk aktivitet i befolkningen (Virke, 2018). Studiens funn viser at 3 av 4 nordmenn oppgir at de mosjonerer eller trener minst en gang i uken, der ca. 1/3 av landets voksne befolkning har medlemskap på treningssenter. Andelen som benytter seg av treningssentre er høy i alle aldersgrupper, men andelen er høyest i den yngre aldersgruppen (<30 år). Oslo er den regionen hvor flest innbyggere oppgir at de benytter treningssenter, med hele 40% av den voksne befolkningen (Virke, 2018). Det siste året har det vært en svak vekst med hensyn til antall medlemmer på norske treningssentre. Likevel viser Virkes rapport til en positiv utvikling i omsetning, og da spesielt en vekst i omsetningen knyttet til PT ordningen. Disse tallene antyder at medlemmene som allerede

trener på treningssentrene i større grad enn tidligere benytter tjenester som tilbys der, da blant annet personlige trenere (Virke, 2019).

3.4.1 Gruppeinstruktør

Gruppetrening slik vi kjenner den i dag har sitt utspring fra «aerobic dance» som første gang ble introdusert i USA i 1968 av Kenneth H. Cooper, bedre kjent som «The Father of the Modern Fitness Movement» (Wing, 2014). Videre ble gruppetrening et kulturelt fenomen og fikk en kraftig vekst på 1980-tallet etter at blant annet Jane Fonda's Workout Book (Fonda & Schapiro, 1981) ble utgitt (Abrahamsen et al., 2019). Denne formen for gruppetrening ble forbundet med rosa leggvarmere, ettersittende turndrakter og feminine bevegelser til musikk. I dag har gruppetrening utviklet seg til å omhandle mye mer. Nå tilbyr treningssentrene alt fra klassiske «aerobic»-, step- og dansetimer, til spinningtimer, bootcamps, sirkeltrening, intervalltimer, kettlebells, boksing, crossfit-inspirerte timer og slyngetimer. I tillegg tilbyr noen sentre yoga, stretching og andre såkalte «body and mind»-timer (Abrahamsen et al., 2019). Gruppetrening har derfor utviklet seg til å bli en treningsform som passer til alle uansett alder og kjønn. Likevel viser forskning at det først og fremst er kvinner som benytter seg av gruppetrening på treningssenter både nasjonalt og internasjonalt (Kennedy & Markula, 2011; Statistisk sentralbyrå, 2019).

«Outstanding group exercise instructors will help retain clients for facilities and, because of their relational skills, will help sustain participant fitness. We cannot underestimate the importance of the group exercise instructor in the business practices of group fitness instruction» (Kennedy-Armbruster & Yoke, 2014, p. 15).

Gruppeinstruktøren har ansvaret for, og skal lede de overnevnte gruppetimene. For å få til dette er det avgjørende at gruppeinstruktøren har tilstrekkelig kompetanse om trening, og kan utvikle treningsprogrammer tilpasset den enkelte gruppetime. I tillegg til faglig kompetanse er det også viktig at gruppeinstruktøren har gode sosiale ferdigheter, fremstår som motiverende og har god kommunikasjon i sine timer (Change & Kim, 2003). Det er i dag vanlig at treningssentre krever at instruktørene som ansettes må ha utdanning og/eller relevant erfaring. Noen krever at instruktøren skal ha godkjent sertifisering og andre treningssentre gir intern opplæring (Abrahamsen et al., 2019). Gruppeinstruktøren er kanskje den treneren på et senter som møter flest mennesker i løpet av en arbeidsdag.

Instruktørene har derfor en viktig rolle for at medlemmer på et treningssenter får en positiv opplevelse slik at de er tilfreds og ønsker å komme tilbake (Campos, Martins, Simões, & Franco, 2017)

3.4.2 Personlig trener

En personlig trener (PT) er en person som veileder og tilrettelegger trening, samt tilbyr tett og individuell oppfølging. Vedkommende skal motivere og inspirere andre til å nå sine aktivitets- og helsemål gjennom individuelle timer med kunder, gruppetimer, treningsreiser eller andre treningsarrangementer. Videre må en PT ha kompetanse om treningslære, ulike tekniske øvelser og kosthold (F. E. Abrahamsen, Arntzen, & Haugen, 2014). Dette er et yrke der personene ofte opererer som selvstendig aktør innenfor treningssenterets virksomhet, og selv må stå for kunderekutteringen (Utdanning.no, 2019). Kunderekutteringen skjer ofte gjennom en gratis prøvetime som de fleste treningssentre tilbyr nye medlemmer. I løpet av disse timene må den personlige treneren selge seg inn hos kunden og overbevise kunden til å kjøpe flere timer. Videre baserer yrket seg på provisjonslønn, som vil si at den personlige treneren ikke har en fast eller garantert lønn, men man får en viss prosentandel av hva kunden betaler for en PT-time (Active Education, 2017).

I utgangspunktet kan alle kalle seg personlig trener og jobbe som dette da det ikke er en beskyttet tittel. Mange treningssentre har likevel som krav at de som jobber med veiledning skal ha en PT-utdannelse. I 2015 var det en offentlig debatt om kompetansen blant norske personlige trenere. På den tiden var de fleste PT-utdannelsene et halvt år med studier, tilsvarende 30 studiepoeng. Atle Arntzen, ansvarlig for Sats sin PT-virksomhet i Norden på den tiden, uttalte at dette ikke er tilstrekkelig og at en PT-utdannelse bør være mer omfattende med minimum 60 studiepoeng (Dyregrov, 2015). Professor ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) Jan Hoff mente at det er skremmende at personlige trenere selger tjenester og gir råd om helse uten å ha tilstrekkelig fagutdanning, og ønsket dermed en bedre kvalitetssikring av bransjen (Burheim, 2015). I tillegg ble det kritisert at personlige trenere som tar mer utdanning ikke fikk mer lønn, og at korte studieløp kombinert med treningskjedens mangel på belønning til dem som tar utdanning, dermed kan føre til at enkelte blir personlig trener uten egentlig å brenne for yrket (Laustsen, 2016). Som en konsekvens av debatten rundt kompetansen til personlige trenere har bransjen gjennom bransjeorganisasjonen Virke

Trening tatt initiativ til å kreve minimum ett års utdanning (60 studiepoeng) for personlige trenere. I tillegg har bransjen gitt økt lønn for flere års relevant utdanning, som ses på som et viktig insentiv for å øke kompetansen (Torset & Krosshaug, 2019).

3.4.3 Kroppslig kapital

Utseende har i lang tid blitt sett på som et tegn på velvære eller svakhet, samt som et mål på en persons helse (Haley, 1978). En slik kobling mellom utseende og helse kan skyldes at mange anser utseende i sammenheng med moral, og mener derfor at pene, veltrente mennesker, har høyere viljestyrke og sterkere karakter (Hutson, 2013). Det viser seg nemlig at det er en sterk sammenheng mellom kroppsvekt, utseende og den autoriteten et menneske kan oppnå (Bleich, Bennett, Gudzone, & Cooper, 2012; Monaghan, 2010). Dette bidro til et nytt fenomen, begrepet kroppslig kapital, hvor folks utseende, attraktivitet og fysiske form fungerer som en ressurs som kan byttes mot andre former for økonomisk, sosial eller kulturell kapital (Bourdieu, 1984). Som en form for kapital, har kroppen blitt et symbol som indikerer både moralsk og sosial verdi. Investering av tid, energi og ressurser i kroppen kan være en måte å øke verdi og status, både økonomisk, sosialt og kulturelt (Bourdieu, 1984).

Hutson (2013) undersøkte i 2011 hvordan kroppslig kapital påvirket autoriteten og troverdigheten til personlige trenere. Trenerne i denne studien så på seg selv som høyt spesialiserte eksperter på helsefremmende arbeid som ble verdsatt av deres kunder, helsepersonell og yrkeseliten. Funnene indikerer at høy kroppslig kapital er viktig for autoritet og troverdighet blant kunder. Videre anså de personlige trenere som ikke oppfylte samfunnets kroppslige krav og ideal at de hadde en ulempe og en lavere kundeforespørsel, som igjen kan påvirke deres økonomiske kapital (Hutson, 2013). Personlige trenere har i tillegg en klar forventning rundt hvordan kropp skal se ut, og er veldig tydelige på hvordan kroppen til en personlig trener ikke skal se ut (Myhre, 2017). På bakgrunn av dette høye kravet til kroppslig kapital og de klare forventningene rundt kropp, er det tenkelig at instruktørens eget forhold til mat og kropp blir negativt utfordret.

3.4.4 Kroppspress i treningssenterbransjen

Treningssenterbransjens omdømmeundersøkelse fra 2019 viste at personer som har et dårlig inntrykk av treningssenterbransjen mener bransjen må ha mindre fokus på utseende

og kropp, og mer fokus på renhold og på folk; de ansatte må være mer imøtekommende og flinkere til å følge opp medlemmene. Videre tror ikke-medlemmer at treningssentrenes medlemmer er mest opptatt av trening og utseende (Credicare, 2019b). En utfordring i treningssenterbransjen er treningssentrenes eget fokus på kropp, vekt og utseende i deres profil og markedsføring (Hvidsten, 2012; Skjølde, 2011). Plakater med bilde av idealiserte kropper, store helfigurspeil, tettsittende treningsklær og mulighet for direkte sammenligning med andre personer skaper et miljø for utseendefokus (Prichard & Tiggemann, 2005). I tillegg bruker mange treningssentre navn på gruppetimene sine med et tydelig fokus på utseende og kropp; *bootylicious* (Fresh-Fitness, 2019; SATS, 2019), , *ABSolution* (SATS, 2019), *Body pump* (3T, 2019; Fresh-Fitness, 2019; Spent, 2019; Stamina, 2019), *Bootybuilder* (3T, 2019) og *Stram opp* (Spent, 2019).

Brown og kolleger (2017) ønsket å undersøke virkningen kroppsfokusert markedsføring har og fikk 389 kvinner til å indikere preferansen deres for gruppetimer basert på tittel/beskrivelse. Studien fant at kvinner som gikk på gruppetimer med navn som appellerte til helse og indre motivasjon hadde flere positive følelser knyttet til trening i forhold til kvinner som foretrakk utseendefokuserte gruppetimer. Kvinner som gikk på utseendefokuserte gruppetimer trente i større grad for å forbedre utseende.

Til tross for en stor overvekt av utseendefokusert markedsføring ved norske treningssentre, kan vi se at deler av bransjen nå tar grep. I mai 2019 innførte treningssenterkjeden EVO som første treningsskjede i Norge flere tiltak for å motvirke kroppspress tilknyttet deres 38 sentre. De skriver på sine nettsider at de er klar over at treningssenterbransjen spiller en medvirkende rolle i det økende kroppspresset i samfunnet og at de i 2019 ønsker å være en positiv bidragsyter i denne saken for å minimere kroppspress (EVO, 2019). Tiltakene de nå har innført er ny og mindre tettsittende bekledning for PT-er, holdningsskapende informasjon på plakater på sentrene med blant annet kampanjen #ingenfasit og sosiale medier-retningslinjer for PT-er (EVO, 2019). I januar 2020 fulgte SATS etter med kampanjen «Train your brain», der de sammen med hjerneforsker Ole Petter Hjelle vil legge fokus på å øke kunnskap om hvordan fysisk aktivitet påvirker hjernen (SATS, 2020). De flytter derfor fokuset bort fra kropp og over til de mange fordelene trening har utover det rent fysiske i sin markedsføring. For å bekjempe kroppspress i treningssentrebransjen er slike tiltak et viktig steg på veien, og EVO og SATS går foran som gode eksempler for resten av

bransjen. Likevel har det blitt diskutert om forsøket er helhjertet da EVO fortsatt viser lite treningsmangfold i sin bildebruk på sine nettsider (Fjellanger, 2019). Det gjenstår dermed fortsatt en del arbeid for at de ovenfornevnte kampanjene skal nå ut til alle ledd i treningssenterbransjen.

3.5 Situasjonsbeskrivelse av treningssenterbransjen

Ut fra foreliggende kunnskap og observasjon vedrørende treningssenterbransjens fremtoning, påvirkning fra sosiale normer om kroppsidealer, det høye kravet til kroppslig kapital og forventninger til kropp, kan man tenke seg at det er en påkjenning for instruktørene å stå i dette miljøet. Vi vet at en sterk kroppslig idealisering kan utfordre personers forhold til mat og kropp, og dermed øke risikoen for spiseforstyrret adferd (Mathisen & Sundgot-Borgen, 2019). Det er derfor tenkelig at instruktørenes mentale helse blir negativt utfordret ved å daglig omgi seg i et kroppsfokusert miljø. Kunnskap fra annen forskning viser at det er en sammenheng mellom kroppsfokuserte miljøer og spiseforstyrret adferd (Mathisen et al., 2020; Mathisen & Olsen, 2016). Det er derimot lite beskrevet kunnskap om hvordan fagutdannede instruktører opplever og håndterer slikt fokus.

Tidligere forskning har funnet at punktprevalensen av selvrapportert spiseforstyrrelse blant kvinnelige treningsinstruktører varierer fra 4-11%, og en livsstilsprevalens opp til 40% (Bratland-Sanda et al., 2015; Höglund & Normen, 2002; Martin & Hausenblas, 1998; Olson, Williford, Richards, Brown, & Pugh, 1996). Dette er noe høyere prevalens enn det som er funnet i metaanalyser som har undersøkt den generelle befolkning (Dahlgren et al., 2017; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Likevel er det funnene knyttet til spiseforstyrret atferd som gir rom for bekymring. Dette er gruppen som har et anstrengt forhold til mat uten å oppfylle de diagnostiske kriteriene. Bratland-Sanda et al. (2015) fant i 2009 en forekomst av spiseforstyrret atferd hos 59% av kvinnelige og 22% av mannlige norske treningsinstruktører. Av de personene som ble definert med en spiseforstyrret atferd, rapporterte 4% av kvinnene at de hadde en nåværende spiseforstyrrelse. Ingen menn rapporterte tilsvarende. I samme undersøkelse fremkom det at under 30% av instruktørene hadde tilstrekkelig god kunnskap om spiseforstyrrelser, som vil si at flertallet av instruktørene var ute av stand til å fange opp symptomer på spiseforstyrret atferd blant kollegaer og kunder. Höglund og Normen (2002) gjennomførte en studie i Sverige der de undersøkte spiseproblematikk blant 167

kvinnelige gruppeinstruktører gjennom selvrapporing. Deres funn viser at 35% av instruktørene har hatt en form for spiseforstyrrelse, derav 11% hadde en spiseforstyrrelse da studien ble gjennomført.

Den nyeste studien gjort i Norge er et masterprosjekt av Marius Johnsen (2016) som undersøkte spiseforstyrrelser og kroppspress blant gruppeinstruktører og personlige trenere ved norske treningssentre. Utvalget i studien bestod av 107 personer, hvorav 84 kvinner og 23 menn, fra ulike treningssentre i Østfold og Telemark. Studien fant at selvrapportert spiseforstyrrelser forekom blant totalt 4.7% av gruppeinstruktører og personlige trenere. Forekomsten er tilsvarende for kvinner (4.8%) og menn (4.3%). Videre fant han at kvinner opplevde at det var en ytre forventning til kropp i større grad enn menn, men at ønske om tynnhet og kroppsmisnøye var lavere hos treningsinstruktørene enn i den generelle befolkningen. Dette samsvarer med Prichard og Tiggemann sine funn på australske kvinner fra 2005. De fant at aerobicinstruktører scoret betydelig lavere på kroppsmisnøye, og de trente mer for glede og mindre for utseendemessige årsaker, enn deltakerne på timene (Prichard & Tiggemann, 2005). Det er likevel usikkert om disse studiene har brukt instrumenter som klarer å fange opp problematikken rundt ønske om en muskuløs kropp og en muskuløs figur idealisering på en god nok måte. Dette er noe Johnsen selv også diskuterer, og at det i senere studier bør legges større vekt på menn. Det at de fleste av studiene på tematikken er over 10 år gamle, usikkerhet knyttet til instrumentene, samt at sosiale medier i mellomtiden har vokst frem som en sentral del av hverdagen, viser at det er på tide å gjøre en ny undersøkelse av mentale helseutfordringer på denne yrkesgruppen. Johnsen presiserer at videre studier bør ha et større antall respondenter, slik at det kan bli gitt et mer helhetlig bilde av forekomsten av spiseforstyrrelser i denne yrkesgruppen.

I tillegg til å undersøke forekomst av spiseforstyrrelser og grad av kroppslig verdsettelse blant norske treningsinstruktører, er det ønskelig å undersøke om det er en sammenheng mellom spiseforstyrrelser og kroppslig verdsettelse. Laura Avalos og kolleger (2005) fant at kroppslig verdsettelse var sterkt relatert i en negativ retning til symptomer på spiseforstyrrelser ($r = -.60, p < .001$). I studien brukte de første utgaven av BAS for å måle kroppslig verdsettelse og The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) for å måle symptomer på spiseforstyrrelser (Avalos et al.,

2005). Tilsvarende funn ble observert da samme studie ble gjennomført av forskergruppen med BAS-2 ($r = -.44, p < .001$) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

4. Metode

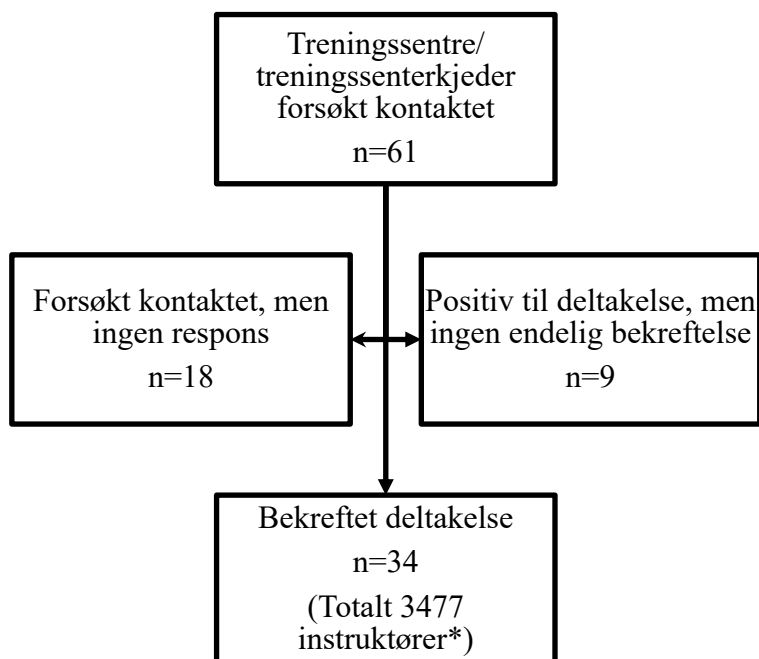
I denne masteroppgaven er det benyttet data som er en del av en større kvantitativ tverrsnittsundersøkelse.

4.1 Rekruttering av deltagere

Rekrutteringen til studien ble gjort gjennom direkte kontakt med treningssentre, og via Virke Trening sitt nyhetsbrev til medlemsorganisasjoner. Kontakten med de ulike treningssenterkjedene ble gjort på telefon fra oktober til desember 2019. Første fase i rekrutteringen var å ta kontakt med ledelsen i de største treningssenterkjedene i Norge, identifisert delvis via forskergruppens kjennskap til bransjen og delvis via Virke Trening medlemsoversikt. Andre fase var å ta kontakt med mindre, selvstendige treningssentre rundt om i landet. For å lokalisere disse ble purehelp.no brukt ved å søke på registrerte treningssentre. Purehelp.no er Norges største leverandør av gratis firmainformasjon på nett. Treningssentre med en online nettside og tilgjengelig kontaktinformasjon ble forsøkt kontaktet. De treningssenterkjedene som gav positiv respons og ønsket å delta i undersøkelsen fikk tilsendt et informasjonsskriv med link til studien for bred utsendelse til lokale treningssentre og deres instruktører (se vedlegg E), samt beskjed om å gi en tilbakemelding på antall instruktører undersøkelsen var sendt til. På noen treningssentre sendte vi informasjonsskriv med link til studien direkte til instruktørene da det var mindre enn en håndfull personer. Spørreundersøkelsen ble dermed distribuert fortløpende etter at vi hadde fått positiv respons. I tidligere studier på denne yrkesgruppen har det vist å være vanskelig å få respondentene til å besvare undersøkelser (Johnsen, 2016). Det kan antas at de ikke nødvendigvis har sett første henvendelse på grunn av høy trafikk i mailinnboks, henvendelsen har havnet i «søppelpost» og/eller de sjeldent leser mail. På bakgrunn av dette sendte vi ut en påminnelsemail ved tre anledninger, etter en uke, etter tre uker, og ved ca. 3 måneder etter første utsendelse (se vedlegg H, I og J). De som mottok påminnelsemailen var de som hadde meldt sin interesse ved å skrive inn sin mailadresse, men som ikke hadde åpnet selve undersøkelsen, og personer som hadde delvis fullført undersøkelsen.

På slutten av innsamlingsperioden valgte vi å rekruttere bredt i en Facebookgruppe for norske personlig trenere og gruppeinstruktører for å øke antall besvarelser. Vi postet et innlegg der vi oppfordret instruktørene til å etterspørre mail fra sine ledere. På den måten

var det kun instruktører som i utgangspunktet allerede skulle ha mottatt en mail fra sin leder som fikk undersøkelsen på denne måten.



Figur 1 Flyttdiagram for rekruttering av treningsentre/treningsenterkjeder.

* Antall instruktører vi fikk bekreftet av senterledere at hadde fått tilsendt informasjon om studien og link til undersøkelsen.

4.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Tabell 2 Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse i studien.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
(1) Kvinner og menn som jobber på norske treningsentre.	(1) Personer under 18 år.
(2) Jobber som gruppeinstruktør og/eller personlig trener.	(2) Personer som ikke bor/jobber i Norge
(3) Minimum 1 fast time/kunde per uke.	
(4) Må kunne kommunisere skriftlig på norsk	

4.3 Spørreskjema

Denne studien baserer seg på selvrapporing via spørreskjema. Å besvare skjemaet ble estimert til å ta mellom 30-45 minutter og bestod av 365 spørsmål og påstander.

Første del av spørreskjemaet bestod av egenutviklede spørsmål utarbeidet av forskergruppen, samt spørsmål fra studien til Bratland-Sanda og kollegaer fra 2009. Disse spørsmålene bestod av demografiske data som alder, vekt, høye, minimums- og maksimumsvekt i voksen alder, generell utdanning og idrettsrettet utdanning, treningserfaring (antall år og type idrett) og tidligere (diagnostisert) spiseforstyrrelse. I tillegg var det spørsmål knyttet til bruk av dopingmidler, opplevelser knyttet til #metoo og bruk av sosiale medier. I denne masteroppgaven har jeg benyttet meg av spørsmål knyttet til demografiske data, samt data knyttet til selvrapporing av spiseforstyrrelser.

Andre del av spørreskjemaet bestod av 11 standardiserte instrumenter som tok for seg spørsmål knyttet til mental helse og depresjon, holdninger til egen kropp og utseende, forhold til trening og matvaner. For å besvare problemstillingene i denne masteroppgaven ble tre av de standardiserte spørreskjemaene benyttet (se avsnitt 4.3.2-4.3.4).

Selv om spørreskjemaet bestod av totalt 365 spørsmål og påstander, måtte ikke alle deltakerne ta stilling til samtlige spørsmål. Det var lagt inn automatiske navigeringer i spørreskjemaet for å la personer gå forbi spørsmål som ikke var relevante for dem. For eksempel er noen instrumenter delt på kjønn, og menn ble derfor navigert forbi spørsmål om menstruasjonsfunksjon osv. Samme gjaldt hvis en person svarte at han/hun ikke brukte sosiale medier, så ble vedkommende navigert forbi spørsmål om dette.

4.3.1 SurveyXact

Vi brukte SurveyXact 8.2 som plattform for skjemaarbeidelse og datainnsamling. SurveyXact er et brukervennlig og fleksibelt web-basert verktøy for utvikling, gjennomføring og analyse av spørreundersøkelser utviklet av Rambøll Management. Lenken til undersøkelsen ble distribuert via mail. Alle svar på undersøkelsen ble lagret på en server administrert av Rambøll Management, og senere sendt til vår forskergruppe som en Excel-fil. Som student ved Norges idrettshøgskole hadde jeg systemet tilgjengelig gjennom hele prosjektperioden. Norges idrettshøgskole har en databehandleravtale med Rambøll Management i henhold til personopplysningsloven og

personopplysningsforskriften. Bruk av SurveyXact tilfredsstillt dermed alle relevante lovkrav.

4.3.2 The drive for Muscularity Scale

The Drive for Muscularity Scale (DMS) (Cronbach's $\alpha = 0.87$) er et spørreskjema med 15 påstander designet for å måle menn og kvinners holdninger til muskulatur og ønske om å være mer muskuløs (figur idealisering) (McCreary & Sasse, 2000) (se vedlegg K). Respondentene blir bedt om å indikere i hvilken grad hver påstand reflekterer sin egen atferd og holdninger (dvs. hvor ofte de handlet på- eller følte det på den beskrivende måten) ved hjelp av en 6-punkts Likert-skala (Aldri [1] til Alltid [6]). Påstandene er skåret slik at høyere skår indikerer en større drivkraft for muskulatur. DMS har to underskalaer: Muscularity-oriented body image (MBI) og Muscularity behavior (MB) (McCreary, Sasse, Saucier, & Dorsch, 2004). MBI-underskalaen reflekterer ens holdning til ønsket om å få muskelmasse og tilfredshet med dagens kroppsfasong. I kontrast reflekterer MB-underskalaen i hvilken grad man engasjerer seg i atferd for å få mer muskelmasse. En påstand i DMS (påstand nr 10, som spør respondentene i hvilken grad de tenker på å bruke anabole steroider) har noen ganger veldig liten variabilitet, og dermed skader instrumentets pålitelighet (McCreary et al., 2004). I datasettet brukt i denne oppgaven er dette tilfellet, og etter anbefaling fra forfatterne av instrumentet har jeg dermed valgt å fjerne påstand nr. 10 fra analysene. Norsk oversettelse av instrumentet ble gjort av Solfrid Bratland-Sanda i 2011 til bruk i hennes masterprosjekt (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012).

Det er tidligere rapportert en tilstrekkelig reliabilitet ($\alpha = .85-.91$) og validitet for DMS. For kvinnelige respondenter har reliabilitetsestimatet vært over 0.80 (McCreary, 2007). Videre rapporterte Cafri og Thompson (2004) en høy 7-10 dagers test-retest korrelasjon i et utvalg av menn; .93 for hele skalaen, .84 for MBI og .96 for MB. Det argumenteres for at den totale DMS-skåren kan brukes i utvalg av både menn og kvinner. Imidlertid er holdnings- og atferdsunderskalaene kun validert for menn (McCreary et al., 2004), og MBI og MB vil derfor kun presenteres for det mannlige utvalget i denne oppgaven.

4.3.3 The Body Appreciation Scale – 2

The Body Appreciation Scale (BAS) (Cronbach's $\alpha = 0.95$) ble utviklet som et måleinstrument for kroppsbilde, et individs aksept for, meninger om og respekt for egen

kropp (Avalos et al., 2005). The Body Appreciation Scale – 2 (BAS-2) er en forbedret utgave der forfatterne eliminerte kjønns spesifikke versjoner og et språk basert på kroppsmisnøye, samt utviklet tilleggsspørsmål basert på positiv kroppsbildeforskning (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) (se vedlegg K). BAS-2 er et kort og reliabelt mål for kroppsvurdsettelse (evnen til å forholde seg til egen kropp på en aksepterende og kjærlig måte, og å sette pris på dens unikhhet, uavhengig av identifisering av visse aspekter som kan være i strid med samfunnets skjønnhetsidealer) (Marta-Simões, Mendes, Trindade, Oliveira, & Ferreira, 2016). BAS-2 består av 10 påstander/spørsmål som deltakeren må ta stilling til på en skala fra 1 (aldri) til 5 (alltid). Poengprosedyren er basert på deltakerens gjennomsnittlige svar på spørsmål 1-10. Jo høyere gjennomsnittsskår fra 1-5, jo høyere grad av tilfredshet. Norsk oversettelse av BAS-2 er gjort av forskergruppen til denne studien etter anbefalte retningslinjer. BAS-2 har tidligere vist å ha en god intern konsistens ($\alpha = 0.94$) og reproduserbarhet (Swami & Ng, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). BAS-2 gir et godt mål for kroppsbilde som er relevant for forskning og kliniske settinger (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

4.3.4 Eating disorder Examination – Questionnaire (EDE – Q)

Eating Disorder Examination Interview (EDE) (Cronbach's $\alpha = 0.94$) er et semistrukturert intervju som har som hensikt for å få en dypere forståelse av den spesifikke psykopatologien hos personer med spiseforstyrrelse (Cooper & Fairburn, 1987). EDE er ansett som den mest valide metoden, og intern konsistens og test-retest-reliabilitet er god (Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004). Senere så man et behov for et mer kostnadseffektivt screeningsverktøy, og det ble dermed utviklet en selvrappporterende versjon, Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008) (se vedlegg M). EDE-Q er validert opp mot EDE og er et solid instrument som bidrar i prosessen med å stille en diagnose (Skårderud, 2016). EDE-Q er vist å ha god spesifisitet og sensitivitet for å skille kvinner og menn med spiseforstyrrelser fra friske (Rø, Reas, & Stedal, 2015; Schaefer et al., 2018). EDE-Q har også tidligere vist å ha god intern konsistens (Cronbach's $\alpha = 0.94$) og en god repeterbarhet (Rø, Reas, & Lask, 2010). Norsk godkjent oversettelse av EDE-Q er av D.L Reas og Ø. Rø ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), tilhørende Oslo universitetssykehus.

EDE-Q består av 28 spørsmål, hvor 22 er fordelt på fire subskalaer: restriksjon, bekymring for spising, bekymring for vekt og bekymring for figur, og tar utgangspunkt i

de siste 28 dagene (se vedlegg N). Den globale skåren regnes ut ved å summere de fire deltestene, og totalsummen deles på antall deltester (Mond et al., 2004). Den anbefalte grenseverdien for den globale skåren er ansett å være på 2.50, og den normative verdien i en frisk, norsk befolkning er 1.25 (Rø et al., 2015). Grenseverdien på 2.50 vil bli benyttet i denne oppgaven, og en skår over grenseverdien vil defineres som symptomer på spiseforstyrrelse. I tillegg består EDE-Q av seks spørsmål (spm. 13 til 18), som ikke er inkludert i subskalaene eller globalskåren, som undersøker forekomst og frekvens av atferd de siste 28 dagene. Disse spørsmålene er direkte knyttet til diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelser, der et svar på ≥ 4 blir ansett som unormalt.

4.4 Analyse

Alle resultater ble analysert i IBM SPSS Statistics 24.0 og figurer ble designet i Microsoft Excel for MacBook, 2019, versjon 16.29.1 Statistisk signifikansnivå ble satt til ≤ 0.05 , hvor en p-verdi på ≤ 0.05 ble definert som statistisk signifikant (O'Donoghue, 2013, p. 125). For å evaluere normalfordeling ble Kologorow-Smirnow benyttet og inspeksjon av histogram for normalfordelingskurver. Resultatene er presentert gjennom median, kvartilbredde og antall (n) da store deler av datamaterialet er tolket som skjevfordelte. Mann-Whitney U test ble benyttet for å undersøke forskjeller mellom kjønn.

For å se på sammenheng mellom skår på BAS-2 og EDE-Q ble det benyttet en Spearman's rho korrelasjon. Spearman's rho ble brukt i stedet for en Pearsons korrelasjon fordi globalskåren til begge instrumentene er skjevfordelte. Undersøkelser av residualene viste at de er normalfordelte. Dette er en forutsetning for å gjennomføre en lineær regresjon. Videre ble det benyttet et scatterplott og en lineær regresjon for å finne ligningen for den best passende linja for skår på BAS-2 og EDE-Q.

4.5 Etikk

Studien er godkjent av regional etisk komite (REK) (ID 28855, se vedlegg A og B) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ID: 868768, se vedlegg C). Studien er også registrert i Clinical Trials (ID: NCT04135729, se vedlegg D). Videre måtte samtlige forsøkspersoner signere et informert samtykkeskjema i tråd med etiske retningslinjer fremholdt av REK/NSD (se vedlegg). Samtykkeskjemaet kom først i den elektroniske spørreundersøkelsen. De personene som ikke samtykket til undersøkelsen, ble videreført ut av spørreundersøkelsen. På denne måten sikret vi at alle som gjennomførte

undersøkelsen hadde godtatt vilkårene og sin deltakelse i studien. Det informerte samtykkeskjemaet ble utviklet i tråd med retningslinjer fra REK og inneholdt informasjon om formål, metoder, finansieringskilder, forventede fordeler og mulig risiko. I tillegg ble det informert om hvordan opplysninger blir beskyttet og oppbevart, forsøkspersonene ble gjort kjent med sin rett til å ikke delta og at de på hvilket som helst tidspunkt kan trekke et gitt samtykke.

5. Resultat

5.1 Beskrivelse av utvalget

Totalt 323 personer hadde fullført eller delvis fullført utfyllingen av spørreskjema da jeg avsluttet datainnsamlingen. Av disse ble 50 personer ekskludert fordi de hadde avsluttet undersøkelsen før denne studiens aktuelle instrumenter. Videre ble en person ekskludert med hensyn til personvern og anonymitet. Vedkommende hadde valgt kjønnet «annet», og med kun en person med dette kjønnet i datamaterialet kan det være enkelt å gjenkjenne vedkommende dersom man jobber i samme miljø. Datamaterialet i denne oppgaven består dermed av 272 personer.

I tabell 3 er utvalget presentert. Det er signifikante forskjeller mellom de mannlige og kvinnelige deltakerne i alder, kroppsmasseindeks (KMI), timer brukt på egentrening og timer instruksjon per uke. I utvalget jobber flertallet som gruppeinstruktører, og færrest personer jobber kun som personlig trener.

Tabell 3 Deskriptive data for utvalget totalt, samt delt kvinner og menn. Presentert gjennom median (kvartilbredde).

	Mann (n=59)	Kvinne (n=213)	Totalt (n=272)	p-verdi
Alder (år)	39 (20)	33 (17)	33 (17)	.06
KMI (kg/m ²) ¹	25.5 (2.4)	22.9 (2.95)	23.5 (3.4)	.000**
Timer egentrening/uke ²	7,0 (6)	5,0 (5)	6,0 (5)	.006*
Timer instruksjon/uke	5 (18)	4 (6)	4 (7)	.041*
Kun personlig trener	16 (27%)	20 (9%)	36 (13%)	
Kun gruppeinstruktør	26 (44%)	153 (72%)	179 (66%)	
Kombinasjon personlig trener og gruppeinstruktør	17 (29%)	40 (19%)	57 (21%)	

¹ To deltagere fjernet grunnet ekstremverdier (KMI = 0)

² To deltagere fjernet grunnet ekstremverdier (66 og 81 timer egentrening/uke)

* Signifikant $\leq 0,05$ mellom kvinner og menn

** Signifikant $\leq 0,001$ mellom kvinner og menn

KMI = kroppsmasseindeks

5.2 Ønske om en muskuløs kropp

Tabell 3 viser skår på ønske om en muskuløs kropp for hele utvalget og fordelt på kjønn. Det er en signifikant forskjell mellom kjønn i DMS skår. Videre vises skåren på underskalaene Muscularity-oriented body image (MBI) og Muscularity behavior (MB) for det mannlige i utvalget.

Tabell 4 Deltakernes DMS skår for kvinner, menn og totalt, samt underskalaene MBI og MB for menn. Presentert gjennom median (kvartilbredde).

	Kvinner (n=204)	Menn (n=58)	Totalt (n=262)	p-verdi
DMS skår	2.0 (1.1)	2.3 (1.1)	2.0 (1.0)	.008*
MBI		1.9 (1.1)		
MB		2.6 (1.5)		

* Signifikant $\leq 0,05$ mellom kvinner og menn

5.3 Kroppslig verdsettelse

Tabell 6 viser skår for kroppslig verdsettelse for hele utvalget og fordelt på kjønn. Det er en signifikant forskjell mellom kjønn i BAS-2 skår.

Tabell 5 Deltakernes BAS-2 skår. Presentert gjennom median (kvartilbredde).

	Kvinner (n=213)	Menn (n=59)	Totalt (n=272)	p-verdi
BAS-2 Skår	4.0 (1.1)	4.3 (1.0)	4.1 (1.1)	.025*

* Signifikant $\leq 0,05$ mellom kvinner og menn

5.4 Forekomst av spiseforstyrrelser

5.4.1 Selvrapportert spiseforstyrrelse

Personer som svarte at de i løpet av livet har forsøkt å gå ned i vekt (n=208) fikk tre oppfølgingsspørsmål direkte knyttet til spiseforstyrrelser. Den prosentandelen som presenteres videre representerer disse 208 personene. På spørsmålet «Mener du selv at du har hatt en spiseforstyrrelse?» svarer 62 personer (30%) ja, hvorav 59 er kvinner, 131

personer svarer nei (63%) og 15 personer (7%) svarer vet ikke. På spørsmålet «Mener du selv at du *har* en spiseforstyrrelse?» svarer 15 personer (7%) ja, 13 kvinner og 2 menn. Videre svarte 25 personer (12%), herav alle kvinner, at de på et tidspunkt har blitt fortalt av lege eller psykolog at de har anorexia nervosa, bulimia nervosa eller overspisingslidelse.

5.4.2 Symptomer på spiseforstyrrelse

Tabell 7 viser utvalgets globale EDE-Q skår, samt skår på de fire subskalaene. Funnene viser at det er en signifikant forskjell mellom kjønnene på global skår, samt subskalaene bekymring for spising, bekymring for figur og bekymring for vekt. Det er ingen forskjell mellom kjønn på subskalaen restriksjon. Andelen deltakere som skårer over grenseverdi på EDE-Q er 22 (9%). Av disse er 21 personer kvinner og én mann.

Tabell 6 EDE-Q skår på de fire subskalaene og den globale skåren. Presentert gjennom median (kvartilbredde).

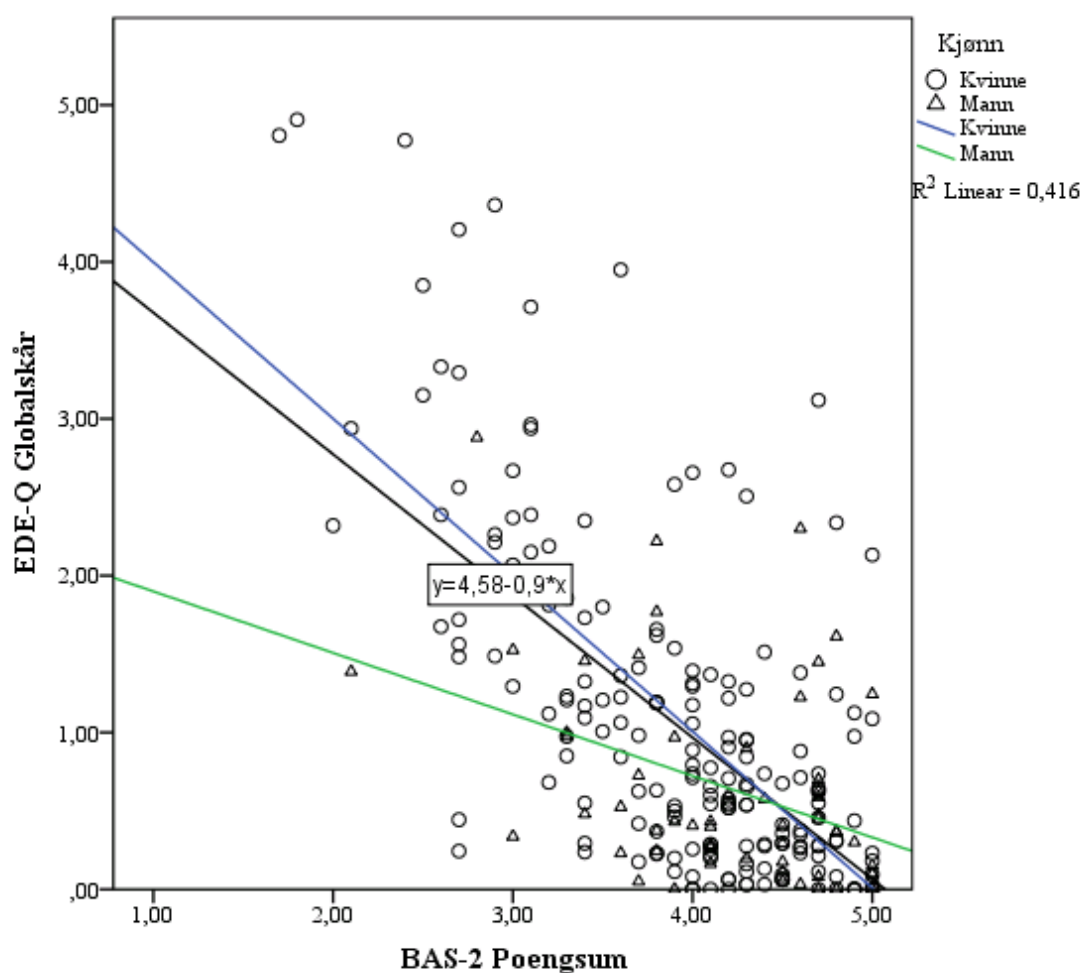
	Kvinner (n=189)	Menn (n=56)	Totalt (n=245)	p-verdi
Restriksjon	0.6 (1.5)	0.3 (1.2)	0.6 (1.4)	.167
Bekymring for spising	0.2 (0.6)	0.0 (0.2)	0.0 (0.6)	.001**
Bekymring for figur	1.1 (1.75)	0.5 (1.3)	1.0 (1.6)	.003*
Bekymring for vekt	0.8 (1.8)	0.5 (0.95)	0.8 (1.6)	.019*
Global skår	0.7 (1.2)	0.4 (0.8)	0.6 (1.1)	.014*

* Signifikant $\leq 0,05$ mellom kvinner og menn

** Signifikant $\leq 0,001$ mellom kvinner og menn

5.5 Sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og spiseforstyrrelser

Figur 2 illustrerer sammenheng mellom BAS-2 skår og EDE-Q global skår. Spearman's rho viser en korrelasjon på $-.654$. Korrelasjonen er signifikant på nivå 0.01 (2-tailed). R^2 (adjusted R square) er på 0.416 , som vil si at 41.6% av variasjonen i EDE-Q global skår kan forklares av BAS-2 skår. Ved å splitte utvalget på kjønn vises en korrelasjon på $-.680$ for kvinner og $-.387$ for menn. Videre kan 46.3% av variasjonen i EDE-Q global skår for kvinner forklares av BAS-2 skår, mens 15% av variasjonen i EDE-Q global skår kan forklares av BAS-2 skår for menn.



Figur 2 Viser sammenheng mellom BAS-2 skår og EDE-Q global skår totalt og splittet på kjønn, samt ligningen for den best passede linja.

6. Diskusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke i hvilken grad treningsinstruktører opplever kroppslig verdsettelse og ønske om å være mer muskuløse, forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser blant treningsinstruktører, samt om det var noen kjønnsforskjeller i det overnevnte. Videre skulle det undersøkes om det er en sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser i yrkesgruppen.

Hovedfunnene i studien viser at treningsinstruktører ved norske treningsentre i stor grad opplever kroppslig verdsettelse og i liten grad har et ønske om en muskuløs kropp. Videre fremkommer det via EDE-Q at 22 instruktører (9%) har symptomer på spiseforstyrrelser, hvorav 21 kvinner og 1 mann. Det er signifikant større ønske om å være muskuløs blant menn i forhold til kvinner. Videre er det en signifikant lavere grad av kroppslig verdsettelse og høyere grad av symptomer på spiseforstyrrelser blant kvinner sammenlignet med menn.

Som forventet viser funnene i denne studien at det er en sammenheng mellom globalskår på EDE-Q og BAS-2 skår, som vil si at personer som skårer høyt på kroppslig verdsettelse i lav grad viser symptomer på spiseforstyrrelse.

6.1 Demografiske data

Utvalget rapporterer en median alder på 33 år, med en noe høyere alder blant menn (median 39 år), og en range fra 18 til 80 år. Som forventet er rapportert alder skjevfordelt, der flest instruktører har en relativt ung alder. Dette samsvarer med tidligere norske studier, og alderen til personer som jobber som instruktører har holdt seg stabilt de siste 10 årene (Bratland-Sanda et al., 2015; Johnsen, 2016). At jobben til tider kan være fysisk krevende, ugunstige arbeidstider, i stor grad baserer seg på provisjonslønn og at instruktører opplever et høyt krav til kroppslig kapital kan være årsaker til at instruktører velger å gå over til andre yrker eller stillinger senere i karrieren. Disse påstandene støttes av personlige trenere som har gått over i andre yrker (Credicare, 2019a; Laustsen, 2016).

En relativt høy KMI hos menn i dette utvalget antas å skyldes en høy andel muskelmasse. KMI tar ikke hensyn til kroppssammensetning, og en kropp med høy andel muskelmasse

veier mer enn en kropp som har stor andel fett (Jeukenbrup & Gleeson, 2018). Mennene i utvalget rapporterer et høyt antall timer med egentrening i uken (median 7 timer/uke). Tilsvarende høy KMI (25.5-26.0 kg/m²) og høyt antall treningstimer i uken er funnet i tidligere studier på yrkesgruppen, med henholdsvis 4.2-4.8 timer/uke for kvinner og 5.9-6.7 timer/uke for menn (Bratland-Sanda et al., 2015; Johnsen, 2016). Den høye treningsmengden, og at dette er en gruppe av befolkningen med stor interesse for trening og helse, styrker antakelse om at den mannlige delen av utvalget ikke er overvektige, men er muskuløse.

6.2 Ønske om en muskuløs kropp

Resultater fra denne studien viser at de mannlige instruktørene har en median DMS skår på 2.3 (1.1), mens kvinnene skårer 2.0 (1.1). Instruktørene har derfor i liten grad et ønske om en muskuløs kropp og lav muskuløs figur idealisering. Forskjellen mellom menn og kvinner er statistisk signifikant, men vil i klinisk arbeid ikke være relevant da forskjellen er relativt lav. De mannlige treningsinstruktørene i denne studien skårer relativt likt som gutter i alderen 18-32 år og mannlige mosjonister (Eik-Nes, Austin, Blashill, Murray, & Calzo, 2018; McPherson, McCarthy, McCreary, & McMillan, 2010) og betydelig lavere enn mannlige kroppsbyggere, vektløftere og fitnessutøvere (Hale, Roth, DeLong, & Briggs, 2010). Videre har mennene en median skår på Muscularity oriented body image (MBI) tilsvarende 1.9 og på Muscularity behavior (MB) tilsvarende 2.6, som vil si at de skårer høyere på at de engasjerer seg i atferd for å få mer muskelmasse, enn ønske om å få økt muskelmasse. Disse funnene er relativt like i verdi, men motsatt, av funn gjort tidligere hos mannlige mosjonister (MBI: 2.49, MB: 1.51) (McPherson et al., 2010). At instruktørene rapporterer høyere på at de engasjerer seg i atferd for å få mer muskelmasse kan skyldes instruktørens livsstil, arbeidsmiljø og interesse for trening og helse. Spørsmålene knyttet til MB retter seg mot styrketrening for å bygge muskler, samt bruk av protein- og/eller energitilskudd. På norske treningssentre selges både energidrikker, proteinshaker og proteinbarer (Dahl & Indrebø-Langlo, 2018). Deres tilhørighet til treningssentermiljøet, hvor nettopp energi- og proteindrikker selges og er akseptert, samt det høye treningsmengden til instruktørene, kan tenkes å være årsaken til at instruktørene skårer høyere på dette.

Etter omfattende litteratursøk er det funnet få studier som har undersøkt kvinners ønske om en muskuløs kropp ved bruk av DMS, da ønske om synlige muskler lenge var tenkt

som et mannlig fenomen. De kvinnelige treningsinstruktørene skårer relativt likt som kvinnelige studenter (Kelley, Neufeld, & Musher-Eizenman, 2010; McCreary & Saucier, 2009) og lavere enn norske kvinnelige fitnessutøvere (Mathisen & Sundgot-Borgen, 2019). Videre har de kvinnelige treningsinstruktørene et lavere ønske om en muskuløs kropp sammenlignet med mennene. Dette sammenfaller med tidligere studier (Kelley et al., 2010; McCreary & Saucier, 2009). Andre studier som har undersøkt tilsvarende med bruk av andre instrumenter har også funnet at menn generelt har et høyere ønske om en muskuløs kropp enn kvinner, og at idrettsutøvere har et høyere ønske enn ikke-idrettsutøvere (Mills & D'alfonso, 2007; Steinfeldt, Carter, Benton, & Steinfeldt, 2011). Det argumenteres for at den totale DMS-skåren kan brukes i utvalg av både menn og kvinner (McCreary et al., 2004), men det kan diskuteres om instrumentet er relevant for kvinner. Ifølge Morrison og kolleger (2006) virker noen elementer i DMS uhensiktsmessige for kvinner, siden de vurderer holdninger og atferd som kanskje ikke gjenspeiler kvinners kroppsidealisering i vestlig kultur. Til tross for at kvinners kroppsideal har beveget seg bort fra ren tynnhet til et mer muskuløst ideal, er fortsatt det mannlige idealet i større grad preget av fremtredende muskler. På bakgrunn av dette kan det tenkes at en forskjell i DMS skår mellom kjønn vil kunne forventes.

Det er tidligere diskutert at utvalget består av godt trente personer og at det er tenkelig at utvalget har en høy KMI grunnet høy muskelmasse. Det vil kunne antas at den lave DMS skåren skyldes at utvalget allerede er muskuløse, men ønske om en muskuløs kropp er tidligere vist å ikke være relatert til vekt, KMI og faktisk muskelmasse (Eik-Nes et al., 2018; McCreary, Karvinen, & Davis, 2006). Funnene kan derfor ikke si noe mer utover at treningsinstruktører har et relativt lavt ønske om en muskuløs kropp, på linje med den generelle befolkning.

6.3 Grad av kroppslig verdsettelse

Studiens funn indikerer at treningsinstruktørene i stor grad opplever kroppslig verdsettelse. Det er en signifikant forskjell mellom kvinner og menn, men forskjellen har liten klinisk betydning, og begge gruppene skårer generelt høyt. Det er ingen studier som har undersøkt et norsk utvalg eller treningsinstruktører med BAS-2, men tidligere funn på andre populasjoner viser en gjennomsnittlig BAS-2 skår fra 3.22-3.74 hos kvinner og fra 3.37-3.97 hos menn (Alleva, Martijn, Veldhuis, & Tylka, 2016; Swami, Stieger, Haubner, & Voracek, 2008; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Norske

treningsinstruktører har derfor en noe høyere kroppslig verdsettelse enn andre utvalg. Det kan tenkes at instruktørene, på grunn av sin høye treningsmengde, opplever optimal kroppslig funksjon, som igjen kan ha en positiv påvirkning på deres kroppslige verdsettelse. Dette samsvarer med litteratur som tilsier at fysisk aktive personer har høyere selvtillit og mer fornøyd med egen kropp (Haugen, Säfvenbom, & Ommundsen, 2011). Det kan også tenkes at treningsinstruktører opplever høy grad av kroppslig verdsettelse fordi de etterlever sine og samfunnets høyt ettertraktede verdier om trening, kost og helse som følge av sitt yrke og interesser. Samfunnets fokus på kroppspositivisme og kroppsaksept, samt at store treningssentre har flyttet fokus bort fra kropp og over til de mange fordelene trening har utover det rent fysiske i sin markedsføring, kan også være en årsak til at treningsinstruktørene i stor grad opplever kroppslig verdsettelse. Det er funnet at intervensjoner og holdningskampanjer basert på kroppsaksept fører til et sunnere kroppsbilde (Bacon & Aphramor, 2011), og det kan derfor tenkes at dette har hatt en positiv effekt på instruktørene.

Til tross for påstander og forventinger om at denne yrkesgruppen har et utfordrende forhold til kropp og mat på grunn av foreliggende kunnskap og observasjon vedrørende treningssenterbransjens fremtoning og forventninger til kropp, viser resultatene fra de to overnevnte instrumentene DMS og BAS-2 at instruktørene i dette utvalget har et godt forhold til egen kropp. Dette samsvarer med tidligere forskning på kroppsbilde blant treningsinstruktører (Johnsen, 2016; Prichard & Tiggemann, 2005). Johnsen (2016) påpekte likevel viktigheten av at nye studier i større grad undersøker ønske om en muskuløs kropp, da det er tenkelig at instrumentene som har blitt brukt ikke har fanget dette opp i god nok grad. Denne studien finner ingen forskjell fra tidligere forskning ved å inkludere instrumentet DMS for å undersøke nettopp dette.

6.4 Forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser

I studien oppgir 62 personer at de selv mener de på et tidspunkt har hatt en spiseforstyrrelse, og 15 personer mener selv at de har en spiseforstyrrelse på nåværende tidspunkt. I studien stiller vi direkte spørsmål om diagnose og om de har/har hatt en spiseforstyrrelse kun til de 208 personene som svarte at de i løpet av livet har forsøkt å gå ned i vekt. Dette var en kobling som ble lagt inn i SurveyXact. Vi ser i ettertid at det hadde vært hensiktsmessig at hele utvalget fikk disse spørsmålene, da spiseforstyrrelser ikke er synonymt med å gå ned i vekt. For eksempel kan personer med overspisingslidelse

holde en jevn vekt (Villa Sult, u.å.) og derfor falle utenfor denne koblingen. Videre kan det tenkes at personer med et høyt ønske om en muskuløs kropp, vil rapportere overspising som tilsvarende diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelse til tross for at de ønsker å legge på seg muskelmasse. Det blir derfor en svakhet at funnene ikke representerer hele utvalget, men kun 77%, og det kan ikke si noe om forekomsten i studiens totale utvalg. Av de 208 som besvarte direkte spørsmål om spiseforstyrrelse, sa 7% at de har en nåværende spiseforstyrrelse. Tidligere studier på yrkesgruppen i Norge har funnet at selvrapportert nåværende spiseforstyrrelse har en forekomst på 4.0-4.7% (Bratland-Sanda et al., 2015; Johnsen, 2016), mens en forekomst på 11% er funnet i Sverige (Höglund & Normen, 2002).

Det er vanskelig å vite om forekomsten av selvrapportert spiseforstyrrelse ville vært høyere eller lavere med hele utvalget representert. Tidligere studier som har undersøkt spiseforstyrrelser ved bruk av selvrapportering/spørreundersøkelse hos den generelle befolkningen finner en punktprevalens på 0.0-8.7% (Dahlgren et al., 2017). Videre viser studier som har undersøkt tilsvarende hos idrettsutøvere på høyt konkurransenivå en forekomst på 3.2-32.8%, med en høyere forekomst blant kvinner enn menn (Hulley & Hill, 2001; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Sundgot-Borgen, 1993; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004; Torstveit, Rosenvinge, & Sundgot-Borgen, 2008). Av disse studiene var det kun Hulley og kolleger (2001) som har brukt selvrapportering og de fant en forekomst på 16%. De andre studiene har brukt selvrapportering kombinert med klinisk intervju. Sundgot-Borgen (1993) fant i tillegg at det var en signifikant underrapportering blant utøverne ved selvrapportering sammenlignet med klinisk intervju og undersøkelser. Denne studiens funn indikerer at treningsinstruktører i større grad samsvarer med en generell befolkning enn idrettsutøvere på forekomst av spiseforstyrrelser. Men hvis vi anser treningsinstruktører som likere idrettsutøvere enn den generelle befolkning i karakteristikk, kan det være tenkelig at også treningsinstruktørene har underrapportert, og at forekomsten hadde vært høyere hvis vi hadde undersøkt med klinisk intervju.

Via EDE-Q fremkommer en median EDE-Q globalskår på 0.6 for hele utvalget, samt 0.4 for menn og 0.7 for kvinner. Forskjellen mellom menn og kvinner er funnet til statistisk signifikant, men denne forskjellen har ingen klinisk betydning. Tilsvarende lav median fremkommer for underkategoriene i EDE-Q, både blant de mannlige- og kvinnelige instruktørene. Rø og kolleger (2015) fant en normverdi på 1.25 i en frisk, norsk

befolkning. Videre er det funnet en gjennomsnittlig globalskår på 0.44-1.42 (0.44 for menn og 1.41 for kvinner) i andre friske, norske befolkningsgrupper (Reas, Øverås, & Rø, 2012; Rø et al., 2010; Rø, Reas, & Rosenvinge, 2012; Rø et al., 2015). Treningsinstruktørene i denne studien har en dermed betydelig lavere skår enn tidligere funn og normverdi. Det kan diskuteres om årsaken til dette skyldes at spørsmålene i EDE-Q ikke treffer treningsinstruktørens interesser. For eksempel er det tenkelig at de ønsker å spise regelmessig med fokus på riktig næringsinnhold, framfor å tenke at de vil gå fastende i mer enn 8 timer og ønsker å ha tom mage. Da EDE-Q fokuserer på det sistnevnte kan det være at personer skårer lavt, til tross for at de egentlig kvalifiserer til symptomer på spiseforstyrrelser. Men det kan også tenkes at denne lave EDE-Q skåren skyldes at de faktiske forholdene knyttet til spiseforstyrrelser blant treningsinstruktørene er bedre enn forventet. Treningsinstruktørene har bevisst gjort et yrkesvalg der de jobber med trening og helse. Parallelt til treningssenterbransjens vekst, har flere valgt personlig trener og gruppeinstruktør som yrkesretning, og yrket har gått fra å være forbeholdt godt trente personer med bakgrunn i styrketrening, til personer med varierende bakgrunn og interesser. I tillegg har utdanningsinstitusjonene som tilbyr PT-utdanning endret utdannelsens innhold til å reflektere markedets behov og i større grad vektlagt helsemessige aspekter mer enn prestasjon (Arntzen, 2017). Det har også blitt økt krav til utdanning og kompetanse for personlige trenere. Det er derfor tenkelig at treningsinstruktørene i dag i større grad ønsker å bidra positivt i det forebyggende helsearbeidet, i stedet for et ytre prestasjonsfokus, og at de har et bedre forhold til mat, trening og kropp enn tidligere og andre befolkningsgrupper.

Til tross for en lav median globalskår, fremkommer det at 22 personer (9%) skårer over cut-off på EDE-Q og blir derfor definert med symptomer på spiseforstyrrelse. Av disse er 21 kvinner og kun 1 mann. Via median skår fremkommer utvalget i denne studien som veldig friske og uten noen symptomer på spiseforstyrrelser, men undersøkelsen av over/under cut-off tilsier at det er en forekomst i utvalget. Dette viser viktigheten med å undersøke utvalget i sin helhet, og ikke kun se på median/gjennomsnittskår i et utvalg. Etter omfattende litteratursøk finner jeg kun en studie som presenter cut-off på EDE-Q global skår. En meksikansk studie med cut-off på 2.3, fant at 2.6-16.1% skåret over og ble definert med spiseforstyrrelse (Penelo, Negrete, Portell, & Raich, 2013). En cut-off bør helst evalueres på nasjonalt grunnlag, da grad av sykkelighet må sees i forhold til

nasjonal kultur (mat og kroppsideal). Det er derfor vanskelig å sammenligne disse to studiene.

Kun 8 personer som skårer over cut-off oppgir at de har en spiseforstyrrelse på nåværende tidspunkt. Funnene tilsier at flere viser symptomer på spiseforstyrrelse enn de som rapporterer nåværende sykdom. Det kan være vanskelig å selv innse graden av egne utfordringer. Det kan antas at mange treningsinstruktører omgir seg i et miljø med fokus på mye trening og matregler, og god kostholdskontroll og treningsregime kan bli anerkjent som noe positivt. Dette kan være en årsak til at noen slår ut på høy EDE-Q globalskår uten selv å innse at de har et problem. Av de 22 personene som skårer over cut-off rapporterer 16 personer at de har *hatt* en spiseforstyrrelse. Det er derfor flere som tidligere har hatt en diagnose, men som i dag oppgir at de er friske, som fortsatt viser symptomer på sykdommen. Dette kan indikere at til tross for at personer opplever seg selv som friske fra en tidligere spiseforstyrrelser, vil fortsatt handlings- og tankemønster gi utslag på symptomer på spiseforstyrrelser. Videre rapporterer 3 personer som skårer over cut-off ≥ 4 episoder med oppkast de siste 28 dagene. Alle tre oppgir at de har en nåværende bulimia nervosa diagnose gitt av lege, og undersøkelse av spørsmålene direkte knyttet til de diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelser finner derfor ikke noen nye sykdomstilfeller.

Det kan være utfordrende å sammenligne nasjonale og internasjonale resultater og fastslå en eksakt prevalens av spiseforstyrret atferd og spiseforstyrrelser, da studier bruker ulike klassifiseringsverktøy/instrumenter, ulike definisjoner og ulike diagnosesystemer verden over (DSM-5 og ICD-10/11) (Dahlgren et al., 2017). Eksempelvis fant Bratland-Sanda et al. (2015) en forekomst av spiseforstyrret atferd hos 59% av kvinnelige og 22% av mannlige norske treningsinstruktører. I den studien ble spiseforstyrret atferd definert ved å oppfylle ett eller flere av følgende kriterier: $KMI \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$, EDI-DT-skår (drive for thinnes) ≥ 15 , EDI-BD-skår (body dissatisfaction) ≥ 14 , selvrapportert spiseforstyrrelse, selvrapportert menstruasjonsdysfunksjon og/eller rapportering om \geq vekttapforsøk. Selv om EDI-skår vil samsvare mye med EDE-Q, er de strenge kravene om KMI og menstruasjonsforstyrrelser være vanskelig å sammenligne med. Menstruasjonsforstyrrelser er heller ikke et kriterie for å få spiseforstyrrelsesdiagnose (DSM-5 og ICD-11). I tillegg vil en definisjon med så strenge krav på vekttapforsøk kunne gi veldig høye utslag. Eksempelvis ville 76% av personene i denne studien bli

definert med forstyrret spiseatferd grunnet en eller flere vektnedgangsforsøk hvis tilsvarende krav hadde blitt brukt i denne studien. Med en så bred definisjon er det derfor naturlig at forekomsten av spiseforstyrret atferd blir høyere enn forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser funnet i denne masteroppgaven.

6.5 Sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser

Som forventet viser funnene i denne studien at det er en sammenheng mellom BAS-2 skår og globalskår på EDE-Q. Disse funnene stemmer godt overens med tidligere studier som har undersøkt sammenheng mellom kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser blant kvinnelige og mannlige studenter (Avalos et al., 2005; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Overopptatthet av kroppsform, frykt for å gå opp i vekt, negativt og/eller forvrengt kroppsbilde og lav selvtillit er noen av de vanligste symptomene ved spiseforstyrrelser, spesielt ved anorexia nervosa (Rådet for psykisk helse, 2019). Det er derfor som forventet at personer som skårer høyt på kroppslig verdsettelse i lav grad viser symptomer på spiseforstyrrelse.

Videre viser funnene i studien at sammenhengen mellom BAS-2 skår og globalskår på EDE-Q er sterkere for kvinner enn for menn. Tidligere studier har kun undersøkt denne sammenhengen hos kvinner (Avalos et al., 2005) eller ikke splittet på kjønn (Avalos et al., 2005), og det er derfor vanskelig å si om disse funnene er tilfeldige. Det har blitt hevdet at en viss grad av kroppsmisnøye har blitt normalt hos kvinner i den vestlige verden fra åtteårsalder og at dette har hatt en betydelig innvirkning på atferden til kvinnene ved at de prøver å endre form og vekt og/eller unngår aktiviteter som innebærer å eksponere kroppen (Grogan, 2016, p. 7). Fra gammelt av har kvinners verdi vært knyttet til å se bra ut, mens menn i større grad har vært opptatt av praktiske ferdigheter. Det kan tenkes at disse verdiene fortsatt til dels er gjeldene og at kvinner derfor raskere vil forsøke å regulere kroppsvekt og form med mat for å redusere misnøye med egen kropp og øke egen verdi. Dette kan videre føre til at de faller inn i en vond sirkel med konstant fokus på kosthold for å møte samfunnets umulige skjønnhetskrav.

6.6 Studiedesign

6.6.1 Spørreundersøkelser

Grunnet tidsbegrensningen knyttet til denne studien ble det klart at en tverrsnittstudie med bruk av digitalt spørreskjema var den mest hensiktsmessige måten å samle inn data. Valget om å bruke spørreskjema ble gjort fordi det er en enkel måte å få informasjon fra et stort antall mennesker spredt over et stort geografisk område, det har ingen høye kostnader, det kan opprettholde anonymitet på en god måte, det tar relativt kort tid å innhente data og respondentene kan svare på undersøkelsen når det passer for dem (innenfor et gitt tidsrom) (Gillham, 2008). Det er likevel også flere svakheter ved bruk av spørreskjema som det er viktig å være klar over. I utformingen av studien er det forskergruppen som har bestemt spørsmålene som blir stilt og omfanget av svar som kan gis. Som regel får respondenten et valg ved å svare ja/nei, enig/uenig, krysse av for et tall mellom 1 og 5, og så videre. Dette er tilfelle i alle de tre standardiserte instrumentene som er brukt for å besvare problemstillingen i denne masteroppgaven. En slik måte å innhente svar på gjør det ryddig for forskeren og enkelt å analysere, men kan også være kjedelig og frustrerende for respondenten. Det gis ikke rom for å utdype, og det er delvis av denne grunn at spørreskjemaløsninger ofte blir overfladiske (Gillham, 2008). Det kan også ha ført til at personer har valgt et svaralternativ som ikke nødvendigvis representerer det de mener i mangel på et bedre alternativ. For å gi respondentene rom til å utdype sine svar, og på den måten forsøke å sikre oss mot frafall grunnet frustrasjon, la vi inn tekstbokser i undersøkelsen der de kunne skrive valgfrie kommentarer. Det kan likevel diskuteres om dette tiltaket var nok da en betydelig andel personer har valgt å avslutte spørreskjemaet før de har fullført hele skjemaet.

Vi la i tillegg inn en sperre i det digitale spørreskjemaet slik at respondentene måtte svare på alle spørsmål før de fikk trykket seg videre. På den måte sikret vi oss at alle spørsmål ble besvart. Dette kan ha vært med på å begrense svarprosenten da enkelte kan oppleve det som ubehagelig å svare på sensitive spørsmål, og velger derfor å avslutte undersøkelsen når de ikke har mulighet til å trykke seg forbi. Resultatet av dette kan derfor ha ført til et mindre komplett datasett, enn det som kunne vært uten sperren.

6.6.2 Måleinstrumenter

Det har gjennom årene blitt utviklet flere ulike kartleggingsinstrumenter for spiseforstyrrelser. Selv om det er generelt akseptert at kliniske intervju er «gullstandard»

for å stille diagnose og vurdere alvorlighetsgraden av en spiseforstyrrelse, har forskere ofte behov for mer kostnadseffektive metoder for screening og vurdering (Rø et al., 2010). Denne studiens design og økonomiske ramme gav ikke rom for å benytte klinisk intervju for å verifisere en spiseforstyrrelse, men samtidig er det viktig å påpeke at EDE-Q samsvarer godt med klinisk intervju (Rø et al., 2010; Skårderud, 2016). Dette er med på å styrke funnene knyttet til forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser.

6.6.3 Metodiske svakheter

Det er flere svakheter ved metoden og målemetodene som er brukt i denne studien. For det første er hukommelseskjevhet en kjent utfordring ved bruk av spørreskjema som metode. Respondenten kan ha en manglende evne til å huske korrekt, eller de tolker en situasjon annerledes i retrospekt (Thelle & Laake, 2008). Dette blir en systematisk feilkilde i forskning. Både BAS-2 og DMS stiller spørsmålene/påstandene i nåtid, eksempelvis «Jeg respekterer kroppen min» og «Jeg skulle ønske jeg var mer muskuløs». Hukommelseskjevhet vil derfor ikke være et problem ved disse instrumentene. Men ved EDE-Q skal respondentene ta utgangspunkt i de siste fire ukene (28 dagene), og må derfor huske tilbake til tidligere adferd. Det kliniske intervjuet EDE, som EDE-Q er utviklet ut fra, begynner med en gjennomgang av en 28-dagers kalender som er ment å fremme deltakernes minner knyttet til spiseatferd den siste måneden (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 1993). I intervjuguiden står det blant annet at det bør etableres om respondenten har vært hjemme eller bortreist, samt andre hendelser den siste måneden (Fairburn et al., 1993). En slik forberedelse ligger ikke til grunn i EDE-Q. Det kan derfor tenkes at datasettet har blitt preget av hukommelseskjevhet og er mindre valid som et resultat av dette. For å styrke instrumentet kunne det vært utviklet en innledende tekst eller spørsmål på starten av EDE-Q for å friske opp minnet til respondenten. Å huske tilbake 28 dager er likevel relativt kort tid og det skal være greit å reflektere bakover en slik tidsperiode med henhold til ordlyden i spørsmålene. Å kun ta utgangspunkt i de siste 28 dagene kan likevel gi et feil bilde på spiseforstyrrelser. Hyppigheten og alvorlighetsgraden av symptomer på spiseforstyrrelser vil variere i perioder, og det vil derfor være risiko for underrapportering dersom en respondent er i en «god periode» der vedkommende opplever kontroll.

For det andre kan det være feilrapportering knyttet til sensitive spørsmål. Alle instrumentene benyttet i denne studien inneholder en grad av sensitive spørsmål. Dette er

naturlig da studiens formål er å innhente data om mentale helsefaktorer blant treningsinstruktører. Det kan være tenkelig at respondentene kvier seg for å svare på enkelte spørsmål, og at datasettet derfor bærer preg av mangler eller uoverensstemmelser. Feilrapportering om sensitive temaer er ganske vanlig, men er i stor grad situasjonsbestemt (Tourangeau & Yan, 2007). Omfanget av feilrapportering avhenger av om respondenten har noe ubehagelig å rapportere, samt utformingen til undersøkelsen. Feilrapportering om sensitive temaer er en mer eller mindre motivert prosess der respondentene endrer informasjonen de rapporterer for å unngå å pinliggjøre seg selv eller for å unngå ringvirkninger fra en tredjepart (Tourangeau & Yan, 2007). Ved å gjøre spørreundersøkelsen anonym håper vi at respondentene har følt seg trygge på at informasjonen de gir blir behandlet anonymt og konfidensielt, og derfor har besvart undersøkelsen så ærlig som mulig. Vi la i tillegg inn påminnelser underveis i spørreskjemaet om at undersøkelsen var anonym og at deres besvarelse ikke ville få noen personlige konsekvenser for å redusere sjansen for feilrapportering. Til tross for lovnad om konfidensialitet kan enkelte respondenter likevel ha engstet seg for at senterleder eller andre skulle kunne lese besvarelsene. Det kan også tenkes at de har opplevd en viss følelse av å overvåkes siden forskergruppen ved flere anledninger sendte ut purringer til deltakernes mailadresse. Har studien mistet mange som opplevde spørsmålene om kropp og/eller spiseforstyrrelser som vanskelige eller truende, eller opplever skam knyttet til tematikken, kan det antas at det er store mørketall.

For det tredje er sosial påvirkningsskjevhet (social desirability bias) et kjent problem ved studier som inneholder personlige og sensitive spørsmål (Grimm, 2010). Dette vil si at respondenten gir et svar som samsvarer med det mest sosialt korrekte svaret i stedet for å velge et svar som gjenspeiler deres sanne følelser. Treningsinstruktører er en yrkesgruppe som skal ha relativt god kunnskap rundt temaene kropp, trening, ernæring og helse. Akademiet for Personlig Trening (AFTP), Norges idrettshøgskole og Active Education skriver på sine nettsider at temaer om kosthold, ernæring, helse og livsstil inngår i deres PT-studie (Active Education, u.å. ; AFPT, u.å.; Norges Idrettshøgskole, u.å.). Det kan tenkes at slik kunnskap også skaper en forventning, både fra instruktøren selv og fra andre, om at de da selv skal ha et sunt og godt forhold til disse temaene. Som nevnt tidligere lever instruktører, da spesielt personlige trener, av å selge seg selv inn som et produkt kunden trenger. Ved å erkjenne at man har et problem innebærer derfor å «sverte» sitt eget produkt, og det kan tenkes at personer derfor velger å svare uærlig for å skåne

seg selv fra sannheten. Det kan også tenkes at respondenten vet at hensikten med studien er å undersøke bekymringsverdige forhold i bransjen, og grunnet lojalitet til arbeidsgiver og egen bransje, svarer usant på spørsmål for å holde på et godt rykte. Dette kan ha resultert i at studiens funn er preget av underrapportering, og dermed ikke viser et fullverdig bilde av treningssenterbransjen.

For det fjerde er alle instrumentene brukt i denne masteroppgaven validerte, men kun EDE-Q er validert på norsk. Norsk oversettelse av DMS ble gjort av Solfrid Bratland-Sanda i 2011 til bruk i hennes masterprosjekt, mens BAS-2 ble oversatt av forskergruppen i dette prosjektet. Det legges mye vekt på å bruke standardiserte og validerte instrumenter i spørreundersøkelser. Det er flere årsaker til dette; antagelsen om at det muliggjør sammenligning av resultater på tvers av forskjellige studier både nasjonalt og internasjonalt, samt antagelsen om at bruk av validerte instrumenter øker sikkerheten til at instrumentet nøyaktig reflekterer det det skal måle (Laake, Benestad, & Olsen, 2007). Videre er oversettelse av et spørreskjema en viktig del av forskningsarbeidet. Språklige oversettelser kan være utfordrende da ulike språk ofte har andre referanserammer og uttrykk for samme tema (Gjersing, 2010). En systematisk kartlegging av validiteten av et spørreskjema er viktig, men gjelder spesielt hvis du oversetter et spørreskjema fra et annet språk (Bolarinwa, 2015; Pripp, 2018). Det er uvisst hvordan oversettelsen av DMS ble gjort, men oversettelsen av BAS-2 ble gjort etter anbefalte retningslinjer med frem-og-tilbake oversettelse, men uten pilottesting. På samme måte nye instrumenter bør pilottestes, bør også et oversatt instrument pilottestes på et lite utvalg (Tsang, Royse, & Terkawi, 2017). Dette ble ikke gjort før gjennomføringen av denne studien. Siden instrumentene som er brukt ikke er pilottestet og validert på norsk kan vi ikke være sikre på at de har beholdt samme betydning som de opprinnelige instrumentene eller om det har oppstått noen forvirring angående det oversatte spørreskjemaet. Det er derfor en mulighet for at instrumentet ikke lenger måler det som i utgangspunktet var tiltenkt, og at datasettet derfor ikke er valid og konklusjonen til studien blir misvisende.

På bakgrunn av flere av disse svakhetene med metoden kan det diskuteres om intervju, enten alene eller i tillegg til en spørreundersøkelse, hadde vært en bedre metode for å innhente data. Hadde jeg gjennomført intervjuer i tillegg, kunne jeg fått et mer utfyllende datasett med mindre risiko for skjevhet. Årsakene til at dette likevel ble valgt bort er flere; intervju som metode er først og fremst både tidskrevende og kostbart, og det kreves visse

kvalifikasjoner for å gjennomføre kliniske intervju. En masteroppgave skal skrives på et år, og en tverrsnittstudie med bruk av spørreskjema er derfor en bedre egnet metode. I tillegg fikk vi i studien samlet inn data fra hele Norge, både i tettsteder og større byer, noe som er vanskeligere ved bruk av intervju. Derimot kunne en kvalitativ innfallsvinkel være interessant i videre forskning for å kunne gå mer i dybden og funnet ut i større grad hvorfor forholdene er slik de er.

6.6.4 Utvalg og representativitet

En relativt lav svarprosent utfra beregnet utvalgsstørrelse er en utfordring, fordi det kan stilles spørsmålstegn ved representativiteten. Det kan blant annet skyldes at spørreundersøkelsen ikke har nådd frem til instruktørene. Vi fikk bekreftet at totalt 3477 treningsinstruktører, fra 34 ulike treningssenterkjeder, skulle få/fikk tilsendt informasjon om studien og link til undersøkelsen fra sin senterleder. Vi har likevel ingen måte å kontrollere at disse tallene ikke stemmer. Vi opplevde en overraskende dårlig oversikt og direkte kommunikasjon mellom senterledelse, franchise sentere, og den enkelte instruktør. Noen senterledere hadde ikke mailadressen til sine instruktører, men brukte i stedet intranett eller trolig Facebook grupper til felles kommunikasjon. Tilbakemeldinger på slutten av datainnsamlingen gav indikasjoner på at flere instruktører ikke hadde sett noe til undersøkelsen. Om dette skyldes at ledere ikke har distribuert videre, denne dårlige kommunikasjonen, eller om mailen ikke har kommet frem (feil mailadresse eller i søppelpost), er vanskelig å avgjøre. Det er derfor tenkelig at en betydelig mindre andel instruktører har sett informasjonen om studien enn det vi har fått rapportert.

Den lave svarprosenten kan også skyldes at spørreskjemaet har vært for detaljert og omfattende. Den overordnede studien som denne masteroppgaven er en del av, består av en relativt stor forskergruppe med ulike interesseområder. Til tross for flere kutt og begrensninger i planleggingsperioden, ble det endelige spørreskjemaet estimert til å ta mellom 30-45 minutter, bestående av 365 spørsmål og påstander. De endelige resultatene viser at det var et stort frafall underveis i studien, samt en lav svarprosent. Totalt 323 personer hadde et fullført eller delvis fullført spørreskjema da jeg avsluttet datainnsamlingen. Av disse ble 50 personer ekskludert fra datamaterialet fordi de hadde avsluttet undersøkelsen før instrumentene som ble brukt i denne masteroppgaven. Forskergruppen fikk tilbakemeldinger fra respondenter om at spørreundersøkelsen var lang og tidkrevende, som resulterte i at de gav seg. Det er derfor tenkelig at omfanget til

undersøkelsen var en avgjørende faktor for at flere valgte å avslutte undersøkelsen før den var fullført. En for omfattende undersøkelse kan også ha påvirket deltakerne til å svare raskt og uten god refleksjon/overveielse på spørsmål, spesielt på slutten av undersøkelsen (Gillham, 2008). Informasjon om omfanget og den estimerte gjennomføringstiden var en del av informasjonsskrivet. Dette kan også ha bidratt til at personer som leste informasjonen til studien valgte å la være å starte. I tillegg kan personer som ikke kjenner seg igjen i tematikken og synes den er helt uinteressant ikke brydd seg med å svare når det tar såpass lang tid. Vi la inn mulighet for å ta pause i undersøkelsen, i håp om at om størrelsen på undersøkelsen ikke skulle være forskrekkende.

En annen viktig faktor å bemerke med utvalget er at vi ønsket å komme i kontakt med alle treningsinstruktører i Norge, men klarte ikke dette i rekrutteringen. Vi jobbet hardt for å få oversikt og kontakt med flest mulig. Vi brukte internett til å søke oss frem til treningssenterkjeder og mindre enkeltstående treningssentre, og videre ta kontakt med senterleder for å distribuere undersøkelsen. Likevel var det flere mindre sentre som ikke hadde tilgjengelig kontaktinformasjon på nett og flere sentre vi ikke kom i kontakt med. Videre brukte vi kollegaer med intern kjennskap i bransjen, Virke Trening og sosiale medier for å rekruttere, men mangelen på en felles organiseringsstruktur gjorde det vanskelig å finne og å nå ut til alle sentre. Denne rekrutteringsmetoden var også veldig tidkrevende og tidsbegrensinger førte til at vi ikke fikk kontaktet så mange som ønskelig. Dette gjør det vanskelig å trekke slutninger på vegne av hele populasjonen.

Disse bemerkelsene ved studiens utvalg er som sagt med å begrense studiens representativitet. For at en studie skal være representativ innebærer det at utvalget er en «miniutgave» av den faktiske populasjonen, som i dette tilfellet er alle treningsinstruktører i Norge. Den lave svarprosenten, det lave antallet respondenter og frafall underveis vil øke risikoen for at utvalget er skjevt (Jacobsen, 2005). På bakgrunn av dette er studiens utvalg ikke representativ og studiens funn kan ikke si noe om hele populasjonen, kun gi en indikasjon på forekomst. Men det kan tenkes at slike studier over tid fanger opp personer med samme type interesser, og at funn dermed kan si noe om bevegelse av resultater over tid.

6.7 Praktiske implikasjoner

Funnene i denne studien indikerer at de fleste norske treningsinstruktører har et godt forhold til mat og kropp, målt i kroppslig verdsettelse og symptomer på spiseforstyrrelser. Om den pågående holdningsendringen i bransjen er en påvirkende årsak til dette er uvisst, men det er likevel viktig at bransjen fortsetter det viktig arbeidet med å redusere kroppspress blant sine medlemmer og instruktører. Treningssenterbransjens omdømmeundersøkelse fra 2019 viser at det fortsatt er et opplevd fokus på utseende og kropp, samt at ikke-medlemmer fortsatt opplever bransjen som kroppsfokusert. I tillegg er det en relativt høy andel instruktører (9%) som viser symptomer på spiseforstyrrelser, og det er derfor grunn til å ønske å se flere målrettede tiltak. Flere treningssenterkjeder har det siste året gått foran med sunne markedsføringskampanjer, men gamle holdninger er fortsatt å se på plakater, bildebruk i sosiale medier og navn på gruppetimer. Det bør derfor jobbes videre med en holdningsendring ut i alle bransjens ledd slik at denne positive trenden vedvarer.

At det er en sammenheng mellom symptomer på spiseforstyrrelser og kroppslig verdsettelse målt med EDE-Q og BAS-2 kan ha praktisk betydning i behandling av spiseforstyrrelser. Innenfor behandlingsprogrammer for spiseforstyrrelser kan BAS-2 brukes til å måle pasientens fremdrift og behandlingseffektivitet (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). BAS-2 kan også brukes blant personer/pasienter som har spiseforstyrret atferd eller forstyrret kroppsbilde som et grunnlag til å diskutere positivt kroppsbilde og måter personen kan vise kroppslig verdsettelse. Denne sammenhengen kan også være viktig i et forebyggende arbeidet mot spiseforstyrrelser. Treningssenterbransjen, og andre bransjer/institusjoner, kan gjennom tiltak og intervensjoner jobbe for økt kroppslig verdsettelse blant sine ansatte, og på den måten redusere risikoen for at personer utvikler spiseforstyrret atferd og spiseforstyrrelser. I tillegg kan utdannelsesinstitusjonene for personlig trenere i enda større grad vektlegge behovet for å lytte til kroppen, erkjenne behov for restitusjon, ikke måle seg mot det uopnåelige og helse fremfor utseende. På den måten kan de personlige trenere ta med seg sunne verdier fra utdannelsesløpet inn i arbeidslivet, og dermed være en positiv bidragsyter til hvordan også medlemmene i bransjen opplever egen kropp.

7. Konklusjon

Resultatene fra denne studien viser at norske treningsinstruktører i stor grad opplever kroppslig verdsettelse og i liten grad har et ønske om en muskuløs kropp. Kvinnelige treningsinstruktører opplever mindre kroppslig verdsettelse og har et lavere ønske om å være muskuløs enn mannlige treningsinstruktører.

Totalt 9% av instruktørene viser symptomer på spiseforstyrrelser. Av de 208 som fikk direkte spørsmål om spiseforstyrrelse, sa 7% at de har en pågående spiseforstyrrelse. Det er klart flere kvinnelige instruktører som viser symptomer på spiseforstyrrelser og rapporterer nåværende diagnose enn mannlige instruktører.

Det er en sammenheng mellom det å ha en høy grad av kroppslig verdsettelse og lav grad av symptomer på spiseforstyrrelse.

Det må tas forbehold om utvalgets representativitet med tanke på en lav svarprosent, lavt antall respondenter og frafall underveis i undersøkelsen.

Referanser

- 3T. (2019). *Gruppetrening - sterkere*. . Hentet 09.11.2019 fra <https://3t.no/3t-tilbyr/gruppetreninger/styrke/>
- Abraham, T. M., Massaro, J. M., Hoffmann, U., Yanovski, J. A., & Fox, C. S. (2014). Metabolic characterization of adults with binge eating in the general population: the Framingham Heart Study. *Obesity*, 22(11), 2441-2449.
- Abrahamsen, Arntzen, A., Haugen, R., & Thomsen, E. K. (2019). *Personlig trener og gruppeinstruktør - En coachende tilnærming* Bergen: Fagbokforlaget.
- Abrahamsen, F. E., Arntzen, A., & Haugen, R. (2014). *Personlig trener: hvordan rekruttere, trene og utvikle kunder gjennom coaching*: Akilles.
- Active Education. (2017, 22. oktober, 2017). *Lønn som personlig trener - Hvor mye kan du tjene?* . Hentet 08.01.2020 fra <https://activeeducation.no/lonn-som-personlig-trener/>
- Active Education. (u.å.). *Årsstudium PT - Norge*. Hentet 24.04.2020 fra https://activeeducation.no/studie/personlig-trener-arsstudium?gclid=CjwKCAjwnIr1BRAWEiwA6GpwNSJaFRNtd-QheysOteyEE4bD3mu4AZv0ADoso4aq27Zz82XGm0XB_hoCXoMQAvD_BwE
- AFPT. (u.å.). *Personlig trener*. Hentet 24.04.2020 fra <https://www.afpt.no/studietilbud/personlig-trener>
- Alleva, J. M., Martijn, C., Veldhuis, J., & Tylka, T. L. (2016). A Dutch translation and validation of the Body Appreciation Scale-2: An investigation with female university students in the Netherlands. *Body image*, 19, 44-48.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Andreasson, J., & Johansson, T. (2014). The Fitness Revolution. Historical Transformations in the Global Gym and Fitness Culture. *Sport Science Review*, 23(3-4), 91-111. doi:<http://dx.doi.org/10.2478/ssr-2014-0006>
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 28-39.
- Arntzen, E. (2017). *Hvem er det egentlig som blir personlig trener?* . Hentet 20.05.2020 fra <https://www.afpt.no/fagstoff/hvem-er-det-egentlig-som-blir-personlig-trener>
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. *Body image*, 2(3), 285-297.
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Correction: Weight Science: Evaluating the evidence for a paradigm shift.
- Bjørnelv, S., Frostad, S., Rosenvinge, J. H., & Thune-Larsen, K. B. (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser – Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. . *Statens Helsetilsyn, Oslo*.
- Bleich, S. N., Bennett, W. L., Gudzone, K. A., & Cooper, L. A. (2012). Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity*, 20(5), 999-1005.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 454-462.

- Bolarinwa, O. A. (2015). Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22(4), 195.
- Bourdieu, P. (1984). A social critique of the judgement of taste. *Traducido del francés por R. Nice. Londres, Routledge.*
- Bratland-Sanda, S. (2010). Spiseforstyrrelser i treningssenterbransjen - en veileder fra rådgivning om spiseforstyrrelser. . In. Bergen.
- Bratland-Sanda, S., Nilsson, M. P., & Sundgot-Borgen, J. (2015). Disordered eating behavior among group fitness instructors: a health-threatening secret? *Journal of eating disorders*, 3(1), 22.
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2012). Symptoms of eating disorders, drive for muscularity and physical activity among Norwegian adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 287-293.
- Brown, T. C., Miller, B. M., & Adams, B. M. (2017). What's in a name? Group fitness class names and women's reasons for exercising. *Health marketing quarterly*, 34(2), 142-155.
- Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image*, 19, 37-43.
- Burheim, M. G. (2015). Professor slakter trenden med personlige trenere. *Tv2*. Hentet 06.11.2019 fra <https://www.tv2.no/a/6800543/>
- Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., . . . Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 39-44.

- Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Measuring male body image: a review of the current methodology. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 18.
- Campos, F., Martins, F., Simões, V., & Franco, S. (2017). Fitness participants perceived quality by age and practiced activity. *Journal of Physical Education and Sport*, 17(2), 698.
- Carron, A. V., Hausenblas, H. A., & Mack, D. (1996). Social influence and exercise: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18(1), 1-16.
- Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78(3_suppl), 1168-1170.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1081.
- Change, K., & Kim, Y. K. (2003). Competencies for Fitness Club Instructors: Results of a Delphi-study. *International Journal of Applied Sports Sciences*, 15(1).
- Chrisler, J. C., Marván, M. L., Gorman, J. A., & Rossini, M. (2015). Body appreciation and attitudes toward menstruation. *Body image*, 12, 78-81.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 6(1), 1-8.
- Credicare. (2016). *Omdømmeundersøkelsen 2016*. Hentet 01.10.2019 fra <https://www.credicare.no/2016/09/omdommeundersokelsen-2016/>

- Credicare. (2019a). *En personlig trener er først og fremst en selger*. Hentet 19.05.2020 fra <https://blogg.credicare.no/trening/-en-personlig-trener-er-foerst-og-fremst-en-selger>
- Credicare. (2019b). *Omdømmeundersøkelsen for treningscenterbransjen*. Hentet 19.03.2020 fra <https://www.credicare.no/wp-content/uploads/2019/03/CrediCare-Omd%C3%B8mmeunders%C3%B8kelsen-2019-1.pdf>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
- Dahl, A.-M., & Indrebø-Langlo, M. (2018). *Salget av energidrikker øker og nesten alle treningscenter tilbyr dem. Men har de noen effekt på treningen?* Hentet 29.05.2020 fra <https://www.aftenposten.no/sport/sprek/i/3JBnyA/salget-av-energidrikker-oeker-og-nesten-alle-treningscenter-tilbyr-dem-men-har-de-noen-effekt-paa-treningen>
- Dahlgren, C. L., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of eating disorders*, 5(1), 56.
- Dapelo, M. M., Surguladze, S., Morris, R., & Tchanturia, K. (2016). Emotion recognition in blended facial expressions in women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 34-42.
- Davis, C. (1990). Weight and diet preoccupation and addictiveness: The role of exercise. *Personality and Individual Differences*, 11(8), 823-827.
- Direktoratet for e-helse. (2019, 17. oktober 2019). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Hentet 20.11.2019 fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

- Dumitrescu, A., Zetu, L., Teslaru, S., Dogaru, B., & Dogaru, C. D. (2008). Is it an association between body appreciation, self-criticism, oral health status and oral health-related behaviors? *Romanian Journal of Internal Medicine*, 46(4), 2343.
- Dupuy, O., Gauthier, C. J., Fraser, S. A., Desjardins-Crèpeau, L., Desjardins, M., Mekary, S., . . . Bherer, L. (2015). Higher levels of cardiovascular fitness are associated with better executive function and prefrontal oxygenation in younger and older women. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 66.
- Dyregrov, S. (2015). Mener de fleste nyutdannede PT-ene er uegnet. *Aftenposten*. Hentet 06.11.2019 fra <https://www.aftenposten.no/sport/sprek/i/rA8r2w/mener-de-fleste-nyutdannede-pt-ene-er-uegnet>
- Egedius, H. (2002). Psykologisk ordbok. *Aschehoug. Oslo*.
- Eik-Nes, T. T., Austin, S. B., Blashill, A. J., Murray, S. B., & Calzo, J. P. (2018). Prospective health associations of drive for muscularity in young adult males. *International journal of eating disorders*, 51(10), 1185-1193.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetforlaget.
- Evans, R. R., Cotter, E. M., & Roy, J. L. (2005). Preferred body type of fitness instructors among university students in exercise classes. *Perceptual and Motor Skills*, 101(1), 257-266.
- EVO. (2019). *Kroppspress*. Hentet 09.11.2019 fra <https://evofitness.no/kroppspress>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, 309-313.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (1993). The eating disorder examination. *International journal of eating disorders*, 6, 1-8.

- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. . In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: Development, deviancce, and change*. . New York/London: The guilford Press.
- Fallon, P., Ackard, D., Cash, T., & Pruzinsky, P. (2002). Body image: A handbook of theory, research, & clinical practice. *Sexual abuse and body image New York, London: The Guilford Press*, 117-124.
- Fjellanger, K. (2019). *Idealkroppen på gymmen*. Hentet 17.01.2020 fra <https://www.dagbladet.no/kultur/idealkroppen-pa-gymmen/71845900>
- Fonda, J., & Schapiro, S. (1981). *Jane Fonda's workout book*: Simon and Schuster New York.
- Fox, J. R., & Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 328-335.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public health nutrition*, 2(3a), 411-418.
- Fresh-Fitness. (2019). *Gruppetrening*. Hentet 09.11.2019 fra https://www.freshfitness.no/trening/gruppetrening/?gclid=Cj0KCQjwoInnBRD DARIsANBVyATSstcwmHqUV7Ocul1OMEaP1TwvldpT-_Q1M6i3SjEHZXI_1UVfdcUaAomaEALw_wcB
- Frisén, A., Gattario, K. H., & Lunde, C. (2014). *Projekt perfekt: om utseendekultur och kroppsuppfattning*. 1-214.
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 124, 2121-2125.

- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 47(2), 483-491.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body image*, 13, 67-74.
- Gillham, B. (2008). *Developing a questionnaire*: A&C Black.
- Gjersing, L. (2010, 10.10.2011). *Ny artikkel: Et «validert» spørreskjema er ikke nødvendigvis valid*. Hentet 27.04.2020 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/aktuelle-saker/2010/et-validert-spoerreskjema-er-ikke-noedvendigvis-valid.html>
- Godart, N., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of affective disorders*, 97(1-3), 37-49.
- Grabe, S., Ward, L. M., & 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(3), 460.
- Graver, K. (2016, 28. februar 2019). *Hva er spiseforstyrrelser?* Hentet 15.04.2020 fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-spiseforstyrrelser>
- Grilo, C. M., White, M. A., Barnes, R. D., & Masheb, R. M. (2013). Psychiatric disorder co-morbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese

patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*, 54(3), 209-216.

Grimm, P. (2010). Social desirability bias. *Wiley international encyclopedia of marketing*.

Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*: Routledge.

Hale, B. D., Roth, A. D., DeLong, R. E., & Briggs, M. S. (2010). Exercise dependence and the drive for muscularity in male bodybuilders, power lifters, and fitness lifters. *Body image*, 7(3), 234-239.

Haley, B. (1978). The healthy body and Victorian culture. *Cambridge, MA: Harvard University Press*.

Haugen, T., Säfvenbom, R., & Ommundsen, Y. (2011). Physical activity and global self-worth: The role of physical self-esteem indices and gender. *Mental Health and Physical Activity*, 4(2), 49-56.

Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. In R. Bahr (Ed.), *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (Vol. 3, pp. 8-36). Oslo: Helsedirektoratet.

Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 336-339.

Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image*, 17, 100-110.

- Hulley, A. J., & Hill, A. J. (2001). Eating disorders and health in elite women distance runners. *International journal of eating disorders*, 30(3), 312-317.
- Hutson, D. J. (2013). “Your body is your business card”: Bodily capital and health authority in the fitness industry. *Social science & medicine*, 90, 63-71.
- Hvidsten, I. (2012, 15.08). *Reagerer på kroppsfokus*. *Dagsavisen*. Hentet 13.05.2020 fra <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/reagerer-pa-kroppsfokus-1.465194>
- Höglund, K., & Normen, L. (2002). A high exercise load is linked to pathological weight control behavior and eating disorders in female fitness instructors. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 12(5), 261-275.
- Iannos, M., & Tiggemann, M. (1997). Personality of the excessive exerciser. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 775-778.
- IHRSA. (2019). *Global Report: The state of the health club industry* Retrieved from
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 2): Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Jeukenbrup, A., & Gleeson, M. (2018). *Sport nutrition* (3 ed.): Human Kinetics.
- Johnsen, M. (2016). *Spiseforstyrrelser og kroppspress blant gruppetimeinstruktører og personlige trenere ved norske treningsentre*. Høgskolen i Telemark,
- Karlsen, A., & Olsen, B. M. (1999). *Spiseforstyrrelser – en håndbok for foreldre og pårørende*. Oslo: Anorexia/Bulimia foreningen og Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser.

- Kelley, C. C. G., Neufeld, J. M., & Musher-Eizenman, D. R. (2010). Drive for thinness and drive for muscularity: Opposite ends of the continuum or separate constructs? *Body image*, 7(1), 74-77.
- Kennedy, E., & Markula, P. (2011). *Women and exercise: The body, health and consumerism* (Vol. 5): Routledge.
- Kennedy-Armbruster, C., & Yoke, M. (2014). *Methods of group exercise instruction: Human Kinetics*.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Kindtler-Nielsen, B. (2019). *Skjeletter avslører den uhyggelige historien om fotbinding*. Hentet 14.01.2020 fra <https://historienet.no/kultur/arkeologi/skjeletter-avslorer-den-uhyggelege-historien-om-fotbinding>
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., . . . Group, L. P. A. S. W. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294-305.
- Laustsen, E. (2016). Pt-er som tar med utdanning får ikke mer lønn. *Dagens Næringsliv*. Hentet 06.11.2019 fra <https://www.dn.no/trening/pt-er-som-tar-mer-utdanning-far-ikke-mer-lonn/1-1-5677349>
- Lee, D. H. (2016). Relationship Among Body Fat Percentage, Body Mass Index, and All-Cause Mortality. *Annals of internal medicine*, 165(8), 603-604.
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal

link between media, negative body image, and disordered eating in females.
Journal of Social and Clinical Psychology, 28(1), 9-42.

Lundberg, B. (2017). *Besvimte kvinner av korsettene sine på 1800-tallet?* Hentet 14.01.2020 fra <https://historienet.no/samfunn/hverdagsliv/besvimte-kvinner-av-korsettene-sine-pa-1800-tallet>

Laake, P., Benestad, H. B., & Olsen, B. R. (2007). *Research methodology in the medical and biological sciences*: Academic Press.

Marta-Simões, J., Mendes, A. L., Trindade, I. A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2016). *Validation of the Body Appreciation Scale-2 for Portuguese women*.

Martin, K. A., & Hausenblas, H. A. (1998). Psychological commitment to exercise and eating disorder symptomatology among female aerobic instructors. *The Sport Psychologist*, 12(2), 180-190.

Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(6), 1188-1197.

Mathisen, T. F., Heia, J., Raustøl, M., Sandeggen, M., Fjellestad, I., & Sundgot-Borgen, J. (2020). Physical health and symptoms of relative energy deficiency in female fitness athletes. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(1), 135-147.

Mathisen, T. F., & Olsen, T. (2016). Når kroppsfokus blir patologisk: Sosiale medier, fitness og spiseforstyrret atferd. *Norsk tidsskrift for ernæring*, 3.

Mathisen, T. F., & Sundgot-Borgen, J. (2019). Mental Health Symptoms Related to Body Shape Idealization in Female Fitness Physique Athletes. *Sports*, 7(11), 236.

- McCreary, D. R. (2007). The Drive for Muscularity Scale: Description, Psychometrics, and Research Findings.
- McCreary, D. R., Karvinen, K., & Davis, C. (2006). The relationship between the drive for muscularity and anthropometric measures of muscularity and adiposity. *Body image*, 3(2), 145-152.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American college health*, 48(6), 297-304.
- McCreary, D. R., Sasse, D. K., Saucier, D. M., & Dorsch, K. D. (2004). Measuring the drive for muscularity: factorial validity of the drive for muscularity scale in men and women. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 49.
- McCreary, D. R., & Saucier, D. M. (2009). Drive for muscularity, body comparison, and social physique anxiety in men and women. *Body image*, 6(1), 24-30.
- McPherson, K. E., McCarthy, P., McCreary, D. R., & McMillan, S. (2010). Psychometric evaluation of the Drive for Muscularity Scale in a community-based sample of Scottish men participating in an organized sporting event. *Body image*, 7(4), 368-371.
- Mills, J. S., & D'alfonso, S. R. (2007). Competition and male body image: Increased drive for muscularity following failure to a female. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(4), 505-518.
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International journal of eating disorders*, 49(3), 319-323.
- Monaghan, L. F. (2010). 'Physician Heal Thyself', Part 1: A qualitative analysis of an online debate about clinicians' bodyweight. *Social Theory & Health*, 8(1), 1-27.

- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 551-567.
- Morrison, T. G., Morrison, M. A., McCann, L., & Kindes, M. (2006). Striving for bodily perfection? An overview of the drive for muscularity. *Body image: New research*, 1-34.
- Morrow, M. (2014). Social media: Staying connected. *Nursing science quarterly*, 27(4), 340-340.
- Mortensen, S. G. (2012). *Lengdevekst ved anorexia nervosa*. Universitetet i Tromsø,
- Myhre, T. H. V. (2017). *Hvordan selge en kropp?: En kvalitativ studie av hvordan en personlig trener møter kunden*. Høgskolen i Sørøst-Norge,
- Norges Idrettshøgskole. (u.å.). *Studiehåndbok 2019-2020; Personlig trener*. Hentet 24.04.2020 fra <http://nih.wst.no/showpage?page=p1f5530a54854c158a795f746b4d891a&structureid=a15d911044c94562b1ad89758985b020&structureitem=lda4aff0e1854691ad5d77c1cd584ee1>
- O'Donoghue, P. (2013). *Statistics for sport and exercise studies: An introduction*: Routledge.
- Olson, M. S., Williford, H. N., Richards, L. A., Brown, J. A., & Pugh, S. (1996). Self-reports on the eating disorder inventory by female aerobic instructors. *Perceptual and Motor Skills*, 82(3), 1051-1058.

- Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., & Raich, R. M. (2013). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and norms for rural and urban adolescent males and females in Mexico. *PloS one*, *8*(12).
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex roles*, *71*(11-12), 363-377.
- Prichard, I., & Tiggemann, M. (2005). Objectification in fitness centers: Self-objectification, body dissatisfaction, and disordered eating in aerobic instructors and aerobic participants. *Sex roles*, *53*(1-2), 19-28.
- Pripp, A. H. (2018). Validitet. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, *138*(13). Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet#ref2>
- Reas, D. L., Øverås, M., & Rø, Ø. (2012). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among high school and university men. *Eating Disorders*, *20*(5), 437-443.
- Robinson, L., Prichard, I., Nikolaidis, A., Drummond, C., Drummond, M., & Tiggemann, M. (2017). Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour. *Body image*, *22*, 65-71.
- Rodgers, R. F., Franko, D. L., Lovering, M. E., Luk, S., Pernal, W., & Matsumoto, A. (2018). Development and validation of the female muscularity scale. *Sex roles*, *78*(1-2), 18-26.
- Rø, Ø., Reas, D. L., & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic journal of psychiatry*, *64*(6), 428-432.

Rø, Ø., Reas, D. L., & Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating behaviors*, 13(2), 158-161.

Rø, Ø., Reas, D. L., & Stedal, K. (2015). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in Norwegian adults: Discrimination between female controls and eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408-412.

Rådet for psykisk helse. (2019, 18.02.2019). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 27.11.2019 fra <https://psykiskhelse.no/spiseforstyrrelser>

Sabiston, C. M., & Chandler, K. (2009). Effects of fitness advertising on weight and body shape dissatisfaction, social physique anxiety, and exercise motives in a sample of healthy-weight females. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14(4), 165-180.

SATS. (2011, 25. okt 2011). *En ny måte å trene på!* . Hentet 01.11.2019 fra <https://web.archive.org/web/20121023200510/http://www.sats.no/om-sats/historikk/>

SATS. (2019). *Gruppetrening*. Hentet 08.11.2019 fra <https://www.sats.no/trening/gruppetrening/>

SATS. (2020). *Train your brain*. Hentet 31.01.2020 fra <https://www.sats.no/campaign/train-your-brain/>

SATS. (u.å.). *Vår historie*. Hentet 01.11.2019 fra <https://www.sats.no/om-sats/var-historie/>

Schaefer, L. M., Smith, K. E., Leonard, R., Wetterneck, C., Smith, B., Farrell, N., . . . Klump, K. L. (2018). Identifying a male clinical cutoff on the Eating Disorder

- Examination-Questionnaire (EDE-Q). *International journal of eating disorders*, 51(12), 1357-1360.
- Schilder, P. (1950). *The Image and Appearance of the Human Body* New York: Int. J. Univ. Press, 11.
- Schiro, E. C. (2019). Norsk mediebarometer 2018 [Norwegian media statistics]. Oslo, Norway: Statistisk Sentralbyrå.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International journal of eating disorders*, 18(3), 209-219.
- Skjolde, K. (2011). Elexia veileder og bryter med markedsføringsloven. *Aftenposten*.
- Skårderud, F. (2016). Spiseforstyrrelser. In *Psykiske lidelser* (Vol. 2, pp. 177-197). Oslo: Gyldendal.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 27(4), 371-380.
- Spent. (2019). *Timeplaner/booking*. Hentet 09.11.2019 fra http://moss.spent.no/wsp/spent_moss/webon.cgi?func=show&func_id=5910&table=PUBLISH&template=book_iframe&OPEN=5910&HEAD=Timeplaner
- Stamina. (2019). *Gruppetrening*. Hentet 09.11.2019 fra <https://www.staminatrening.no/treningstilbud/gruppetrening/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen*. Retrieved from <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/fritid>
- Steinfeldt, J. A., Carter, H., Benton, E., & Steinfeldt, M. C. (2011). Muscularity beliefs of female college student-athletes. *Sex roles*, 64(7-8), 543-554.

- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., . . . Gerber, M. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry, 54*, 124-144.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 3*(1), 29-40.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical journal of sport medicine, 14*(1), 25-32.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian journal of medicine & science in sports, 20*, 112-121.
- Swami, V., & Ng, S.-K. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in university students in Hong Kong. *Body image, 15*, 68-71.
- Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., & Voracek, M. (2008). German translation and psychometric evaluation of the Body Appreciation Scale. *Body image, 5*(1), 122-127.
- Sypeck, M. F., Gray, J. J., Etu, S. F., Ahrens, A. H., Mosimann, J. E., & Wiseman, C. V. (2006). Cultural representations of thinness in women, redux: Playboy magazine's depiction of beauty from 1979 to 1999. *Body image, 3*(3), 229-235.
- Taraldsen, T., Holmen, K. W., & Taraldsen, I. S. (2017). *Psykiatri*. Verdal: Pixmed Medical Communication

- Thelle, D., & Laake, P. (2008). Epidemiologisk forskning: begreper og metoder. In H. B. Benestad (Ed.), *Forskning i medisin og biofag* (pp. 282-320). Oslo: Gyldendal.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 91-98). New York: The Guilford Press.
- Torset, B., & Krosshaug, T. (2019). *Personlig trening - har det gått for langt?* . Hentet 06.11.2019 fra <https://blogg.forskning.no/nih-bloggen-trening/personlig-trening-har-det-gatt-for-langt/1573431>
- Torstveit, M., Rosenvinge, J., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(1), 108-118.
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological bulletin*, 133(5), 859.
- Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi journal of anaesthesia*, 11(Suppl 1), S80.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of counseling psychology*, 60(1), 137.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body image*, 12, 53-67.

- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image, 14*, 118-129.
- Uhlmann, L. R., Donovan, C. L., Zimmer-Gembeck, M. J., Bell, H. S., & Ramme, R. A. (2018). The fit beauty ideal: A healthy alternative to thinness or a wolf in sheep's clothing? *Body image, 25*, 23-30.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research, 230*(2), 294-299.
- Ulseth, A. L. B. (2008). Mellom tradisjon og nydannelse: analyser av fysisk aktivitet blant voksne i Norge. *Doctoral dissertation, Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi*.
- Utdanning.no. (2019, 03.05.19). *Personlig trener*. Hentet 06.11.2019 fra https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/personlig_trener
- Villa Sult, I. f. s. (u.å.). *Diagnoser*. Hentet 27.11.2019 fra <http://spiseforstyrrelser.no/disorders/diagnoser/>
- Virke. (2017). *Virke trening*. Folkehelse og trening. . In.
- Virke. (2018). *Treningscenterbransjen 2017*.
- Virke. (2019). *Treningscenterbransjen 2018*. Retrieved from
- Voelker, D. K., Reel, J. J., & Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics, 6*, 149.

Want, S. C. (2009). Meta-analytic moderators of experimental exposure to media portrayals of women on female appearance satisfaction: Social comparisons as automatic processes. *Body image*, 6(4), 257-269.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., . . . Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.

WHO. (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Wing, C. H. (2014). The evolution of group fitness: Shaping the history of fitness. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 18(6), 5-7.

Tabelloversikt

Tabell 1 Presentasjon av de diagnostiske kriteriene for AN, BN og BED i henhold til DSM-5 – fritt oversatt (American Psychiatric Association, 2013)	16
Tabell 2 Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse i studien.....	30
Tabell 3 Deskriptive data for utvalget totalt, samt delt kvinner og menn. Presentert gjennom median (kvartilbredde).	36
Tabell 4 Deltakernes DMS skår for kvinner, menn og totalt, samt underskalaene MBI og MB for menn. Presentert gjennom median (kvartilbredde).....	37
Tabell 5 Deltakernes BAS-2 skår. Presentert gjennom median (kvartilbredde).....	37
Tabell 6 EDE-Q skår på de fire subskalaene og den globale skåren. Presentert gjennom median (kvartilbredde).	38

Figuroversikt

Figur 1 Flytdiagram for rekruttering av treningssentre/treningssenterkjeder..... 30

Figur 2 Viser sammenheng mellom BAS-2 skår og EDE-Q globalskår totalt og splittet på kjønn, samt ligningen for den best passede linja. 39

Vedlegg

- A REK Vedtak
- B REK - Endelig godkjenning
- C NSD Godkjenning
- D Registrering Clinical Trials
- E Rekrutteringsplakat
- F Informasjonsskriv og samtykkeskjema
- G Distribueringsmail
- H Påminnelsemail 1
- I Påminnelsemail 2
- J Påminnelsemail 3
- K Body Appreciation Scale - 2
- L Drive for muscularity scale
- M Eating disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q)
- N Subskalaene i EDE-Q med spørsmålsnummer- og tema

Vedlegg A: Vedtak REK

DOKUMENTER

APP_COMMUNICATION (content identifier)

- @ 2019/1333 - Svar på innsendte vilkår i vedtak 23.09.2019 Elin Evju Sagbakken ▶ Therese
- @ revidert spørreskjemapakke og samtykkeskriv Therese Fostervold Mathisen ▶

Svarbrev

Dato

23.09.2019 14:46

Fra

REK

Til

Therese Fostervold Mathisen

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referansenummer:
REK sør-øst A	Elin Evju Sagbakken	22845502	23.09.2019	28855
Deres referanse:				

Therese Fostervold Mathisen

28855 Kartlegging av holdninger til kropp, trening og mat hos treningssenterinstruktører

Forskningsansvarlig: Norges idrettshøgskole

Søker: Therese Fostervold Mathisen

Søkers beskrivelse av formål:

I 2009 fant Bratland-Sanda og co en urovekkende høy forekomst av spiseforstyrret atferd blant norske gruppeinstruktører i treningssenterbransjen (TS). Dette var i en tid hvor bruk av og påvirkning fra sosiale tidlige utvikling. En nyere studie av fitnessutøvere (flere av disse jobber heltid i TS) viser tilsvarende høy t spiseforstyrrelser; her indikert via validerte instrumenter samt selvrapporing (Mathisen et al 2019, i try studier av norske unadommer (Sundaot-Boraen. Enaen et al 2019. i trvkk) viser til høvere nivå av trenin

relatert til utseende blant medlemmer i TS enn hos utøvere i organisert idrett. Samtidig ser vi stadig rekrutteringskampanjer fra TS, og introduksjon av nye timer, som ofte spiller på kropp og vekt. Disse funn gir grunn til bekymring for mental helse hos ansatte i TS. Vi ønsker kartlegge utvalgte sider av mental helse hos instruktører i TS ved hjelp av et spørreskjema i en tverrsnittsundersøkelse høsten 2019.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet i REK komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 22.08.2019. Vurderingen er gjort i henhold til helseforskningslovens § 10.

Slik komiteen forstår søknad og protokoll er hensikten med prosjektet å kartlegge holdninger til kropp, trening og utøvere hos instruktører på treningssentre i en tverrsnittsundersøkelse som skal gjennomføres høsten 2019.

I en tidligere studie fant man en høy forekomst av spiseforstyrret atferd blant norske gruppeinstruktører i treningssenterbransjen (TS). En nyere studie av fitnessutøvere (flere av disse jobber heltid i TS) viser til en høy forekomst av spiseforstyrrelser.

Pågående studier av norske ungdommer (Sundgot-Borgen, Engen et al 2019) viser til høyere nivå av bekymring for utseende blant medlemmer i TS enn hos utøvere i organisert idrett. Samtidig ser man stadig rekrutteringskampanjer fra TS, og introduksjon av nye timer, som ofte spiller på kropp og vekt. Det er derfor viktig å kartlegge utvalgte sider av mental helse hos instruktører i TS.

Planen er å kontakte flest mulig treningssentre i Norge for å få inn minst 1000 besvarelser. Det skal innhentes selvrapporterte data ved bruk av et validerte spørreskjema for å muliggjøre sammenligning med andre utvalgte publikasjoner.

Deltagere rekrutteres via sosiale medier og kontakt med treningssentrene, samt via oppfordring fra overordnede og samkjørende organ, Virke Trening. Interessenter vil bli invitert til et møte hvor det blir gitt skriftlig og muntlig informasjon og også tilbys skriftlig informasjon tilsendt på e-post. Under møtet, evt. via mail, vil de interesserte forespørre og signere et informert samtykke. Først etter mottak av signert samtykke, vil elektronisk spørreskjema sendes til den enkelte mailadresse.

Spørreskjemaet er omfattende, og inneholder også spørsmål om mental helse og spiseforstyrrelser hos utøvere. Dette fremkommer ikke tydelig i informasjonsskrivet. Flere av spørsmålene er skrevet på engelsk og må REK har i etterkant av innsendt søknad, mottatt en bekreftelse fra prosjektleder på at alle spørsmålene er oversatt til norsk. Overlappende spørsmål skal tas ut.

På dette grunnlag stiller komiteen følgende vilkår til godkjenningen:

- Det må innsendes et revidert informasjonsskriv med bedre beskrivelse av hva spørsmålene omfatter og hvor mye tid det vil ta å besvare alle spørsmålene.
- Det må innsendes en endelig versjon av instrumentpakken (spørsmålene) der alle spørsmålene er oversatt til norsk.

Vedtak

Godkjent med vilkår

Vi ber om at vilkårene sendes inn på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med helseforskningsloven § 10, under forutsetning av at ovennevnte vilkår er oppfylt.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlings- og personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet slik det er beskrevet i søknad og protokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med

Godkjenningen gjelder til 31.05.2020.
Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Opplysningene skal aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder REK sør-øst A

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver
Sekretariatet REK sør-øst

Kopi: postmottak@nih.no

Vedlegg B: REK – endelig godkjenning

DOKUMENTER

APP_COMMUNICATION (content identifier)

2019/1333 - Svar på innsendte vilkår i vedtak 23.09.2019

Dato

21.11.2019 00:00

Fra

Elin Evju Sagbakken

Til

Therese Fostervold Mathisen

Til Therese Fostervold Mathisen,

REK viser til innsendte vilkår i vedtak av 23.09.2019, mottatt 07.10.2019.

REK vurderer nå vilkårene som oppfylt og prosjektet kan igangsettes.

Med vennlig hilsen

Elin Evju Sagbakken

Seniorrådgiver, REK sør-øst

revidert spørreskjemapakke og samtykkeskriv

Dato

07.10.2019 00:00

Fra

Therese Fostervold Mathisen

Til

Elin Evju Sagbakken

mail_2019-1333.pdf

spørreskjematotal.pdf

TSbransjen deltager samtykkeskjema.pdf

@ Svarbrev	Vedtak søknad	REK	▶	Therese Fostervold Mathisen
@ Mottaksbekreftelse	Mottaksbekreftelse	REK	▶	Testbruker Testbruker
@ informasjon om hvilke skjema som inngår i skj... (M) Supplerende opplysninger	Therese Fostervold Mathisen	▶	Elin Evju Sagbakken	
@ Bekreftelse på mottatt søknad	Mottaksbekreftelse	Anne S. Kavli	▶	Therese Fostervold Mathisen
@ Kartlegging av holdninger til kropp, trening og mat hos t... (M) Prosjektseknad	Therese Fostervold Mathisen	▶	Elin Evju Sagbakken	
@ Kartlegging av holdninger til kropp, trening og mat hos treningssenterin... Søknad	Therese Fostervold Mathisen	▶	Ad Mini Strator	

Vedlegg C: NSD godkjenning

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kartlegging av holdninger til kropp, trening og mat hos treningssenterinstruktører.

Referansenummer

868768

Registrert

03.08.2019 av Therese Fostervold Mathisen - t.f.mathisen@nih.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges idrettshøgskole / Seksjon for idrettsmedisinske fag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Therese Fostervold Mathisen, t.f.mathisen@nih.no, tlf: 95752818

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Jenny Aambø, jenny.aambo@gmail.com, tlf: 40018848

Prosjektperiode

31.08.2019 - 31.05.2020

Status

21.10.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

21.10.2019 - Vurdert

Prosjektet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10 av REK sør-øst A i vedtak av 23.09.2019, deres referanse 28855 (se under Tillatelser).

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 21.10.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2020. Av dokumentasjonshensyn eller vilkår fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal data med personopplysninger oppbevares til 31.05.2025.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

SuveyXact er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av

databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg D: Registrering Clinical Trials

ClinicalTrials.gov PRS
Protocol Registration and Results System

ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System (PRS) Receipt

Release Date: October 22, 2019

ClinicalTrials.gov ID: NCT04135729

Study Identification

Unique Protocol ID: 19/00742

Brief Title: Mental Health in Fitness Instructors

Official Title: Body Image and Mental Health Symptoms in Personal Trainers and Group Instructors

Secondary IDs: 28855 [Regional Committees for Medical and Health Research Ethics]

Study Status

Record Verification: October 2019

Overall Status: Not yet recruiting

Study Start: November 1, 2019 [Anticipated]

Primary Completion: January 15, 2020 [Anticipated]

Study Completion: January 15, 2020 [Anticipated]

Sponsor/Collaborators

Sponsor: Norwegian School of Sport Sciences

Responsible Party: Principal Investigator

Investigator: Professor Jorunn Sundgot-Borgen [jsundgot-borgen]

Official Title: Professor

Affiliation: Norwegian School of Sport Sciences

Collaborators: Ostfold University College

University College of Southeast Norway

Oversight

U.S. FDA-regulated Drug: No

U.S. FDA-regulated Device: No

U.S. FDA IND/IDE: No

Human Subjects Review: Board Status: Approved

Approval Number: 28855

Board Name: REC South East A

Board Affiliation: Regional Committees for Medical and Health Research Ethics

Phone: 004722 84 55 11

Email: rek-sorost@medisin.uio.no

Address:

Data Monitoring: Yes

FDA Regulated Intervention: No

Study Description

Brief Summary: The aim of this project is to improve the evidence-base regarding lifestyle and mental health symptoms among fitness instructors. A national cohort of fitness instructors will be invited to participate in this study by responding to an online questionnaire. The questionnaire will consist of items regarding exercise, nutrition, eating disorders, the menstrual cycle, depression, anxiety, body dissatisfaction and satisfaction, drive for muscularity and leanness, and experiences of sexual harassment. Findings from this study will provide an evidence-base for initiatives to improve/optimize mental health among fitness instructors, and also in the process of developing fitness centres to a core partner in public health and health promotion work.

Detailed Description: Previous research has shown that prevalence of self-reported eating disorders vary from 5-40% among group fitness instructors. Most of these studies were conducted more than 10 years ago, hence the potential impact of social media on the fitness instructors' body image and mental health symptoms has therefore not been taken into account. Recent studies reveal that social media is a significant contributor for perceived body image and for eating and exercise-related disturbances. A more recent Norwegian study from 2015 found a prevalence of self-reported eating disorders of 4.8% and 4.3% among female and male group fitness instructors, respectively. However, major limitations with this previous study was the low sample size (n=107), few men included, not being national representative (i.e. only recruiting from a smaller geographical area), and the lack of instruments assessing body awareness of muscularity and leanness instead of thinness.

The fitness industry has great potential as a public health collaborator, and to improve physical activity level and public health status. However, this potential can be flawed by instructors complying with a culture idealizing unhealthy attitudes, motivation and behaviour with regards to nutrition, exercise and body image. This is a culture also potentially being underlined by the new exercise concepts and titles brought forward by the fitness industry, emphasizing body ideals and appearance, and body weight control. An additional concern to the mental health of fitness instructors, are the increase in reports of sexual harassment.

The high prevalence of perceived negative body image and disordered eating among fitness instructors, reports of sexual harassment, and the focus on appearance and control of body shape in the fitness industry, causes concern for the mental health of the employees (i.e. fitness instructors). Hence, this cohort study aims to map the prevalence of mental health symptoms in a national cohort of fitness instructors.

Conditions

Conditions: Mental Health Wellness 1
Depression, Anxiety
Eating Disorders
Eating Behavior
Body Image
Sexual Harassment
Exercise Addiction
Weight Change, Body

Weight Loss
 Weight Gain
 Leanness
 Amenorrhea
 Dietary Habits
 Body Image Disturbance
 Thinness

Keywords: Mental health
 Eating disorders
 Depression
 Anxiety
 Body dissatisfaction
 Body image
 Thinness
 Leanness
 Muscularity
 Compulsive exercise
 Eating behavior
 Dieting
 Exercise
 Sexual harassment

Study Design

Study Type: Observational
 Observational Study Model: Cohort
 Time Perspective: Cross-Sectional
 Biospecimen Retention: None Retained
 Biospecimen Description:
 Enrollment: 200 [Anticipated]
 Number of Groups/Cohorts: 2

Groups and Interventions

Groups/Cohorts	Interventions
Personal trainer Cross-sectional study on mental health symptoms in personal trainers	
Group instructors Cross-sectional study on mental health symptoms in group instructors	

Outcome Measures

Primary Outcome Measure:

1. Body image
 Body image in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Body Appreciation Scale-2 (BAS-2). The scale comprises 10 items rated on a 5-point scale, ranging from 1 (Never) to 5 (Always), with higher total scoring indicating more positive body appreciation.
 [Time Frame: Autumn 2019]
2. Eating disorders
 Prevalence of eating disorders in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Eating disorders Examination questionnaire (EDE-q). The questionnaire has 6 items with open scorings reporting frequency of

symptoms, and 22 items scored on a likert scale from 0-6 (no days - all days). The questionnaire has a total score and four subscales, with higher scorings (ranging from 0-6) indicative of higher severity.

[Time Frame: Autumn 2019]

Secondary Outcome Measure:

3. Depression

Symptoms of depression in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Beck Depression Inventory (BDI-1a). It consists of 21 items scored on a 4-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 3 (extreme). Total score range is 0-63, and a cutoff score of ≥ 21 is recommended for use to detect a clinically significant episode of major depression.

[Time Frame: Autumn 2019]

4. Mental health symptoms

Symptoms of mental health symptoms in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Symptom Check List (SCL-10). The 10-item questionnaire measures symptoms of anxiety and depression with a likert scale ranging from 0-4 (not at all - very much), with higher scoring meaning higher clinical severity.

[Time Frame: Autumn 2019]

5. Drive for leanness

Symptoms of drive for leanness in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Drive for Leanness scale. It constitutes 6 questions scored by a 6 point scale ranging from never (1) to always (6) with a possible total score 0-36, and in which higher score is indicative of greater investment in leanness.

[Time Frame: Autumn 2019]

6. Drive for muscularity

Symptoms of drive for muscularity in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Drive for Muscularity Scale. It constitutes seven questions scored on a 6 points scale ranging from (1) always to (6) never, uses a reversed coding in analysis, and has a total score of 15-90 (high score means higher DM).

[Time Frame: Autumn 2019]

7. Compulsive Exercise

Symptoms of compulsive exercise in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Compulsive exercise test (CET). CET is a 24-item instrument scored on a 5-point Likert scale (0 = never true, 5 = always true), and evaluated with five different subscale mean scores (avoidance and rule driven behaviour, weight control exercise, mood improvement, lack of exercise enjoyment, and exercise rigidity), and a global score summing the means of subscales (score range 0-30).

[Time Frame: Autumn 2019]

8. Drive for thinness

Symptoms of drive for thinness in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Drive for Thinness subscale (DT) of Eating Disorder Inventory (EDI-3). The subscales constitutes 7 of the totally 91 questions in the EDI-3, and is scored on a likert scale from 0-4, with higher scoring meaning higher clinical severity, and a suggested clinical cutoff of 14.

[Time Frame: Autumn 2019]

9. Sexual harassment

Experience of sexual harassment in professional work by fitness instructors (personal trainers and group instructors). This is screened by questions on experiences of harassment of different character (comments, characteristic bodily movements, or physical touch or abuse), and scored on a scale by alternatives; never, yes-by colleagues, yes-by clients, yes-by leaders.

[Time Frame: Autumn 2019]

10. Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire

Sociocultural Attitudes Towards Appearance in fitness instructors (personal trainers and group instructors). The questionnaire has subscales that assess internalization (general, athlete), pressures, and information, and is scored from 1-5 (def. disagree - def. agree), with higher scorings indicating higher clinical severity.

[Time Frame: Autumn 2019]

11. Eating behavior

Symptoms of eating behavior in fitness instructors (personal trainers and group instructors) by Three Factor Eating Questionnaire (TFE-q 21). TFE-q measures symptoms of cognitive restrictive eating (RE, 6 items), emotional eating (EE, 6 items), and uncontrolled eating (UE, 9 items). It constitutes 20 questions rating agreements to different assertions by score of 1-4, and one question rating agreement by 1-8 points. The total subscale scores may be presented as raw scores, or as transformed scores (scale 0-100), and higher scorings means higher clinical severity.

[Time Frame: Autumn 2019]

Other Pre-specified Outcome Measures:

12. Body weight history

Body weight history (i.e. body weight fluctuations) in fitness instructors, reported by selfreported minimum and maximum adult bodyweight.

[Time Frame: Autumn 2019]

13. Dieting behavior

Dieting behavior: questions on whether they aim to reduce og gain body weight, and by which methods (several choices), by what guidance (several choices), what frequency of meal intake per day, and whether they use supplements (and if so: which supplements).

[Time Frame: Autumn 2019]

14. Diagnosis of eating disorder

selfreported history of eating disorders by fitness instructors

[Time Frame: Autumn 2019]

15. Experiences of body image idealization

Personal experiences of body image idealization in professional career by fitness instructors. Do they experience body image idealization (yes/no), in what areas of professional work (by clients, by colleagues, by the work facility culture), does it affect them positively or negatively, do they recognize any preventive or awarness-raising work from the administration/workplace, is this procedure actually complied with.

[Time Frame: Autumn 2019]

16. Social Media

Use of, and experienced influence by, social media in fitness instructors. Selfreported use of social media (which social media), their motivation in doing so, and for what purposes/motivations social media is followed by oneself.

[Time Frame: Autumn 2019]

Eligibility

Study Population: All operating fitness instructors working at fitness facilities/gym's in Norway during autumn 2019 are recruited by information in social media, by information given directly to CEO/administration of facilities listed by the cooperative in Norway, Virke Trening, and by information given directly to gym facilities identified by other means in Norway.

Sampling Method: Probability Sample

Minimum Age: 18 Years

Maximum Age:

Sex: All

Gender Based: No

Accepts Healthy Volunteers:

Criteria: Inclusion Criteria:

- Operating as a fitness instructor (personal trainer or group instructor) during autumn 2019

- Age above 18 years
- Living and operating in Norway
- Understanding and communicating with Norwegian language

Exclusion Criteria:

- Not engaged as a fitness instructor at recruitment time (autumn 2019)
- Age below 18 years of age
- Not living and/or operating in Norway
- Only speaking/communicating in foreign language (i.e. not Norwegian language)

Contacts/Locations

Central Contact Person: Therese Fostervold Mathisen, PhD
Telephone: 95752818 Ext. 0047
Email: therese.f.mathisen@hiiof.no

Central Contact Backup: Jorunn Sundgot-Borgen, PhD
Telephone: 92241745 Ext. 0047
Email: jorunn.sundgot-borgen@nih.no

Study Officials: Jorunn Sundgot-Borgen, PhD
Study Principal Investigator
Norwegian School of Sport Sciences

Locations: **Norway**
Norwegian school of sport sciences
Oslo, Norway, 0806
Contact: Jorunn Sundgot-Borgen, PhD +4792241745 jorunn.sundgot-borgen@nih.no

IPDSharing

Plan to Share IPD: No
Data is held within the group of scientists, but sharing may be evaluated on request.

References

Citations:

Links:

Available IPD/Information:

Vedlegg E: Rekrutteringsplakat

Vil du delta i et kartleggingsprosjekt om trening, kropp og kosthold?

Vi søker personlige trenere og gruppeinstruktører til å besvare et elektronisk spørreskjema om motiver og holdninger til trening, kropp og kosthold. Data fra dette kartleggingsprosjektet kan gi ny kunnskap som vil formidles, samt brukes til utvikling av tiltak, verktøy og intervensjoner får å kunne fremme et miljø som stimulerer til helsefremmende atferd for både treningssenterets ansatte og medlemmer. For å innhente denne kunnskapen, er bidrag fra treningssenterbransjens ansatte helt avgjørende!

Hvem kan delta?

For å kunne delta må du oppfylle følgende krav:

- Arbeide som personlig trener eller gruppeinstruktør ved et norsk treningssenter.
- Være over 18 år.
- Gjennomføre minimum 1 time instruksjon (personlig trening og/eller gruppetime) per uke.
- Forså muntlig og skriftlig norsk

Hva innebærer prosjektet?

Deltagelse innebærer å besvare et elektronisk tilsendt spørreskjema, som tar ca. 30-45 min, og som må fullføres før desember 2019. Spørreskjemaet vil inneholde spørsmål knyttet til hvordan du har det, holdninger til egen kropp og utseende, forhold til trening, bruk av sosiale medier, matvaner, og om du har hatt opplevelser av uønsket seksuell tilnærming (#metoo).

Dersom du ønsker å delta, vennligst **trykk på linkene under eller skann QR-koden**. Du vil først bli bedt om å skrive inn din mailadresse. Når du trykker på avslutt vil du få tilsendt mail med link videre til samtykkeskjema og undersøkelsen.

<https://www.survey-xact.dk/LinkCollector?key=83GMYGJ1SN91>



Mvh.

Dr. Therese Fostervold Mathisen og masterstudent Jenny Aambø Norges idrettshøgskole

Vedlegg F: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Kartlegging av holdninger til kropp, trening og mat hos treningscenterinstruktører

I en tid hvor fysisk inaktivitet er et nasjonalt og globalt problem, og også funnet å være den 4.viktigste årsak til tidlig død, trenger vi sunne og helsefremmende motiv for å få flere i aktivitet. Treningscenterbransjen har i så måte et stort potensial i å bidra til økt aktivitet og folkehelse, men det er usikkert om de lykkes i dette da CrediCare sin omdømmeundersøkelse fra 2016 viser at potensielle kunder opplever stort kropps- og utseende fokus i denne bransjen. I tillegg er det tidligere (2009) funnet en urovekkende høy forekomst av spiseforstyrret atferd blant norske gruppeinstruktører i treningscenterbransjen. Dette var i en tid hvor bruk av og påvirkning fra sosiale medier var i tidlig utvikling, og nyere studier peker i dag på at sosiale medier er en viktig bidragsyter for kroppspress og for utvikling av spise- og treningsforstyrret atferd. En fersk studie av norske kvinnelige fitnessutøvere viser videre til høy forekomst av tidligere eller nåværende spiseforstyrrelser, og en pågående studie av norske ungdommer på videregående skoler viser et høyere nivå av mindre sunne treningsmotiver (relatert til utseende) blant medlemmer på treningscenter enn hos de som driver organisert idrett. Samlet sett gir disse funn og observasjoner grunn til bekymring for mental helse hos ansatte i treningscenterbransjen. Vi ønsker å kartlegge motiver og holdninger til mat, kropp og trening hos instruktører i treningscenterbransjen via elektroniske skjema i en tverrsnittsundersøkelse høsten 2019.

Forskningsgruppen bak denne studien har en interesse av å bruke resultater som fremkommer i videre intervensjons- og kommunikasjons arbeide. Dette innebærer å studere og formidle vellykkede sammenhenger som styrker mental helse, og å bruke kunnskap fra negativt relaterte funn til å utvikle intervensjoner, tiltak eller verktøy. For å bidra til slikt viktig helsefremmende fokus, er bidrag fra treningscenterbransjens egne ansatte helt avgjørende!

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å studere forekomst av sunne og mindre sunne motiver og holdninger til kropp, utseende, trening og mat. Erfaringer og resultater fra et slikt kartleggingsprosjekt kan brukes til å stimulere og hjelpe treningscenterbransjen i en god retning, slik at både de ansatte og kundene opplever et miljø som stimulerer til helsefremmende atferd.

Deltagere som inviteres til dette kartleggingsprosjektet er ansatt i treningscenterbransjen som gruppeinstruktør eller personlig trener, med operativt virke under rekrutterings og undersøkelsesperioden (høsten 2019), og har selv meldt sin interesse etter vår rekruttering i sosiale medier og via treningscenterbransjen.

Hva innebærer prosjektet?

Deltagelse innebærer besvarelse av et elektronisk tilsendt spørreskjema, som vil ta ca 30-45 min å besvare, og som må besvares før desember 2019. Spørreskjemaet vil inneholde spørsmål knyttet til hvordan du har det, holdninger til egen kropp og utseende, forhold til trening, bruk av sosiale medier, matvaner, og om du har hatt opplevelser av uønsket seksuell tilnærming (#metoo). I forkant av denne besvarelsen bes du også bekrefte via signatur at du bidrar via frivillig motivasjon og vilje, og at du er informert om dine forpliktelser (dette skrivet).

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg som du avgir i den

elektroniske besvarelsen, og disse vil ved bruk i forskning aidentifiseres med et id-nummer. Du vil altså ikke være identifiserbar utfra resultatgjengivingen.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke være noen direkte personlig fordel ved deltagelse i denne tverrsnittsspørreundersøkelsen. Men ved å bidra med informasjon i studien, kan du som instruktør/personlig trener bidra med å sette fokus på eventuelle utfordringer som påvirker mental helse hos deg selv og dine medarbeidere. Kun ved slik økt kunnskap kan også forbedrende tiltak motiveres og initieres.

Det følger ingen direkte ulemper eller ubehag ved deltagelse i denne studien. Det kan være at du opplever press fra arbeidsgiver om å delta, men vi kan forsikre deg om at vi ikke rapporterer tilbake til arbeidsgiver om hvem som bidrar som deltager eller ikke. Vår kommunikasjon skjer etter informasjonsmøtet kun direkte med de interesserte deltagere som tar kontakt med oss. Noen kan også føle press om å bidra til å fremstille treningssenterbransjen bedre enn den eventuelt er (for ikke å sverte arbeidsgiver). Vi håper vår direkte kommunikasjon med deg som deltager, samt vår etiske praksis med aidentifisering av data før publikasjon, skal bidra til trygghet om at uheldig personidentifisering ikke skjer.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen ved å sende inn din mailadresse under. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Dr. Therese Fostervold Mathisen, tlf. 95752818, e-mail: therese.f.mathisen@hiof.no.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, få en kopi av disse registreringer, og du har rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene, og du kan henvende deg til personvernombud eller datatilsynet dersom du har spørsmål eller klager om behandlingen av dine personopplysninger.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Dr. Therese Fostervold Mathisen og aktive masterstudent i prosjektet som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert, og id-koblingsnøkkelen blir slettet etter oppbevaringsperioden påkrevd fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (mai 2025).

På oppdrag fra prosjektleder Therese F Mathisen ved Norges Idrettshøgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Forsikring

Vi tilbyr ingen forsikring for deltagelse i dette prosjektet, da deltagelse ikke fordrer noen

fysiske prøver, inngrep eller oppmøte.

Oppfølgingsprosjekt

Det er per i dag ikke planlagt noe oppfølgingsprosjekt av deltagere i dette kartleggingsprosjektet.

Økonomi

Det tilbys ingen kompensasjon for deltagelse i dette kartleggingsprosjektet, da besvarelse av våre skjema kan skje innenfor egen preferert tid utenfor ordinær arbeidstid.

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning, prosjektid-nr: 28855.

Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig og prosjektleder, Dr. Therese Fostervold Mathisen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektansvarlig:

- Therese Fostervold Mathisen, tlf 95752818, e-mail: therese.f.mathisen@hiof.no
- Personvernombud ved institusjonen er Karine Justad; karinej@nih.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger og helsereelatert informasjon brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg G: Distribueringsmail

Hei,

Tusen takk for at du har meldt din interesse for å delta. Hensikten med studien er å kartlegge holdninger til kropp, trening og mat hos treningsinstruktører ved norske treningssentre. Spørreskjemaet vil ta ca. 30-45 minutter å besvare. Det er mulig å ta seg en pause ved å avbryte, for så å fortsette der du avsluttet på et senere tidspunkt. Da bruker du samme linken.

Trykk på linken for å komme til samtykkeskjema og videre starte undersøkelsen:

<%MorpheusMailLink%>

På forhånd, tusen takk for hjelpen!

Mvh.

Dr. Therese Fostervold Mathisen og masterstudent Jenny Aambø

Norges idrettshøgskole

Vedlegg H: Påminnelsemail 1

Emne: Kartlegging av holdninger til kropp, trening og mat hos treningsinstruktører.

Hei,

Er bare innom for å minne om kartleggingsundersøkelsen om holdninger til kropp, trening og mat hos treningsinstruktører ved norske treningssentre. Du mottar denne mailen fordi du har meldt din interesse og har enten et påbegynt spørreskjema eller har mottatt undersøkelsen, men ikke startet din besvarelse. Har du startet, kan du fortsette der du avsluttet sist ved å trykke på linkene under. Minner om at det er mulig å ta pauser, men vi setter veldig stor pris på om du fullfører hele. Deres bidrag er helt avgjørende for å kunne utvikle bransjen videre.

Trykk på linkene for å komme til undersøkelsen:

<%MorpheusMailLink%>

På forhånd, tusen takk for hjelpen!

Mvh.

Dr. Therese Fostervold Mathisen og masterstudent Jenny Aambø

Norges idrettshøgskole

Vedlegg I: Påminnelsemail 2

Emne: Nå er det din stemme vi trenger!

Hei igjen,

Fikk du med deg den nylige debatten i riksdekkende media om **bekledning og kroppsfokus** i treningssenterbransjen? Flere saker; både intervju, bloggposter og kronikker fulgte, og også **Virke Trening** er engasjert i saken. Vi synes det er viktig å vite hvordan ansatte i treningssenterbransjen opplever sin hverdag, og akkurat du er viktig i denne saken.

Minner igjen om kartleggingsundersøkelsen om holdninger til kropp, trening og mat hos treningsinstruktører ved norske treningssentre. Du mottar denne mailen fordi du har meldt din interesse og har enten et påbegynt spørreskjema eller har mottatt undersøkelsen, men ikke startet din besvarelse. Har du startet, kan du fortsette der du avsluttet sist. Minner om at det er mulig å ta pauser, men vi setter veldig stor pris på om du fullfører hele. Deres bidrag er helt avgjørende for å kunne utvikle bransjen videre.

Trykk på linken for å komme til undersøkelsen:

<%MorpheusMailLink%>

På forhånd, tusen takk for hjelpen! Må du ha en riktig fin førjulstid.

Mvh.

Dr. Therese Fostervold Mathisen og masterstudent Jenny Aambø

Norges idrettshøgskole

Vedlegg J: Påminnelsemail 3

Emne: Vi trenger din stemme!

Hei igjen,

I dagens Dagblad var denne kartleggingsundersøkelsen tema, og det er dermed en god anledning for igjen å minne deg om vår forespørsel. Vi trenger **din** hjelp!

Du mottar denne mailen fordi du har meldt din interesse og har enten et påbegynt spørreskjema eller har mottatt undersøkelsen, men ikke startet din besvarelse. Har du startet, kan du fortsette der du avsluttet sist. Minner om at det er mulig å ta pauser, men vi setter veldig stor pris på om du fullfører hele. Deres bidrag er helt avgjørende for å kunne utvikle bransjen videre.

Trykk på linken for å komme til undersøkelsen:

<%MorpheusMailLink%>

På forhånd, tusen takk for hjelpen!

Mvh.

Dr. Therese Fostervold Mathisen og masterstudent Jenny Aambø

Norges idrettshøgskole

Vedlegg K: Body Appreciation Scale – 2

For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som passer deg best:

1 – Aldri, 2 – Sjeldent, 3 – Noen ganger, 4 – Ofte, 5 - Alltid

1. Jeg respekterer kroppen min.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

2. Jeg er fornøyd med kroppen min.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

3. Jeg føler at kroppen min iallfall har noen gode kvaliteter.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

4. Jeg har en positiv holdning til kroppen min.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

5. Jeg er oppmerksom på hva kroppen min trenger.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

6. Jeg er glad i kroppen min.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

7. Jeg setter pris på de ulike og unike karakteristikkene ved kroppen min.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

8. Min væremåte synliggjør min positive holdning til min kropp; for eksempel at jeg holder hodet hevet og smiler.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

9. Jeg er komfortabel i kroppen min.

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger

- 4. Ofte
- 5. Alltid

10. Jeg føler meg vakker selv om jeg er annerledes enn de vakre menneskene som presenteres på bilder i media (f.eks. modeller, skuespillere).

- 1. Aldri
- 2. Sjeldent
- 3. Noen ganger
- 4. Ofte
- 5. Alltid

Vedlegg L: Drive for muscularity scale

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte	Alltid				
	1	2	3	4	5	6				
1	Jeg skulle ønske jeg var mer muskuløs				1	2	3	4	5	6
2	Jeg løfter vekter for å bygge muskler				1	2	3	4	5	6
3	Jeg bruker protein- og/eller energitilskudd				1	2	3	4	5	6
4	Jeg drikker proteinshake eller 'weight gainer'				1	2	3	4	5	6
5	Jeg prøver å innta så mange kalorier jeg kan på en dag				1	2	3	4	5	6
6	Jeg får skyldfølelse hvis jeg går glipp av en styrketreningsøkt				1	2	3	4	5	6
7	Jeg tror jeg ville hatt bedre selvtillit hvis jeg hadde en større muskelmasse				1	2	3	4	5	6
8	Andre mennesker mener jeg trener styrketrening for ofte				1	2	3	4	5	6
9	Jeg tror at jeg ville sett bedre ut hvis jeg fikk 5 kg mer muskler				1	2	3	4	5	6
10	Jeg tenker på å ta anabole steroider				1	2	3	4	5	6
11	Jeg tror jeg ville følt meg sterkere hvis jeg fikk større muskelmasse				1	2	3	4	5	6
12	Jeg tenker at styrketrening forstyrrer andre aspekter i livet mitt				1	2	3	4	5	6
13	Jeg synes at armene mine ikke er muskulære nok				1	2	3	4	5	6

14 Jeg synes at brystet mitt ikke er muskulært nok 1 2 3 4 5 6

15 Jeg synes at beina mine ikke er muskulære nok 1 2 3 4 5 6

Vedlegg M: Eating disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q)

Instruksjoner: Dette spørreskjema handler kun om de siste fire ukene (28 dager). Les hvert spørsmål nøye. Svar på alle spørsmålene.

Spørsmål 1 til 12: Tegn en sirkel rundt det tallet til høyre som du synes passer best.

Husk at spørsmålene kun handler om de siste fire ukene (28 dagene).

	På hvor mange av de siste 28 dagene	Ingen	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Alle
	...	dager	dager	dager	dager	dager	dager	dager
1	Har du <u>prøvd</u> å begrense mengden mat du spiser for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?	0	1	2	3	4	5	6
2	Har du i lengre perioder (8 våkne timer eller mer) ikke spist noe i det hele tatt for å påvirke din figur eller vekt?	0	1	2	3	4	5	6
3	Har du <u>prøvd</u> å utelukke noen typer mat du liker, for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?	0	1	2	3	4	5	6
4	Har du <u>prøvd</u> å følge bestemte regler for hva eller hvordan du spiser (f.eks. en kalorigrense) for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?	0	1	2	3	4	5	6
5	Har du hatt et klart ønske om å ha <u>tom</u> mage for å påvirke din figur eller vekt?	0	1	2	3	4	5	6

6	Har du hatt et klart ønske om å ha en <u>helt flat</u> mage?	0	1	2	3	4	5	6
7	Har du opplevd at tanker om <u>mat, spising eller kalorier</u> har gjort det veldig vanskelig å konsentrere deg om ting du er interessert i (f.eks. å arbeide, følge en samtale eller lese)?	0	1	2	3	4	5	6
8	Har du opplevd at tanker om <u>figur eller vekt</u> har gjort det veldig vanskelig å konsentrere deg om ting du er interessert i (f.eks. å arbeide, følge en samtale eller lese)?	0	1	2	3	4	5	6
9	Har du hatt en klar frykt for å miste kontroll over spisingen din?	0	1	2	3	4	5	6
10	Har du hatt en klar frykt for at du kan gå opp i vekt?	0	1	2	3	4	5	6
11	Har du følt deg tykk?	0	1	2	3	4	5	6
12	Har du hatt et sterkt ønske om å gå ned i vekt?	0	1	2	3	4	5	6

Spørsmål 13-18: Fyll inn passende antall i boksene til høyre. Husk at spørsmålene handler om de siste fire ukene (28 dagene).

13 I løpet av de siste 28 dagene, hvor mange ganger har du spist det andre ville betraktet som en uvanlig stor mengde mat (omstendighetene tatt i betraktning)? _____ ganger

14 Ved hvor mange av disse episodene hadde du en følelse av å ha mistet kontrollen over spisingen din (mens du spiste)? _____ ganger

15 I løpet av de siste 28 dagene, hvor mange dager har slike episoder med overspising forekommet (dvs. der du har spist uvanlig store mengder mat og hatt en følelse av å miste kontrollen mens du spiste)? _____ dager

16 I løpet av de siste 28 dagene, hvor mange ganger har du kastet opp for å kontrollere din figur eller vekt? _____
ganger

17 I løpet av de siste 28 dagene, hvor mange ganger har du brukt avføringsmidler for å kontrollere din figur eller vekt? _____
ganger

18 I løpet av de siste 28 dagene, hvor mange ganger har du følt deg drevet eller tvunget til å trene for å kontrollere din vekt, figur eller fettmengde, eller for å forbrenne kalorier? _____
ganger

På spørsmål 19-21: Tegn en sirkel rundt det tallet som du synes passer best. Vær oppmerksom på at i disse spørsmålene brukes begrepet «overspisingsepisode» om å

spise det andre ville synes var en uvanlig stor mengde mat i den situasjonen du var i, samtidig med en følelse av å ha mistet kontroll over spisingen.

19	I løpet av de siste 28 dagene, hvor mange dager har du spist i hemmelighet (i skjul)? Tell ikke med overspisingsepisoder.	Ingen dager	1-5 dager	6-12 dager	13-15 dager	16-22 dager	23-27 dager	Alle dager
		0	1	2	3	4	5	6
20	Hvor mange av de gangene du har spist, har du hatt skyldfølelse (følt at du har gjort noe galt) fordi det kan påvirke din figur eller vekt? Tell ikke med overspisingsepisoder.	Ingen av dagene	Noen få ganger	Færre enn halvparten	Halvparten	Mer enn halvparten	De fleste gangene	Hver gang
		0	1	2	3	4	5	6
21	I løpet av de siste 28 dagene, hvor bekymret har du vært for at andre mennesker ser deg spise? Tell ikke med overspisingsepisoder.	Ikke i det hele tatt		Litt		Ganske mye		Veldig mye
		0	1	2	3	4	5	6

Spørsmål 22-28: Tegn en sirkel rundt det tallet til høyre som du synes passer best. Husk at spørsmålene kun handler om de siste fire ukene (28 dagene).

I løpet av de siste 28 dagene	Ikke i det hele tatt	Litt	Ganske mye	Veldig mye
--------------------------------------	-----------------------------	-------------	-------------------	-------------------

22	Har <u>vekten</u> din påvirket hvordan du tenker om (bedømmer) deg selv som person?	0	1	2	3	4	5	6
23	Har <u>figuren</u> din påvirket hvordan du tenker om (bedømmer) deg selv som person?	0	1	2	3	4	5	6
24	Hvor opprørt ville du bli hvis du ble bedt om å veie deg en gang i uken (ikke mer, ikke mindre) de neste fire ukene?	0	1	2	3	4	5	6
25	Hvor misfornøyd har du vært med <u>vekten</u> din?	0	1	2	3	4	5	6
26	Hvor misfornøyd har du vært med <u>figuren</u> din?	0	1	2	3	4	5	6
27	Hvor mye ubehag har du følt ved å se kroppen din (f.eks. når du ser figuren din i speilet, reflektert i et butikkvindu, ved klesskift, eller når du bader eller dusjer)?	0	1	2	3	4	5	6
28	Hvor mye ubehag har du følt ved at <u>andre</u> ser figuren din (f.eks. i offentlige omklede rom, når du svømmer, eller når du har på deg trange klær)?	0	1	2	3	4	5	6

Vedlegg N: Subskalaene i EDE-Q med spørsmålsnummer- og tema

	Spørsmål nr.	Spørsmålstema
Restriksjon	1	Restriksjon ved spising
	2	Unngå å spise
	3	Unngå mattyper
	4	Kostholdsregler
	5	Tom mage
Bekymring for spising	7	Opptatt av mat, spising og kalorier
	9	Frykt for å miste kontroll
	19	Spising i det skjulte
	20	Sosial spising
	21	Skyldfølelse ved spising
Bekymring for figur	6	Flat mage
	8	Opptatthet av form og vekt
	10	Frykt for vektøkning
	11	Følelse av å være fet
	23	Betydningen av form
	26	Misnøye med form
	27	Ubehag med å se kroppen
	28	Unngå eksponering
Bekymring for vekt	8	Opptatthet av form eller vekt
	12	Ønsker å gå ned i vekt
	22	Viktigheten av vekt
	24	Reaksjon på forskrevet veiing
	25	Misnøye med vekt

(Fairburn & Beglin, 2008)