

Solveig Marit Magnadottir

Symptomer på spiseforstyrrelser og selvfølelse blant unge utholdenhetsutøvere og utøvere i estetiske idretter

En tverrsnittstudie ved norske toppidrettsgymnas, gymnas
med idrettsfag og ordinære videregående skoler

Masteroppgave i idrettsvitenskap
Institutt for idrettsmedisinske fag
Norges idrettshøgskole, 2021

Sammendrag

Bakgrunn: Risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser er økt for både kvinnelige- og mannlige idrettsutøvere sammenlignet med ikke-idrettsutøvere. Idrettsutøvere som konkurrerer i vektsensitive idretter er særlig utsatt. Hensikten med denne studien var å undersøke om unge idrettsutøvere som konkurrerer i utholdenhets- og estetiske idretter har høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med jevnaldrende kontroller. Kjønnforskjeller når det gjelder forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser ble også undersøkt. Selvfølelse og spiseforstyrrelser har tidligere vist å ha en sammenheng, og det var derfor ønskelig å se om det var gjeldende for dette utvalget også. **Metode:** Tverrsnittstudie med baselinedata fra et pågående doktorgrads-prosjekt om seksuell trakassering ved Norges idrettshøgskole. Elever fra andre året ved norske videregående skoler ble inkludert (292 kvinner og 208 menn), og delt inn i to grupper: Idrettselever (elever ved toppidrettsgymnas og idrettslinjer) (n=241) og kontrollelever (elever ved studiespesialiserende linjer ved ordinære videregående skoler) (n=259). Kun idrettselever som representerte utholdenhetsidretter (n=192) og estetiske idretter (n=49) ble inkludert. Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q) ble brukt for å undersøke symptomer på spiseforstyrrelser. Rosenberg Selvfølelsesskala (RSES) ble brukt for å undersøke selvfølelse. **Resultater:** Kontrollelevne hadde signifikant høyere EDE-Q global skår blant kvinner (p=0.004) og menn (p=0.013). For kvinner var det signifikant flere kontrollelever over cut-off (21.6%) sammenlignet med idrettselevne (10.7%) (p=0.015). I den mannlige gruppen ble det derimot ikke funnet signifikant forskjell i andel over cut-off mellom idrettselevne (6.7%) og kontrollelevne (12.5%) (p=0.150). Det var signifikant forskjell i andel over cut-off mellom utholdenhetsidrett (20.2%) og estetiske idretter (33.9%) for kvinner (p=0.023). Det var en sammenheng mellom RSES og EDE-Q hos menn (r=-.343) og kvinner (r=-.519). **Konklusjon:** Flere kontrollelever hadde symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med idrettselever. Kvinner hadde en høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med menn. Idrettselever i estetiske idretter hadde høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med elever i utholdenhetsidretter for kvinner. RSES og EDE-Q hadde en negativ korrelasjon for menn (svak) og for kvinner (moderat) i det totale utvalget.

Innhold

Sammendrag	3
Innhold	4
Forord	6
Begrepsavklaring	7
1.0 Introduksjon	9
1.1 Hensikt med oppgaven	11
1.2 Problemstillinger og hypoteser	11
2.0 Teori	12
2.1 Spiseforstyrrelser	12
2.1.1 Diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelser.....	14
2.1.2 Anorexia Nervosa	15
2.1.3 Bulimia Nervosa.....	17
2.1.4 Overspisingslidelse	17
2.1.5 Atypiske spiseforstyrrelser	18
2.1.6 Forstyrret spiseatferd.....	19
2.1.7 Forekomst av spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd.....	20
2.1.8 Etiologi	22
2.1.9 Spiseforstyrrelser i utholdenhets- og estetiske idretter	24
2.2 Selvfølelse	26
2.3 Sammenheng mellom spiseforstyrrelser og selvfølelse	27
3.0 Metode	28
3.1 Doktorgradsprosjekt ved Norges Idrettshøgskole	28
3.2 Rekruttering og datainnsamling	29
3.2.1 Covid-19	30
3.3 Utvalg	30
3.4 Målemetoder	32
3.4.1 Eating Disorder Examination Questionnaire – 6.0 (EDE-Q).....	32
3.4.2 Rosenberg selvfølelsesskala (RSES).....	33
3.5 Statistiske analyser	33
3.6 Forskningsetikk	34

4.0	Resultat	35
4.1	Forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser	35
4.1.1	Kjønnsforskjeller i symptomer på spiseforstyrrelser	36
4.2	Forskjell mellom utøvere i utholdenhetsidrett og estetisk idrett i symptomer på spiseforstyrrelser.....	37
4.3	Sammenheng mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser.....	38
5.0	Diskusjon	41
5.1	Forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser	41
5.1.1	Kjønnsforskjeller i symptomer på spiseforstyrrelser	44
5.2	Forskjell mellom utøvere i utholdenhetsidrett og estetisk idrett i symptomer på spiseforstyrrelser.....	46
5.3	Sammenheng mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser.....	49
5.4	Diskusjon av metode – styrker og begrensninger	52
5.4.1	Utvalg og representativitet.....	52
5.4.2	Målemetoder.....	53
5.5	Etikk	56
5.6	Praktiske implikasjoner	56
6.0	Konklusjon	58
	Referanser.....	59
	Tabelloversikt	76
	Figuroversikt.....	76
	Forkortelser	77
	Vedlegg	78

Forord

Min store drøm på videregående var å komme inn på Norges idrettshøgskole. Jeg kan nå se tilbake på seks fine år som student, hvorav fem innholdsrike år på NIH. Det er vemodig å levere denne masteroppgaven, fordi det setter et punktum på min student-tilværelse. Samtidig er jeg utrolig stolt over kunnskapen jeg har tilegnet meg det siste året, og takknemlig for erfaringen jeg sitter igjen med etter å ha studert på Norges idrettshøgskole. Nå er jeg ferdig med ett års beinhard jobbing på masteroppgaven innenfor en tematikk jeg brenner for, og jeg gleder meg til en arbeidshverdag hvor jeg kan bruke denne kunnskapen i praksis. Jeg har stor respekt for forskningen på spiseforstyrrelser på Norges Idrettshøgskole, og er stolt over å kunne kalle meg NIH'er!

Først vil jeg takke mine eminente veiledere, Nina Sølvberg og Jorunn Sundgot-Borgen. Tusen takk Nina, for at du svarer på mail innen ti minutter, uansett tid på døgnet. Og tusen takk for gode tilbakemeldinger og store heiarop! Tusen takk Jorunn, for at du har hatt troa på meg, at jeg har fått tatt del i ditt team både på bachelor og på master, og at du har bidratt med din enorme faglige kompetanse innenfor forskning på spiseforstyrrelser. Til tross for at korona har satt en stopper for fysiske møter hele året, har dere veiledet meg slik at jeg nå endelig har kommet i mål. Jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten dere dette året. Tusen takk!

Videre vil jeg takke mine solide medstudenter, Maja og Pernille. Takk for de utallige timene vi har holdt ut på diverse grupperom på NIH de siste tre årene! Og takk for det fine vennskapet vi har fått. Uten dere hadde ikke dette gått.

Til slutt vil jeg takke samboer, familie og venner for stor støtte i denne perioden. Takk for at dere alltid stiller opp for meg og har stor tro på meg. Jeg er utrolig takknemlig for at jeg har akkurat dere i livet mitt.

Takk for meg, Norges idrettshøgskole!

Solveig Marit Magnadottir,

Oslo, juni 2021

Begrepsavklaring

Toppidrettsgymnas og toppidrett

Et toppidrettsgymnas er et studietilbud som sikrer unge idrettsutøvere en studie-spesialiserende videregående opplæring samtidig som de satser på idretten sin. Olympiatoppen har ansvar for å kvalitetssikre alle sike skoler som søker status som toppidrettsgymnas (Olympiatoppen, 2011). Både offentlige og private toppidrettsgymnas mottar offentlige bevillinger slik at de kan utvikle unge talenter til internasjonalt toppidrettsnivå (Olympiatoppen, 2011). Begrepet toppidrettsutøver er subjektivt for hver idrett, og i de ulike idrettene benyttes ulike definisjoner bestemt av idretten selv (Olympiatoppen, u.å.).

Idrettsfag

Idrettsfag er et studieforberedende programfag som tilbys ved utvalgte ordinære videregående skoler. Idrettsfag består av de ordinære fag som er obligatorisk i den videregående opplæringen, i tillegg til opplæring om fysisk aktivitet og trening, idrett og samfunn, treningsledelse, om helse, kosthold og kroppens oppbygging. Programfaget har også ti timer aktivitetsfag i uken (toppidrett/breddeidrett og aktivitetslære). Idrettsfag gir studiekompetanse til å ta høyere utdanning (Vilbli.no, u.å.-a). Elever ved idrettsfag har mulighet til å velge toppidrett eller breddeidrett gjennom hele den videregående opplæringen.

Studiespesialiserende programfag

Studiespesialiserende programfag inneholder de obligatoriske fag ved ordinære videregående skoler. Elevene fordyper seg innen realfag, språk, samfunnsfag eller økonomi. Studiespesialiserende gir studiekompetanse til å ta høyere utdanning (Vilbli.no, u.å.-b). Enkelte studiespesialiserende programfag har breddeidrett og toppidrett som valgfagsmuligheter.

Utholdenhetsidretter og estetiske idretter

Utholdenhetsidretter og estetiske idretter kan beskrives som vektsensitive idretter (Sundgot-Borgen et al., 2013). I utholdenhetsidrett kan høy kroppsvekt begrense idrettsprestasjonen da forflytting av egen kroppsvekt er en essensiell del av idretten. Dette gjelder for eksempel mellomdistanse- og langdistanseløping, svømming, langrenn og sykling (Ackland et al., 2012; Meyer et al., 2013). Estetisk vurderte idretter er idretter hvor utøverens- eller lagets prestasjon blir evaluert av en eller flere dommere i konkurranser, og konkurransene har komplekse regler (Mancine, Gusfa, Moshrefi & Kennedy, 2020). Utseende og utførelse spiller en stor rolle i evalueringen. Eksempler på estetiske idretter er ulike typer turning, kunstløp, synkronsvømming og stupning (Ackland et al., 2012; Meyer et al., 2013).

Kroppsbilde

Kroppsbilde er et paraplybegrep som refererer til den subjektive personlige tolkningen av en persons egen kropp og har kognitive, emosjonelle og atferdsmessige dimensjoner (de Bruin, Oudejans, Bakker & Woertman, 2011). Kroppsbilde handler altså om menneskers selvvurdering av deres fysiske utseende og attraktivitet, og påvirkes av kulturelle normer og kroppsideal som formes i miljø og media (Levine & Murnen, 2009).

Kroppsmisnøye

Kroppsmisnøye handler om negativ selvevaluering av kroppsstørrelse, figur, vekt, muskuløsitet og musklens utforming. Kroppsmisnøye oppstår når det er en uoverensstemmelse mellom individets kroppsbilde og kroppsideal (Kong & Harris, 2015). Kroppsmisnøye er assosiert med motivasjon for tynnhet (drive for thinness) (Stice & Shaw, 2002), forstyrret spiseatferd, spiseforstyrrelser og slanking (Stice, Marti & Durant, 2011).

1.0 Introduksjon

Psykiske lidelser er en fellesbetegnelse for sykdommer og lidelser hvor subjektivt plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt går ut over dagligliv eller arbeid. I løpet av livet anslås det at omtrent 50% av befolkningen vil møte diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse, og omtrent 30% vil gjøre det hvert år (Malt & Mykletun, 2012). Spiseforstyrrelser er en av mange psykiske lidelser, og utgjør store utfordringer for de som utvikler det.

Spiseforstyrrelser i idretten har fått økt oppmerksomhet de siste tjue årene både internasjonalt (Joy, Kussman & Nattiv, 2016) og i Norge (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013). Norske studier viser at forekomsten av spiseforstyrrelser er høyere blant unge idrettsutøvere sammenlignet med jevnaldrende kontroller (Martinsen et al., 2014; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013). Det er vist en høyere risiko for å utvikle spiseforstyrrelser i puberteten enn senere i livet (Rosendahl, Bormann, Aschenbrenner, Aschenbrenner & Strauss, 2009). Voksne idrettsutøvere med spiseforstyrrelser rapporterte allerede fra ungdomstiden og puberteten at de startet med dietter, og utviklet spiseforstyrrelser i tidlig alder (Sundgot-Borgen, 1994). Tidlig forebygging av spiseforstyrrelser er viktig, spesielt for idrettsutøvere (Joy et al., 2016).

Å være en idrettsutøver kan i seg selv øke risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser (Joy et al., 2016; Wells et al., 2020). Studier viser at idrettsutøvere innenfor vektsensitive idretter (gravitasjonsidretter, estetiske idretter og vektklasseidretter) i større grad utvikler spiseforstyrrelser sammenlignet med utøvere i andre idretter (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Giel et al., 2016; Mancine et al., 2020; Schaal et al., 2011; Wells et al., 2020). Giel et al. (2016) undersøkte symptomer på spiseforstyrrelser blant unge tyske eliteutøvere, og rapporterte at høyrisikogrupper for spiseforstyrrelser var; a) idrettsutøvere som konkurrerer i gravitasjonsidretter og andre idretter der kroppsvekt er sentralt, b) idrettsutøvere med psykiske plager (angst og depresjon), c) kvinnelige idrettsutøvere og d) mannlige idrettsutøvere som konkurrerer i utholdenhetsidrett, tekniske idretter og kraftidretter. Schaal et al. (2011) undersøkte mental helse blant elite- og juniorutøvere på fransk nasjonalt nivå, og rapporterte høy forekomst av spiseforstyrrelser blant kvinner som konkurrerte i utholdenhetsidretter og friidrett (14%). For menn var den høyeste forekomsten funnet blant de som konkurrerte i

vektklasseidretter (7%). Undersøkelser på norske junior skiskytter- og langrennsjenter vise at 18.7% av utøverne hadde forstyrret spiseatferd, og en forhøyet forekomst av forstyrret spiseatferd blant tidligere utøvere sammenlignet med de som fortsatt var aktive (Pettersen, Hernæs & Skårderud, 2016).

I den generelle befolkningen er forekomsten av spiseforstyrrelser høyere blant kvinner sammenlignet med menn, med en kvinne-mann ratio på 10:1 (Rosendahl et al., 2009; Treasure, Duarte & Schmidt, 2020). Samme tendens sees hos idrettsutøvere (Joy et al., 2016; Reardon et al., 2019). Studier har sett at forekomsten er høyere blant de som driver med konkurranseidrett sammenlignet med ikke-idrettsutøvere for begge kjønn (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Coelho, Gomes, Ribeiro & Soares Ede, 2014; Joy et al., 2016; Reardon et al., 2019; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Lav selvfølelse er velkjent hos personer med spiseforstyrrelser (Kästner, Löwe & Gumz, 2019), og lav selvfølelse kan anses som en underliggende mekanisme som kan føre til forstyrret spiseatferd (Brechan & Kvalem, 2015). Selvfølelse har vist å korrelere med både kroppsmisnøye og symptomer på spiseforstyrrelser (Brechan & Kvalem, 2015), særlig hos unge jenter (Drosdzol-Cop et al., 2017). Lav selvfølelse har også vist en sammenheng med spiseforstyrrelser for idrettsutøvere (Schaal et al., 2011). Blant idrettsutøvere har utøvere fra vektsensitive idretter rapportert høyere grad av kroppsmisnøye og flere symptomer på spiseforstyrrelser uansett konkurransenivå og type idrett (Kong & Harris, 2015).

Data som omhandler forekomsten av spiseforstyrrelser blant norske idrettsutøvere, har ikke blitt undersøkt siden Martinsen & Sundgot-Borgens undersøkelse i 2013. Pettersen et al. (2016) gjennomførte en undersøkelse med norske skiskyttere basert på spørreskjema, men undersøkelser som bare fokuserer på utholdenhetsidretter og estetiske idretter er ikke utført tidligere. Det er derfor av interesse med oppdaterte prevalenstall på symptomer på spiseforstyrrelser blant unge norske idrettsutøvere i denne kategorien. Flere studier har undersøkt forekomsten blant noen av særiddrettene, og det er klare indikasjoner på at forekomsten er spesielt høyt blant utholdenhetsutøvere og utøvere innenfor estetiske idretter (Mancine et al., 2020). Tidligere studier er imidlertid beheftet med metodologiske utfordringer som dårlig definert utvalg, ikke valide instrumenter, lav svarprosent og mangel på egnet referansegruppe.

1.1 Hensikt med oppgaven

Den overordnede hensikten med denne studien er å kartlegge forekomsten av selvrapporterte symptomer på spiseforstyrrelser blant idrettselever innenfor utholdenhetsidretter og estetiske idretter, sett i forhold til forekomsten blant elever ved ordinære videregående skoler ved studiespesialiserende linjer. Videre vil sammenhengen mellom symptomer på spiseforstyrrelser og selvfølelse undersøkes.

1.2 Problemstillinger og hypoteser

A1 Er det en forskjell i forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser mellom idrettselever og elever ved ordinære videregående skoler?

Hypotese: Forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser er høyere blant idrettselever sammenlignet med elever på ordinære videregående skoler

A2 Er det kjønnsforskjeller i forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser blant idrettselever og elever ved ordinære videregående skoler?

Hypotese: Forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser er høyere i de kvinnelige elevgruppene sammenlignet med gruppene av mannlige elever

B Er det en forskjell i forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser mellom idrettselever som representerer utholdenhetsidretter og idrettselever som representerer estetiske idretter?

Hypotese: Forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser er størst i estetiske idretter

C Er det en sammenheng mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser?

Hypotese: Det er en negativ sammenheng mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser

2.0 Teori

2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser som omhandler forholdet til mat, kropp og vekt, og personer med spiseforstyrrelser er ofte overopptatt av dette. Mange tenker at mennesker med spiseforstyrrelser er ekstremt undervektige (Skårderud, 2016). Basert på mange år med forskning og klinisk erfaring kan denne påstanden avkreftes, da omtrent 90% av de med spiseforstyrrelser er normalvektige eller overvektige (Rosenvinge, Frostad & Andreassen, 2012). Spiseforstyrrelser kan variere i alvorlighetsgrad, og spiseforstyrrelsen Anorexia Nervosa (AN) er den psykiske lidelsen med høyest dødelighetsgrad (Rosenvinge et al., 2012). Omtrent halvparten av pasienter med AN blir helt friske, 30% blir delvis friske og omtrent 20% blir aldri friske (Steinhausen, 2009). De 50% som ikke blir helt friske kan ha vedvarende symptomer eller annen psykisk lidelse. For Bulimia Nervosa (BN) er prognosene noe bedre, da omtrent 80% av pasientene blir helt friske. Resterende 20% kan få tilbakefall og/eller betydelige utfordringer knyttet til psykisk helse (Steinhausen, 2009).

Spiseforstyrrelser ble oppdaget mot slutten av 1800-tallet, men det var ikke før 1980-tallet AN og BN fikk et medisinsk navn (Marks, 2019). Samtidig vekket spiseforstyrrelser internasjonal interesse da tematikken ble belyst som et problem blant idrettsutøvere, og i den generelle befolkningen (Rosenvinge et al., 2012). Historisk ble spiseforstyrrelser lenge oppfattet ensbetydende med AN (og BN etter 1980), og det er først de senere tiårene at spiseforstyrrelser har blitt kategorisert i flere underkategorier. Overspisingslidelse og atypiske spiseforstyrrelser ble ikke kategorisert i diagnose-systemer før i 2013 (Marks, 2019).

Mennesker med spiseforstyrrelser har et unormalt spise- eller vektkontrollerende mønster (Treasure et al., 2020), kan ha alvorlig innvirkning på individets livskvalitet (American Psychiatric Association, 2013). Sentrale trekk i spiseforstyrrelsens patologi er vanskeligheter med å tolke-, regulere- og uttrykke følelser, og de fysiske atferdene som personer med spiseforstyrrelser utfører (for eksempel sulting, framprovosert oppkast, selvskading med mer) har en viktig rolle i forsøk på følelsesregulering (Skårderud, 2016; Skårderud & Fonagy, 2012). Spiseforstyrrelser kjennetegnes også ved et unormalt forhold til vekt og mat, lav selvfølelse og forstyrret kroppssoppfatning.

Symptomer på spiseforstyrrelser kan være overdreven opptatthet av å være tynn, negativt selvbilde, intens frykt for å gå opp i vekt/overvekt og forstyrret spiseatferd (Joy et al., 2016; Treasure et al., 2020). Individuer med spiseforstyrrelser kan bruke vektreduserende metoder som for eksempel sulting, fasting, oppkast og dysfunksjonell trening i et forsøk på å redusere vekt, kontrollere følelser eller få kontroll etter en overspisingsperiode (Martinsen, 2016). Videre kan personer med spiseforstyrrelser oppleve at de overnevnte faktorene tar overdrevent mye fokus i hverdagen, samtidig som personlige relasjoner, skole, jobb og sosialt liv blir nedprioritert (Fairburn & Harrison, 2003).

Forsøk på en sunnere livsstil og det å starte på «sunne» dietter, som etter hvert går over i mer ekstreme vektreduserende metoder, har vist seg å ha en sammenheng med spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013). Ekstreme vektreduserende metoder er for eksempel restriktive dietter, passiv/aktiv dehydrering, vektreduserende piller, fasting eller dysfunksjonell trening (Joy et al., 2016). Det er unge jenter og kvinner som i størst grad blir påvirket i negativ retning ved oppstart av dietter eller forsøk på vektnedgang. Oppstart av dietter kan se ut til å være en risikofaktor for å fortsette med dietter senere i livet (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg & Loth, 2011).

Evidensgrunnlaget når det gjelder spiseforstyrrelser har utviklet seg de siste to tiårene, spesielt forskning på idrettsutøvere (Joy et al., 2016). Forskning omkring helsekonsekvenser som følge av spiseforstyrrelser, samt spiseforstyrrelser hos menn har vært særlig økende. Fokuset i forskningen ligger hos risikogrupper som for eksempel fremmer et typisk kroppsideal og tynnhet, den kvinnelige utøvertriaden og konsekvenser knyttet til lav energitilgjengelighet for både menn og kvinner (Mountjoy et al., 2018; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Det er dog mer konsensus omkring kvinner og energitilgjengelighet sammenlignet med menn, og det er behov for mer forskning blant menn og disse faktorene i framtiden (Joy et al., 2016; Torstveit, Fahrenholtz, Lichtenstein, Stenqvist & Melin, 2019).

2.1.1 Diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelser

For å diagnostisere spiseforstyrrelser, må pasienter oppfylle bestemte diagnostiske kriterier. Disse kriteriene er definert i Verdens helseorganisasjons (WHO) diagnosesystem; ICD-11. Dette diagnosesystemet benyttes i norsk helsevesen. (Helsedirektoratet, 2017). I vitenskapelige sammenhenger benyttes DSM-5 (eller DSM-IV (før 2013)). (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 2013). Kardinalsymptomene og kriteriene for henholdsvis AN, BN og overspisingsslidelse er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Diagnostiske kriterier for AN, BN og overspisingsslidelse i henhold til DSM-5 – fritt oversatt (American Psychiatric Association, 2013; Helsedirektoratet, 2017).

Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	Overspisingsslidelse
Personen mestrer ikke å opprettholde signifikant vekt ¹ i forhold til høyde	Overspising ² av store mengder mat over en relativt kort tidsperiode (to timer)	Overspising ² av store mengder mat over en relativt kort tidsperiode (to timer)
En intens frykt for å gå opp i vekt eller å bli overvektig til tross for undervekt	Overspisingssperiodene preges av følelse av mangel på kontroll ³ i perioden og en tømningssatferd blir brukt for å få tilbake kontrollen	Overspisingssperiodene preges av følelse av mangel på kontroll ³ over spisingen i perioden
Et forstyrret kroppsbilde og en forstyrret kroppsoppfattelse. Kroppen oppfattes som større enn hva den egentlig er	Både overspising og tømningssatferd forekommer gjennomsnittlig en gang i uken over en tremåneders periode	Overspisingen forekommer gjennomsnittlig en gang i uken over en tremåneders periode
Hormonforstyrrelser som kan føre til amenoré hos kvinner, og tap av seksuell interesse og potens hos menn	Forstyrret kroppsoppfattelse og kroppsbilde, og sykkelig frykt for overvekt	Tre eller flere av følgende kriterier må være assosiert med overspisingssperioden:
Vedvarende mangel på å erkjenne alvorlighetsgrad av lav kroppsvekt	Personen vurderer seg selv ut fra vekt, kroppsstørrelse og figur	<ol style="list-style-type: none"> 1) Spiser raskere enn hva som er normalt 2) Spiser til man føler seg ukomfortabelt mett 3) Spiser store mengder mat til tross for manglende sultfølelse 4) Spiser alene fordi personen føler skam over mengden mat som konsumeres 5) Skyldfølelse, kvalme og nedstemthet i etterkant av overspisingsepisoden

¹ Signifikant vekt er forventet vekt i forhold til høyde og kroppsstørrelse: Kroppsvekt under 85% av forventet kroppsvekt, eller KMI på 17.5 eller mindre; ² Overspising er inntak av mat som er betydelig større enn hva som anses som «normalt» innenfor en tidsperiode (to timer); ³ Mangel på kontroll kan beskrives som at man ikke greier å stoppe eller kontrollere hvor mye som konsumeres; ⁴ Tømningssatferd er for eksempel selvframkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, dysfunksjonell trening og diuretika

2.1.2 Anorexia Nervosa

AN er en psykisk lidelse hvor de mest karakteristiske trekkene er alvorlige restriksjoner omkring energiinntak. Vedvarende lavt energiinntak leder til lav kroppsvekt. Mange med AN har en intens frykt for å gå opp i vekt, forstyrret kroppsbylde og svekket oppfattelse av livstruende konsekvenser ved avmagring (Phillipou, Castle & Rossell, 2018; Treasure et al., 2020). Generelt forekommer AN ofte i begynnelsen av ungdomstiden og puberteten (Fisher, 2006). Utviklingen av AN starter sjeldent etter fylte 30 år (Javaras et al., 2015; Litmanen, Fröjd, Marttunen, Isomaa & Kaltiala-Heino, 2017), men alderen for debut synes å være lavere enn tidligere (Steinhausen & Jensen, 2015).

AN beskrives som «det selvsultende syndromet» (Thompson & Sherman, 2011), og alvorlighetsgraden er høy basert på dens høye dødelighet (American Psychiatric Association, 2013; Joy et al., 2016). Selvmord er blant årsakene til den forhøyede dødeligheten (American Psychiatric Association, 2013). AN kjennetegnes med lav vekt/undervekt, samtidig som personen selv føler seg overvektig (Joy et al., 2016; Martinsen, 2016). Kroppsbylde og selvbildet er alvorlig forstyrret og synet på egen kropp blir en vrangforestilling (Bratland-Sanda, 2010). Det restriktive matinntaket baserer seg på et overordnet ønske om å bli tynnere, eller en intens frykt for å bli tykkere (Bratland-Sanda, 2010). Personer med AN har ofte indre uro, som mange opplever å kunne kontrollere/reducere gjennom fysisk aktivitet. Overdreven fysisk aktivitet/dysfunksjonell trening med samtidig lavt energiinntak kan føre til ytterligere vekttap. I andre tilfeller benyttes også avføringsmidler, appetittdeppe midler og diuretika (Helsedirektoratet, 2017; Joy et al., 2016). For noen kan spiseforstyrrelsen utløse en bipolar lidelse, depresjon og/eller angst, spesielt blant AN. Mange med AN rapporterer også angstlidelser før de utviklet en spiseforstyrrelse. I tillegg er tvangslidelser, alkoholmisbruk og misbruk av andre preparater vanlig hos personer med AN (American Psychiatric Association, 2013).

Ved utvikling av AN før puberteten er det økt risiko for å ikke følge normal vektøkning i vekstperioden, samt at den forventede utviklingen/seksuelle modningen kan bli forsinket (vektstans, manglende brystutvikling, primæramenore, og hos gutter kan genitaliene utvikles unormalt) (Helsedirektoratet, 2017; Joy et al., 2016). Alvorlighetsgraden til AN rangeres i KMI hvor mild alvorlighetsgrad er $KMI >17$, moderat er $KMI 16-16.99$, alvorlig er $KMI 15-15.99$ og ekstrem alvorlighetsgrad er $KMI <15$ (American Psychiatric Association, 2013).

For idrettsutøvere og personer som misbruker trening er det nødvendig å nevne fenomenet treningsavhengighet. Treningsavhengighet er overdreven, vanedannende, tvangsmessig og/eller obligatorisk trening (Cook, Hausenblas, Crosby, Cao & Wonderlich, 2015). Sent på 90-tallet ble det gjort en studie som viste at omtrent 80% av personer med AN også lider av treningsavhengighet (Davis, Katzman & Kirsh, 1999). American Psychiatric Association (APA) har definert treningsavhengighet som når treningen tar over viktige deler av livet, og at den gjennomføres til tross for at andre gjøremål egentlig burde prioriteres (ugunstige tidspunkt og uønskede setninger), eller når individet fortsetter å trene til tross for skader eller sykdommer (American Psychiatric Association, 2013).

Energertilgjengelighet har også blitt tett knyttet opp mot AN og spiseforstyrrelser i idretten. Energertilgjengelighet, eller Relative Energy Deficiency in Sports (RED-s) ble først omtalt i 2014 (Mountjoy et al., 2014). I forbindelse med beskrivelsen av RED-s presenteres også helse- og prestasjonsrelaterte konsekvenser knyttet til lav energertilgjengelighet over tid (Mountjoy et al., 2018). Denne modellen bygger på «Den kvinnelige utøvertriaden» som beskriver hvordan spiseproblematikk eller spiseforstyrrelser, menstruasjonsforstyrrelse og osteoporose/reduert beintetthet har en sammenheng (Nattiv et al., 2007). Senere har man sett at RED-s ikke bare gjelder kvinner, men at menn også kan ha negative helse- og prestasjonsrettede konsekvenser av lavt energiinntak/energiubalanse (Torstveit et al., 2019). RED-s er utviklet for idrettsutøvere, men det kan tenkes at de samme helsekonsekvensene gjelder for personer som bruker dysfunksjonell trening med lav energertilgjengelighet over tid, og personer med AN.

2.1.3 Bulimia Nervosa

BN betegnes som et «overspisings- og oppkast syndrom» (Thompson & Sherman, 2011). Sammenlignet med AN forekommer BN ofte litt senere i puberteten eller i begynnelsen av voksentilværelsen (Fisher, 2006). En person med BN overspiser periodisk store mengder mat over en relativt kort tidsperiode (to timer) med en følelse av å miste kontrollen, og utfører i etterkant en tømningssatferd for å hindre vekttoppgang eller å kontrollere følelser (Treasure et al., 2020). Overspisingsperiodene kjennetegnes som en subjektiv følelse av manglende kontroll på matinntaket, og matinntaket er mye høyere enn det som er normalt i en gitt tidsperiode (ofte opptil 8000-10000 kcal i en overspisingsepisode) (Bratland-Sanda, 2010). Overspisingen og tømningssatferden forekommer gjennomsnittlig en gang i uken over en tremåneders periode (American Psychiatric Association, 2013). Metoder for tømningssatferd kan variere og beskrives som uhensiktsmessig kompensatorisk atferd (Bratland-Sanda, 2010). Eksempler på tømningssatferd er oppkast, dysfunksjonell trening, fasting og bruk av avføringsmidler. Mange med BN har en sykehistorie med en form for AN (American Psychiatric Association, 2013). Sammenlignet med AN er personer med BN vanskeligere å oppdage da de ofte er normalvektige eller overvektige (Treasure et al., 2020). Det er vanlig at personer med BN har en svingende vekt, og varierer ofte fra undervektige til overvektige basert på ulike faktorer (biologiske, psykologiske og vedlikeholdende) som styrer den individuelle lidelse (Rosenvinge et al., 2012). Personer med BN har ofte en forstyrret kroppsoppfattelse og et forvrengt kroppsbilde, og vurderer ofte seg selv ut fra vekt, figur og størrelse (Helsedirektoratet, 2017). Alvorlighetsgraden til BN rangeres i frekvens av tømningssatferd, hvor mild alvorlighetsgrad er 1-3 ganger per uke, moderat er 4-7 ganger per uke, alvorlig er 8-13 ganger per uke og ekstrem er >14 ganger per uke. Frekvensen kan være en kombinasjon av ulike tømningssatferder (for eksempel oppkast, avføringsmidler og trening) (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.4 Overspisingslidelse

Overspisingslidelse kalles også for «tvangsspising». Overspisingslidelse likner på symptombildet til BN, men de skiller ved at det ikke forekommer en tømningssatferd i etterkant av overspisingsperiodene (American Psychiatric Association, 2013). Overspisingslidelse anses å være den mest utbredte spiseforstyrrelsen, og utgjør et betydelig folkehelseproblem i den vestlige verden. I USA får omtrent 3% av befolkningen

overspisingslidelse i løpet av livet (Brownley et al., 2016). Personer med overspisingslidelse har et betydelig økt og ukontrollert inntak av store mengder mat, innenfor en gitt tidsperiode (ofte to timer), som kan virke uimotståelig. Det store matinntaket overskrider i stor grad hva en frisk person ville konsumert i samme tidsperiode, og fører ofte til kvalme og fysisk- og psykisk ubehag. Overspisingsperiodene er ofte forbundet med stress, skam og negative følelser (Rosenvinge et al., 2012). Risikoen for å utvikle en overspisingslidelse er sterkt knyttet til overvekt og fedme (personer med KMI >40). Alvorlighetsgraden til overspisingslidelse rangeres i frekvens av overspisingsperioder, hvor mild alvorlighetsgrad er 1-3 ganger per uke, moderat er 4-7 ganger per uke, alvorlig er 8-13 ganger per uke og ekstrem er >14 ganger per uke (American Psychiatric Association, 2013).

Omtrent 5-30% av overvektige personer utvikler overspisingslidelse i løpet av livet (Brownley et al., 2016; Rosenvinge et al., 2012). Overspisingslidelser utvikles oftest i voksen alder, men kan også oppstå i ungdomstiden og tidlig voksen alder (Brownley et al., 2016). Til tross for at overvekt er knyttet til overspisingslidelse, er ikke overvekt ensbetydende med spiseforstyrrelser (Treasure et al., 2020). Fordelingen av menn og kvinner er mer balansert enn ved AN (Guerdjikova, Mori, Casuto & McElroy, 2017), men det er fortsatt flest kvinner som blir rammet (3.5% kvinner, 2.0% menn) (Brownley et al., 2016).

2.1.5 Atypiske spiseforstyrrelser

Det er ikke alltid slik at en person innfrir alle diagnostiske kriterier og symptomer rettet mot én type av de overnevnte spiseforstyrrelsene. Disse personene har likevel, i likhet med personer med BN, AN og overspisingslidelse, betydelig behov for behandling (Helsedirektoratet, 2017). Atypiske spiseforstyrrelser er mindre spesifikke lidelser, og anses som en kategori for de lidelsene hvor matinntak og spisemønster ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene (Rosenvinge et al., 2012). I disse tilfellene har personen likevel et klinisk spiseforstyrrelsesforløp (American Psychiatric Association, 2013). For personer med atypiske spiseforstyrrelser er også symptombildet en betydelig opptatthet av vekt, patogene vektreduserende metoder og usunne kroppsidealer (American Psychiatric Association, 2013; Stice et al., 2011). Personer med atypiske lidelser har et kognitivt behov for å kontrollere vekt, mat og utseende, og har ofte tilleggslidelser som

for eksempel depresjon og tvangslidelser (Rosenvinge et al., 2012). Eksempler på atypiske spiseforstyrrelser er atypisk AN, BN med lav frekvens av overspising/kompensering og/eller varighet og overspisingsslidelse med lav frekvens av overspising og/eller begrenset varighet (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.6 Forstyrret spiseatferd

I litteraturen skilles det mellom spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd. Individuer med forstyrret spiseatferd oppfyller krav om en unormal spiseatferd, men de møter ikke de diagnostiske kriteriene for en bestemt spiseforstyrrelse. Forstyrret spiseatferd kan i mange tilfeller utgjøre en risiko for utvikling av spiseforstyrrelser. Det er av den grunn nødvendig å identifisere kjennetegn i en tidlig fase og fange opp disse individene, slik at de kan unngå å utvikle en klinisk spiseforstyrrelse (Coelho et al., 2014; Mancine et al., 2020). Dersom disse personene blir oppdaget i en tidlig fase kan også andre lidelser som er knyttet til spiseforstyrrelser unngås (Coelho et al., 2014). Disse lidelsene er blant annet angst, depresjon, bruk av prestasjonsfremmende midler eller rus (El Ghoch, Soave, Calugi & Dalle Grave, 2013). Tilstanden er preget av mørke tall, og mange med forstyrret spiseatferd blir ikke oppdaget.

For idrettsutøvere er det høyere forekomst av forstyrret spiseatferd sammenlignet med kliniske spiseforstyrrelser (Reardon et al., 2019). Forekomsten av forstyrret spiseatferd for denne gruppen er knyttet til et ønske om å oppnå et idrettsspesifikt kroppsideal, og for å lindre et idrettsspesifikt kroppsmisnøye (Torstveit, Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 2008). Ønsket om å oppnå en spesifikk kroppsfigur kan bidra til å forklare hvorfor mange idrettsutøvere utvikler spiseforstyrrelser. Det kan tenkes at disse utøverne har ekstremt høye krav og forventninger til seg selv, til sin prestasjon og til sin kropp. Mange idrettsutøvere har perfektjonistiske trekk, og perfektjonisme og forstyrret spiseatferd har vist en sammenheng (Brown, Parman, Rudat & Craighead, 2012). I tabell 2 er forskjeller mellom spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd presentert.

Tabell 2: Skjematisk framstilling av karakteristiske ulikheter mellom spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd (Reardon et al., 2019) med tillatelse fra BMJ Publishing Group Ltd. and Copyright Clearance. Fritt oversatt.

Spiseforstyrrelser	Forstyrret spiseatferd
<ul style="list-style-type: none"> • Sulting, overspising eller oppkast flere ganger i uken 	<ul style="list-style-type: none"> • Atferd hvor målet er å kontrollere vekt (eksempler: Begrensninger i kostholdet, vektreduserende piller, overspising, tønningsatferd eller badstuer eksplisitt for å svette)
<ul style="list-style-type: none"> • Besatt av tanker om mat og spisemønster store deler av dagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanker om mat og måltider opptar ikke det meste av dagen
<ul style="list-style-type: none"> • Spisemønster og besettelse går ut over normal funksjonalitet i dagligdagse gjøremål 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal funksjonalitet er som regel intakt
<ul style="list-style-type: none"> • Opptatthet av «sunn mat» som medfører betydelige begrensninger i kostholdet 	<ul style="list-style-type: none"> • Betydelig opptatthet av «sunn mat», kalorier og næringsstoffer i de fleste måltid, men inntaket av mat er under akseptabel kontroll
<ul style="list-style-type: none"> • Overdreven trening utover det som er anbefalt med hovedfokus om å forbrenne kalorier 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivt fokus på å forbrenne kalorier på trening, uten at trening brukes systematisk med hovedfokus om kaloriforbrenning

2.1.7 Forekomst av spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd

Det anslås at omtrent 2% av norske kvinner i den generelle befolkningen mellom 15 og 44 år vil utvikle AN eller BN i løpet av livet (Martinsen, 2016). På verdensbasis er det estimert at 0.4% av ungdommer og unge voksne har AN og 1%-3% har BN og overspisingslidelse til enhver tid (American Psychiatric Association, 2013). Tyske forskere undersøkte kvinnelige ungdommer fra de var 11 år til de var 19 år (n=1584), og rapporterte at 1.7% utviklet AN, 0.8% utviklet BN og 2.3% utviklet overspisingslidelse (Smink, van Hoeken, Oldehinkel & Hoek, 2014).

Studier på forekomst har vist at spiseforstyrrelser og/eller forstyrret spiseatferd hos idrettsutøvere varierer mellom 0%-19% hos menn og fra 6%-45% hos kvinner, og er høyere enn hos ikke-idrettsutøvere (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013). Sundgot-Borgen & Torstveit (2004) rapporterte at 20% av kvinnelige idrettsutøvere og 8% av mannlige idrettsutøvere møtte kriterier for spiseforstyrrelser, sammenlignet med 9% blant kvinnelige kontrollere og 0.5% av

mannlige kontroller. I en oversiktsartikkel rapporterte Coelho et al. (2014) i motsetning at idrettsaktive ungdommer og ungdommer som ikke var idrettsaktive hadde relativt lik forekomst av symptomer av forstyrret spiseatferd (idrettsutøvere = 0-27% og ikke-idrettsutøvere = 0-21%). Forskerne konkluderte dog med at idrettsutøvere har større helseskadelige konsekvenser av spiseforstyrrelser sammenlignet med ikke-idrettsutøvere (Coelho et al., 2014).

Allerede i 1993 rapporterte Sundgot-Borgen at spiseforstyrrelser var mer utbredt blant norske kvinnelige idrettsutøvere enn kvinner som ikke konkurrerte i idrett (Sundgot-Borgen, 1993). Sundgot-Borgen & Torstveit (2004) rapporterte også en høyere forekomst blant norske idrettsutøvere, hvor 13.5% av idrettsutøvere sammenlignet med 4.6% av ikke-idrettsutøvere hadde symptomer på spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere har etter hvert blitt et kjent fenomen (Mancine et al., 2020; Mountjoy et al., 2018). Det er velkjent at forekomsten av spiseforstyrrelser er høyere blant kvinner sammenlignet med menn, og for menn er det høyere forekomst blant de som driver med konkurranseidrett sammenlignet med de som ikke driver med idrett (Joy et al., 2016; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Rosendahl et al., 2009). Litteraturen baserer seg stort sett på selvrapportering, og det viser seg at idrettsutøvere har en høyere tendens til å fornekte symptomer og underrapportere forstyrret spiseatferd sammenlignet med ikke-idrettsutøvere (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Det er variasjon i forekomst av forstyrret spiseatferd når ulike idrettspopulasjoner (for eksempel type idrett, alder, konkurransenivå og kjønn) blir studert (Mancine et al., 2020). Det er for eksempel høy forekomst av forstyrret spiseatferd blant utøvere som konkurrerer i vektsensitive idretter, yngre utøvere på høyt nivå og kvinner. En norsk studie undersøkte forstyrret spiseatferd blant elever ved førsteklasse på toppidrettsgymnas, rapporterte en høyere forekomst av forstyrret spiseatferd blant utøverne sammenlignet med kontrollene (Martinsen, Bratland-Sanda, Eriksson & Sundgot-Borgen, 2010). Det var også signifikant høyere forekomst av forstyrret spiseatferd blant kvinner som deltok i vektsensitiv idrett sammenlignet med menn i de samme gruppene (Martinsen et al., 2010). Vektsensitive idretter står for den høyeste forekomsten av spiseforstyrrelser i idrettssammenheng (Mancine et al., 2020).

2.1.8 Etiologi

Årsaken til at noen utvikler spiseforstyrrelser og andre ikke, er sammensatt. Spiseforstyrrelser oppstår ofte i tenårene og i puberteten, og er et komplekst samspill mellom biologiske, miljømessige og psykologiske faktorer (Fisher, 2006; Rosendahl et al., 2009; Rosenvinge et al., 2012). I teorien forklares utvikling av spiseforstyrrelser gjennom disponerende-, utløsende- og vedlikeholdende faktorer. De disponerende og utløsende faktorene flyter ofte over i hverandre og kan være vanskelig å skille i det virkelige liv (Halvorsen & Bergwitz, 2019; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Rosenvinge et al., 2012). De disponerende faktorene stammer fra biologiske forhold, genetisk sårbarhet og miljø (Halvorsen & Bergwitz, 2019). De utløsende faktorene kan være pubertet og slanking, traumatiske opplevelser og livshendelser som for eksempel seksuelle overgrep eller vanskelige familieforhold (Halvorsen & Bergwitz, 2019). Biologiske forhold er for eksempel pubertet og kjønn, og visse personlighetstrekk. Personlighetstrekkene som er assosiert med spiseforstyrrelser er blant annet perfeksjonisme, nevrotisisme og narsissisme (Bratland-Sanda, 2010; Fairburn & Harrison, 2003; Lichtenstein, Christiansen, Elklit, Bilenberg & Støving, 2014). Perfeksjonisme og en innadvendt væremåte er i tillegg særlig knyttet til AN (Fairburn & Harrison, 2003). Forstyrret spiseatferd viser også tendenser til å være påvirket av perfeksjonisme (Stirling & Kerr, 2012). Hos idrettsutøvere er perfeksjonisme både et symptom og en risikofaktor for spiseforstyrrelser (Brown et al., 2012). Kjønn er en av de primære risikofaktorene for AN og BN. Det er 5-15 ganger økt risiko for å utvikle AN og BN for jenter sammenlignet med gutter. Den genetiske sårbarheten synes å være lik for jenter og gutter, men de miljømessige faktorene virker å være forklarende for hvorfor en økt andel kvinner får spiseforstyrrelser (Rosenvinge et al., 2012).

De viktigste psykologiske faktorene, som for eksempel tilstedeværelse av andre psykiske lidelser eller personlighetstrekk, er assosiert med familiær sykdomshistorie og overgrep. Det er for eksempel tre ganger høyere risiko for å utvikle BN dersom første- og annengenerasjons slektninger har, eller tidligere hatt en alvorlig spiseforstyrrelse, en stemningslidelse eller en rusdiagnose (Rosenvinge et al., 2012). I tillegg vil den primære miljøkomponenten være relasjoner og familie. Tryggheten individet får i oppvekst og identitetsutvikling står sentralt, og det er avgjørende med trygge rammer, hjelp til å bli trygg på seg selv og finne ut at man er god nok som man er. Gjentatte kommentarer og kritikk fra foreldre og signifikante andre som omhandler utseende kan

utløse slanking som senere kan komme ut av kontroll, i tillegg til lav selvfølelse og selvtillit. Seksuelle og fysiske overgrep fra familiemedlemmer, andre voksne eller jevnaldrende er også en risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser. Slike grensekrenkelser og tillitsbrudd kan ødelegge for relasjoner som viktige for sunn personlighetsutvikling (Rosenvinge et al., 2012).

De vedlikeholdende faktorene er forhold som bidrar til at personen opprettholder problemer knyttet til mat, kropp og selvbylde (Graver, 2016). Noen av de grunnleggende elementene ved spiseforstyrrelsen (for eksempel fornektelse eller følelse av kontroll) kan bli nyttige for å oppleve mestring, redusere indre uro eller unngå negative følelser. På den måten kan de vedlikeholdende faktorene bidra til at personen ikke blir kvitt problemet (Graver, 2016). Andre vedlikeholdende faktorer kan være emosjonelle, kognitive og atferdsmessige konsekvenser, samt feilernæring og underernæring, sosial isolasjon, endring i familieforhold (for eksempel skilsmisse eller konflikter), tankeforstyrrelser eller forstyrret kroppsbilde (Halvorsen & Bergwitz, 2019). De vedlikeholdende faktorene kan virke som en vond sirkel som fører til at sykdommen ikke blir borte, da personen bruker faktorene som verktøy for å komme seg gjennom dagen (Graver, 2016).

Idrettsutøvere kan ha en tankegang om at prestasjoner forbedres som følge av vekttap. Denne holdningen kan utgjøre risiko for forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser (Stirling & Kerr, 2012). For idrettsutøvere er i tillegg press fra idrettsmiljøet en påvirkning som igjen kan føre til spiseforstyrrelser (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Mountjoy et al. (2018) hevder imidlertid at disse teoretiske perspektivene må undersøkes videre for å forklare en årsakssammenheng. Det har i tillegg blitt foreslått at mange idrettsutøvere har personlighetstrekk og en mentalitet som likevel kan være assosiert med spiseforstyrrelser dersom de ikke hadde vært idrettsutøvere (Thompson & Sherman, 2011). Det har derfor i senere tid blitt vist at det ofte er nødvendig med idrettsspesifikke spørreskjema for å avdekke spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013). I tabell 3 er ulikheten mellom generelle og idrettsspesifikke risikofaktorer framstilt.

Tabell 3: *Generelle- og idrettsspesifikke risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser (Reardon et al., 2019) med tillatelse fra BMJ Publishing Group Ltd. and Copyright Clearance. Fritt oversatt.*

Generelle risikofaktorer	Risikofaktorer for idrettsutøvere
<ul style="list-style-type: none"> • Lav selvfølelse • Depresjon • Angst • Genetisk sårbarhet • Perfeksjonistiske personlighetstrekk • Slanking • Kroppsmisnøye 	<ul style="list-style-type: none"> • Vektsensitiv idrett • Innveiging • Idrettsspesifikk trening før kroppen er ferdig utviklet • Prestasjonspress • Skader

2.1.9 Spiseforstyrrelser i utholdenhets- og estetiske idretter

Idrettsutøvere som konkurrerer i utholdenhetsidretter og estetiske idretter har høyere risiko for å utvikle spiseforstyrrelser sammenlignet med andre idretter (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Joy et al., 2016; Pettersen et al., 2016; Sundgot-Borgen, 1993; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004; Torstveit et al., 2008). Generelt forekommer spiseforstyrrelser i vektsensitive idretter, slik som utholdenhetsidretter og estetiske idretter, oftere sammenlignet med andre idretter (Meyer et al., 2013). Estetiske idretter står for den høyeste forekomsten av spiseforstyrrelser blant de vektsensitive idrettene (Mancine et al., 2020). Årsaken for at estetiske idretter har høy en forekomst kan være blant annet at idrettsutøverne blir vurdert ut fra kroppslige prestasjoner, hvor estetikk og gamle normer for idretten står sentralt. Utøverne skal gjerne se ut på en spesifikk måte, og det kan derfor tenkes at utøverne bruker uhensiktsmessige vektkontrollerende metoder for å passe inn i disse forventningene (Mancine et al., 2020).

Årsaken for at idrettsutøvere i utholdenhetsidretter har høy forekomst av spiseforstyrrelser kan være fordi de har et generelt høyt energiforbruk, og et tilstrekkelig energiinntak er dermed viktig for å unngå å gå i minus (Mountjoy et al., 2018).

Sundgot-Borgen og Torstveit (2004) rapporterte i en norsk studie at det var høy forekomst av spiseforstyrrelser blant menn som konkurrerte i utholdenhetsidrett (9.0%). For kvinnene rapporterte forskerne at de som konkurrerte i estetisk idrett hadde høy forekomst av spiseforstyrrelser (42%) og i utholdenhetsidrett var forekomsten 24%. En annen norsk undersøkelse viste at forekomsten blant kvinnelige idrettsutøvere fra

vektsensitive idretter var omtrent 46%, sammenlignet med omtrent 20% i mindre vektsensitive idretter (Torstveit et al., 2008). En norsk konsensusartikkel rapporterte at der var estimert at 40% av de som konkurrerer i estetiske idretter og 30% i vektklasseidretter har en spiseforstyrrelse (Sundgot-Borgen et al., 2013). En nyere undersøkelse rapporterte at 18.7% av norske kvinnelige junior skiskyttere og langrensløpere hadde forstyrret spiseatferd, og at idrettsutøvere som hadde sluttet i idretten sin hadde signifikant høyere forekomst av forstyrret spiseatferd sammenlignet med de som fortsatt konkurrerte. I tillegg var det høyere forekomst av forstyrret spiseatferd blant de som gikk på toppidrettsgymnas sammenlignet med idrettsfag ved ordinære videregående skoler (Pettersen et al., 2016). Forskerne antydte videre at forstyrret spiseatferd kan være en årsak til frafall i idretten. Det er med andre ord enighet i forskningen om at idrettsutøvere i utholdenhetsidrett og estetiske idretter (vektsensitive idretter) har en økt risiko for å utvikle spiseforstyrrelser.

Resultater fra en australsk undersøkelse viste at idrettsutøvere fra vektsensitive idretter rapporterte høyere grad av kroppsmisnøye, og flere symptomer på spiseforstyrrelser uansett konkurransenivå og type idrett (Kong & Harris, 2015). Resultatene viste også at mer enn 60% av eliteutøvere fra vektsensitive og mindre vektsensitive idretter følte et kroppspress fra trenerne (Kong & Harris, 2015). En annen studie undersøkte utøvernes vurdering av sin «sportslige»- og «sosiale» kropp. Resultatene viste at mange var fornøyd med egen kropp i sosial sammenheng, og misfornøyd i det sportslige miljøet, eller omvendt. Forskerne rapporterte også at mange idrettsutøvere fra vektsensitive idretter har et strengt sportslig kroppsideal, hvor disse idrettsutøverne rapporterte høyere grad av forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser sammenlignet med idrettsutøvere fra andre idretter (de Bruin et al., 2011).

2.2 Selvfølelse

Selvfølelse kan ses på som individets grunnmur, og danner et grunnlag for personens tanker, handlinger og følelser (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995). Selvfølelse kan defineres som den positive eller negative følelsen en har om seg selv som et helt menneske (Brown, Dutton & Cook, 2001), eller den følelsesmessige vurdering av å være verdifull og viktig (von Soest, 2005). Selvfølelse står for en betingelsesløs vurdering av egenverd, og handler ikke om prestasjoner. Selvfølelse handler om hvordan en evaluerer seg selv hver dag, ikke bare i enkeltsituasjoner, og hvordan en tenker at andre tenker om en selv. En person med god selvfølelse aksepterer seg selv til tross for dårlige prestasjoner (Dyregrov, 2019). Selvfølelsen påvirker hele tiden hvordan en oppfatter seg selv i relasjon til omverdenen (Rosenberg et al., 1995). Personer med god selvfølelse og et positivt kroppsbilde vil generelt være fornøyd med seg selv (Morin, Maïano, Marsh, Janosz & Nagengast, 2011).

Selvfølelse kan deles inn i to hovedkategorier; global selvfølelse og spesifikk selvfølelse. Global selvfølelse handler om psykologisk velvære, og spesifikk selvfølelse handler i større grad om oppførsel eller væremåte (Rosenberg et al., 1995). Selvfølelse består av ulike dimensjoner, som varierer i viktighet fra person til person. Eksempler på slike dimensjoner er utseende, kunnskap, intelligens og ferdigheter (Kołoto, Guszowska, Mazur & Dzielska, 2012). Teorier om global selvfølelse sier at selvfølelse bygges opp av selvtillit og selvvurderinger en har på flere spesifikke områder, som for eksempel akademisk-, kroppslig (utseendet)-, fysisk- og sosial selvtillit (Fox, 2000; Rosenberg et al., 1995). Selvfølelse handler også om følelsesmessige vaner i samspill med andre. Personer med god selvfølelse føler seg ofte like verdifull som andre, stoler på seg selv og tør å si hva man mener, også når andre mener noe annet (Øiestad, u.å.). Selvfølelse stammer fra erfaringer gjort i tidlig alder, og blir lært gjennom interaksjoner med signifikante andre. Omsorgssvikt i oppveksten er av den grunn en risikofaktor for å utvikle lav selvfølelse, og det viser seg at individer som har vokst opp under trygge omstendigheter ofte har bedre selvfølelse (Dyregrov, 2019). For mange unge har selvfølelse, et negativt kroppsbilde og aspekter knyttet til kropp og perfeksjonisme en sterk sammenheng (Droszol-Cop et al., 2017). Dersom en person har lav selvfølelse, vil ofte syn på egen kropp og tilfredshet med kroppens utseende bli påvirket. Dette kan medføre en uhensiktsmessig vektkontrollerende atferd (Bannink, Pearce & Hope, 2016). For idrettsutøvere kan perfeksjonisme også bidra en urealistisk forventning til

prestasjoner. Dette kan videre føre til misnøye med kroppsbilde og idrettsprestasjoner (El Ghoch et al., 2013).

Selvfølelse kan si noe om hvordan ungdommer oppfatter kroppen sin (Van Den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard & Neumark-Sztainer, 2010), og har vist å korrelere med kroppstakknemlighet (body appreciation) hos europeiske gutter og jenter (Lemoine et al., 2018). En studie fra Russland undersøkte selvfølelse hos aktive idrettsutøvere og ikke-idrettsutøvere. Studien viste at idrettsutøverne hadde signifikant høyere selvfølelse, færre psykiske plager, bedre mental helse, høyere livskvalitet og bedre selvtilit sammenlignet med ikke-utøverne (Lukanović et al., 2020). En studie av unge voksne håndballutøvere i Frankrike rapporterte at selvfølelse hadde en sammenheng med å starte tidlig med idrett og en sammenheng med prestasjon (Masmoudi, Trigui, Feki, Bâati & Jaoua, 2015). Forskning har vist at det er signifikant korrelasjon mellom fysisk aktivitet og ulike nivåer av selvfølelse, og at dersom man er fysisk aktiv har man mulighet til å øke selvfølelsen gjennom treningen (Lukanović et al., 2020). På den andre siden har også lav selvfølelse tidligere vist en sammenheng med estetiske idretter som dans og turn (de Bruin, Bakker & Oudejans, 2009).

2.3 Sammenheng mellom spiseforstyrrelser og selvfølelse

Lav selvfølelse er en sentral faktor for utvikling av spiseforstyrrelser, og regnes å være en av de psykologiske risikofaktorene for å utvikle et usunt forhold til mat (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Drosdzol-Cop et al., 2017; Mora, Fernandez Rojo, Banzo & Quintero, 2017). Spiseforstyrrelser og selvfølelse synes derfor å ha en sammenheng. Selvfølelse har vist en relasjon til kroppsbilde, forstyrret spiseatferd, overvekt og spiseforstyrrelser (Silvera et al., 1998). Johnson, Powers & Dick (1999) undersøkte idrettsutøvere som var organisert i National Collegiate Athletic Association i USA, og rapporterte at kvinner rapporterte signifikant høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser, samtidig som de også rapporterte signifikant lavere selvfølelse enn menn (Johnson, Powers & Dick, 1999). Forskere hevder at lavt selvbilde kan ha en sammenheng med kroppsmisnøye, som har vist å være en triggerfaktor i den generelle befolkningen for å starte med dietter. Dette kan videre føre til en negativ holdning til-, og sykелighet når det gjelder mat, samt bulimiske symptomer (Stice & Shaw, 2002). Sundgot-Borgen og Torstveit (2004) rapporterte at lav selvfølelse (og kroppsmisnøye)

kan føre til uhensiktsmessig spiseatferd hos jenter og kvinner. Kroppsbilde, spiseforstyrrelser og selvfølelse synes derfor å ha sterk sammenheng, og kan være gjensidig avhengig av hverandre hos enkelte (Kołoto et al., 2012).

3.0 Metode

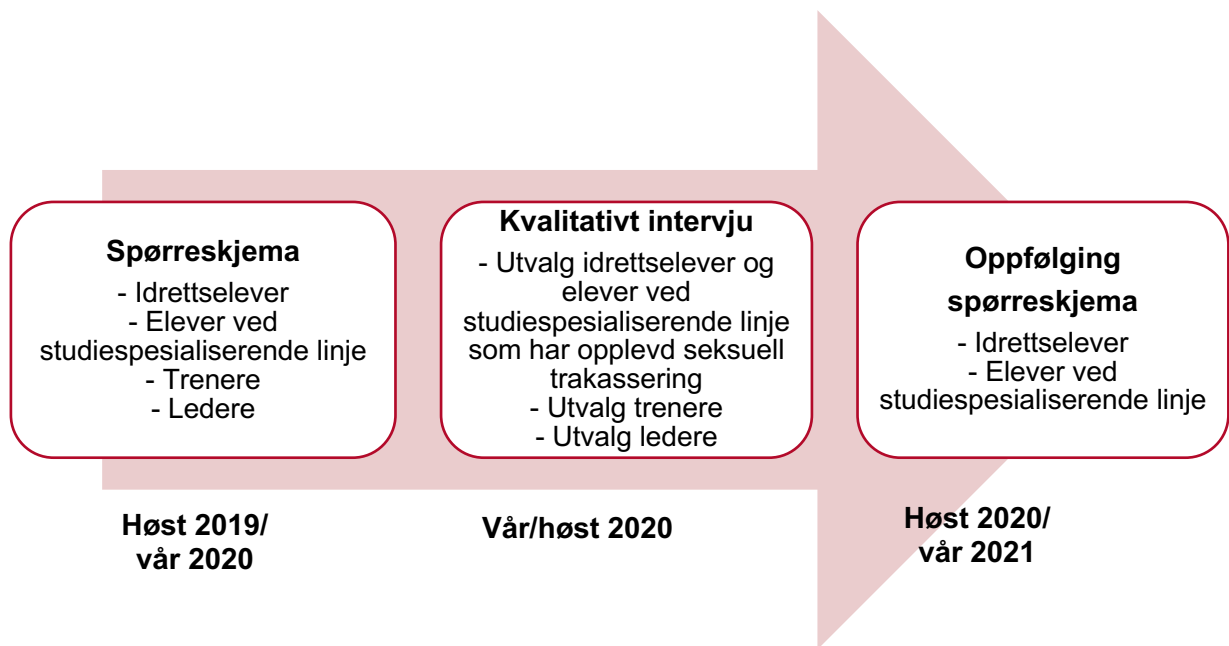
Denne oppgaven baserer seg på tverrsnittsdata tilknyttet et doktorgradsprosjekt om seksuell trakassering ved Norges Idrettshøgskole. Leder for prosjektet er professor Jorunn Sundgot-Borgen (institutt for idrettsmedisinske fag), og doktorgradsstipendiat Nina Sølvberg (institutt for idrettsmedisinske fag).

3.1 Doktorgradsprosjekt ved Norges Idrettshøgskole

Dette prosjektet inkluderer idrettsutøvere på toppidrettsgymnas og elever fra programfag idrettsfag. Kontrollgruppen i prosjektet er jevnaldrende elever fra studiespesialiserende linje ved ordinære videregående skoler. Prosjektets problemområder er å

1. Kartlegge omfanget av seksuell trakassering i og utenfor idretten, inkludert hvem som utøver trakasseringen
2. Undersøke sammenhengen mellom opplevd seksuell trakassering og psykisk helse
3. Undersøke kjennskap til varslings- og beredskapsordninger
4. Deltakernes forslag til forebyggende tiltak

Doktorgradsprosjektets design er todelt med a) en kvantitativ spørreskjemadel med et prospektivt design (to måletidspunkt med ett år mellom hver datainnsamling) og b) en kvalitativ intervjudel for et utvalg elever som i spørreskjema runde 1 oppgir å ha opplevd seksuell trakassering, samt et utvalg ledere og trenere (figur 1). Alle administrativt ansvarlige (rektorer og avdelingsledere) på de inkluderte skolene, samt trenere ansatt på toppidrettsgymnas i mer enn 20% stilling ble også invitert til å delta. Data fra de ansatte blir ikke brukt i denne studien. Baseline data fra doktorgradsprosjektet blir benyttet, og studiedesignet vil være en tverrsnittstudie for å undersøke status på spiseforstyrrelser hos unge idrettsutøvere i Norge. Videre i dette kapittelet vil metode knyttet til baseline data og den kvantitative undersøkelsen bli presentert.



Figur 1: Måletidspunkt i doktorgradsprosjektet (N. Sølvsberg, prosjektplan 2020).

3.2 Rekruttering og datainnsamling

Prosjektleder kontaktet alle rektorer på toppidrettsgymnasene, programfag idrettsfag og de ordinære studiespesialiserende linjene med informasjon om prosjektets hensikt og forespørsel om å delta. Det ble gjort avtale med ledelsen på de skolene som takket ja om et skolebesøk der prosjektgruppen kom til skolen, presenterte prosjektet, delte ut tilgang til de digitale spørreskjemaene og var til stede da deltakerne gjennomførte undersøkelsen. Etter presentasjonen mottok alle elevene, rektorene og trenerne og lederne innenfor inklusjonskriteriene en e-post med et informasjonsskriv og forespørsel om å delta i undersøkelsen. Deltakerne måtte selv avgi elektronisk samtykke til å delta ved å klikke på «jeg samtykker» for å få tilgang til spørreskjemaet via SurveyXact. Spørreskjemaet ble besvart i skoletiden ved bruk av PC/Mac, mobiltelefon eller nettbrett, og tok omtrent 30-40 minutter å gjennomføre. Dersom de ikke samtykket, fikk de ikke mulighet til å besvare spørreskjemaet.

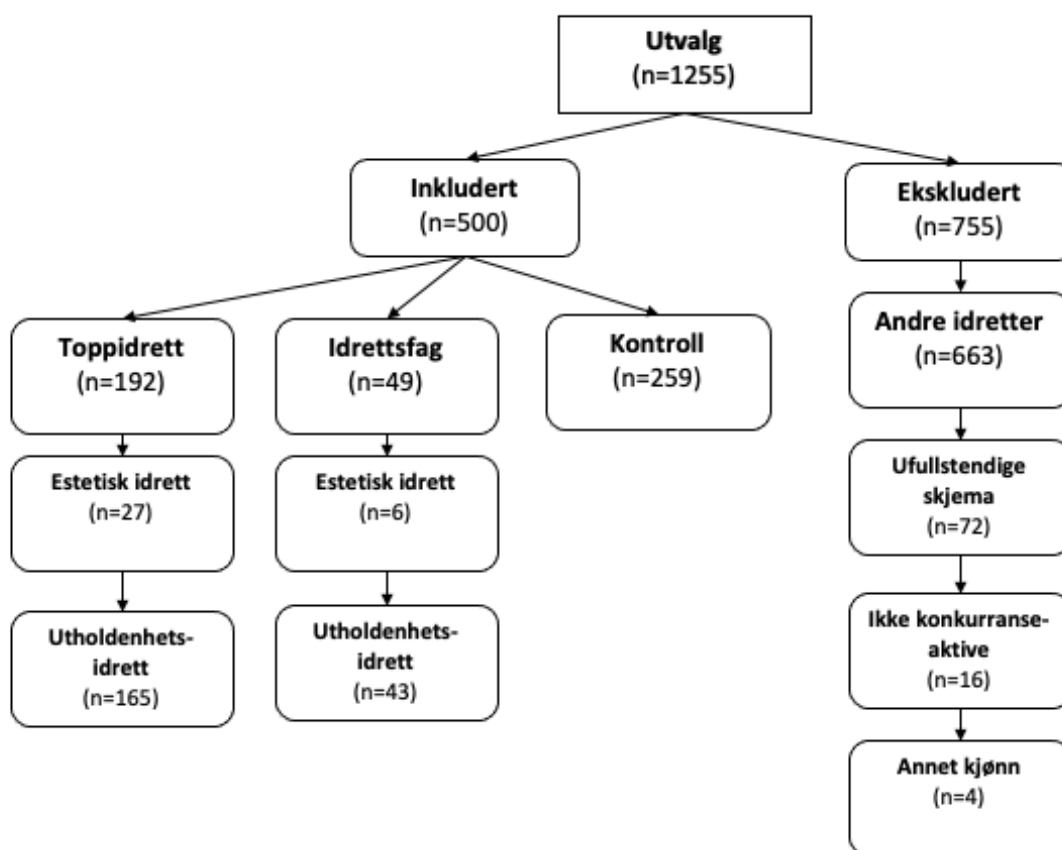
3.2.1 Covid-19

12. mars 2020 stengte regjeringen ned alle skolene i Norge grunnet Covid-19 pandemien, noe som medførte at resten av datainnsamling del 1 (våren 2020) ble gjennomført digitalt. Prosjektgruppen brukte en digital kommunikasjonsplattform (Teams) for å gi muntlig informasjon om undersøkelsen til elevene. Resten av prosedyren med utsending og besvarelse av spørreskjemaet gikk som normalt via e-post. En fra prosjektgruppen var digitalt tilgjengelig for spørsmål mens elevene besvarte undersøkelsen hver for seg.

3.3 Utvalg

Ti private toppidrettsgymnas, 16 offentlige toppidrettsgymnas/ skoler med idrettsfag og seks skoler med studiespesialisering deltok i prosjektet. Alle private og offentlige toppidrettsgymnasene som ble inkludert var definert som toppidrettsgymnas av Olympiatoppen per september 2018. Elevene på programfag idrettsfag gikk på offentlige skoler. Idrettsfagselevne og toppidrettselevne ble rekruttert fra hele landet. Kontrollskolene er ordinære videregående skoler i Viken (tidligere Buskerud, Østfold og Akershus) og Oslo. Det totale antallet respondenter i undersøkelsen var 1255 menn og kvinner over 16 år som gikk 2. klasse ved norske toppidrettsgymnas, programfag idrettsfag og studiespesialiserende linjer høsten 2019 og våren 2020.

Inklusjonskriteriene for analysene var at idrettselevne konkurrerte i utholdenhetsidretter og estetiske idretter (tabell 4). Personer med manglende deskriptive data (n=16 idrettselever og n=3 kontrollelever) eller som ikke hadde svart på denne oppgavens aktuelle instrumenter (EDE-Q og RSES) (n=31 idrettselever og n=22 kontrollelever) ble ekskludert fra analysene. Videre ble fire personer som hadde valgt «annet kjønn» ekskludert fra analysene, da de utgjorde en for liten gruppe til å inkluderes i egne analyser. I tillegg ble personer som oppga at de konkurrerte i andre konkurranseidretter enn utholdenhet og estetisk idrett (n=663) ekskludert. Idrettselever som ikke lenger var konkurranseaktive (n=16) ble også ekskludert. Etter ekskludering ble det totale utvalget i studien 500 elever hvorav 192 er toppidrettselever, 49 er idrettsfagselever og 259 er kontroller fra studiespesialiserende linjer (figur 2). I relevante analyser i denne oppgaven ble elevene fra både toppidrettsgymnas og idrettsfag slått sammen til én gruppe og kalt idrettselever.



Figur 2: Flytskjema for inkludering og ekskludering av deltakerne.

Tabell 4: Deltakernes konkurranseidretter (utholdenhets- og estetiske idretter).

Utholdenhetsidrett (n= 192)	Estetisk idrett (n=49)
Triatlon	Turn ⁴
Sykkel ¹	Ridning/hest ⁵
Svømming	Kunstløp
Skøyter ²	Dans ⁶
Skiskyting	Drill
Roing	
Padling	
Orientering	
Løping ³	
Langrenn	
Kombinert	

Sykkel¹ = Terrengsykling, sykling og landeveissykling; Skøyter² = Lengdeløpsskøyter, skøyter og hurtigløpsskøyter; Løping³ = Langdistanse, mellomdistanse, løping, 800m, friidrett spesifisert løping; Turn⁴ = Turn, troppsgymnastikk, rytmisk gymnastikk og apparatturn; Ridning/ hest⁵ = Sprangridning, ridning og dressurridning; Dans⁶ = Freestyle, dans og cheerleading

3.4 Målemetoder

I det pågående doktorgradsprosjektet ble det benyttet en kombinasjon av et prosjektspesifikt spørreskjema og andre standardiserte spørreskjemaer. I denne studien ble data fra bakgrunnsinformasjon og idrettsrelatert informasjon brukt samt instrumentene EDE-Q (vedlegg 1) og RSES (vedlegg 2).

3.4.1 Eating Disorder Examination Questionnaire – 6.0 (EDE-Q)

EDE-Q er et selvrapportert spørreskjema som kartlegger symptomer på spiseforstyrrelser, og baserer seg på en semistrukturert intervjuguide (Eating Disorder Examination, EDE) (Cooper & Fairburn, 1987). EDE ble utformet for å vurdere hele spekteret av psykopatologien til spiseforstyrrelser som inkluderer pasientenes bekymringer for figur, mat og vekt (Cooper & Fairburn, 1987). Det ble senere behov for et mer kostnadseffektivt og tidsbesparende spørreskjema som kunne undersøke flere respondenter på samme tid, og EDE-Q ble derfor utviklet. EDE-Q er et detaljert spørreskjema med 28 punkter som gir skår på fire underkategorier: Restriksjon, bekymring om mat/spising, bekymring om vekt og bekymring om kroppsfigur (Fairburn & Beglin, 1994). EDE-Q global skår er en gjennomsnittsverdi av disse fire underkategoriene, og benyttes for å vurdere hvorvidt en person har høy eller lav total skår.

Den nåværende versjonen av spørreskjemaet er EDE-Q 6.0 utviklet av Bohn & Fairburn (2008), og har en norsk godkjent oversettelse (Reas & Rø, 2008). EDE-Q 6.0 er et av de mest anvendte spørreskjemaene for spiseforstyrrelser, og måler selvrapportert spiseforstyrret atferd (Fairburn & Harrison, 2003). Spørreskjemaet baserer seg på DSM-5 kriterier for spiseforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013) og kan bli brukt når det ikke er mulig eller ikke er akseptert å bruke klinisk intervju (Fairburn & Beglin, 1994). EDE-Q 6.0 har blitt validert som et presist måleinstrument for å identifisere symptomer på spiseforstyrrelser i den generelle befolkningen (Tan, Calitri, Bloodworth & McNamee, 2016) og er validert for flere grupper over 12 år (Fairburn & Berglin, 1994). En oversiktsartikkel som inkluderte 50 studier om symptomer på spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere, rapporterte at blant annet EDE-Q ikke viste tilstrekkelig validitet for idrettsutøvere (Pope, Gao, Bolter & Pritchard, 2015). Dette til tross for at mange studier bruker dette måleinstrumentet. Reliabilitet og validitet må vurderes grundigere blant denne gruppen (Pope et al., 2015).

Forskere har oppgitt en cut-off skår som gir uttrykk for å vurdere hvorvidt menn og kvinner ligger over en risikoverdi for symptomer på spiseforstyrrelser. Cut-off score for kvinner <20 år er satt til global skår over 2.7 på EDE-Q (Rø, Reas & Stedal, 2015), og for menn er cut-off satt til global skår over 1.68 på EDE-Q (Schaefer et al., 2018). Videre i denne studien vil personer som scorer over disse cut-off verdiene, og dermed er i risiko for symptomer på spiseforstyrrelser, beskrives som «over cut-off».

3.4.2 Rosenberg selvfølelesskala (RSES)

RSES er et spørreskjema som består av ti ledd for å måle generell selvfølelse (Rosenberg, 1965). RSES ble opprinnelig utarbeidet for å måle selvfølelse hos elever på videregående skole, og har i senere tid blitt utviklet slik at det kan benyttes på varierte aldersgrupper. Skjemaet består av fem positivt ladede spørsmål (1, 3, 4, 7 og 10) og fem negativt ladede spørsmål (2, 5, 6, 8, og 9) knyttet til selvfølelse. Spørsmålene har fire svaralternativer: 1= «Svært enig», 2= «enig», 3= «uenig» og 4= «svært uenig». I analyser av RSES må de positivt ladede spørsmålene må snus, slik at «svært enig» gir 4 poeng og «svært uenig» gir 1 poeng før man kan summere opp resultatet til en totalskår (Rosenberg, 1965).

Reliabilitet av den engelske versjonen av RSES ble testet over en toukers periode blant en rekke ungdommer i USA (test-retest $R=0.88$), noe som indikerte svært god reliabilitet (Rosenberg, 1965). RSES har vist god korrelasjon med målinger av angst og depresjon og viser også god korrelasjon med andre mål på selvfølelse (for eksempel Coopersmith Self Esteem Inventory). RSES er også validert for flere grupper over 12 år (Rosenberg, 1965). Den norske oversettelsen fra 2001 er den mest brukte i Norge, og viser tilfredsstillende validitet (von Soest, 2005).

3.5 Statistiske analyser

Resultatene ble analysert i IBM SPSS Statistics 24.0, og figurer ble designet i Microsoft Word for MacBook (2020, versjon 16.43) og Microsoft Excel for MacBook (2020, versjon 16.45). Resultatene ble vurdert som statistisk signifikant ved $p<0.05$. Det ble gjort en vurdering av normalfordeling med histogram og grad av skjevhet, og de aktuelle variablene ble vurdert som skjevfordelte. Data blir presentert i antall (n), gjennomsnitt og standardavvik på grunn av et høyt antall deltakere ($n=500$) (Lydersen, 2020). Data fra de utvalgte spørreskjemaene ble analysert med deskriptive analyser, Mann-Whitney U-test og korrelasjonsanalyser. Mann-Whitney U-test ble brukt for å

undersøke om det var forskjell i underkategoriene av EDE-Q og cut-off mellom idretts-
elevene og kontrollgruppen, samt kjønnsforskjeller i EDE-Q global score. Det ble brukt
kji-kvadrat test for å undersøke om det var kjønnsforskjeller basert på cut-off skår.
Korrelasjon og lineær regresjon ble brukt for å undersøke om det var en sammenheng
mellom EDE-Q og RSES.

3.6 Forskningsetikk

Doktorgradsprosjektet er godkjent av Regional Komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk (REK) (2018/661) (vedlegg 3) og meldt inn i den internasjonale data-
basen for studier ClinicalTrials.gov (NCT04003675). Norsk senter for forskningsdata
(NSD) vurderte at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med personvern-
lovgivningen (08.07.2019; 16.04.2020 endringsmelding grunnet Covid-19). I tråd med
Helsinkideklarasjonen var det i informasjonsskrivet informert om frivillighet til å delta i
prosjektet, og at det når som helst var mulighet for å trekke seg uten å oppgi grunn. Alle
deltakerne avga sitt samtykke før deltakelse, og all data ble behandlet anonymt.

Dersom noen av deltakerne hadde et ønske eller behov for videre oppfølging og
samtale/hjelp angående noen av prosjektets temaer ble prosjektets beredskapsplan
benyttet. Elevene, helsesykepleier på skolen og skolens kontaktperson ble informert om
beredskapsplanen i forkant av undersøkelsen.

4.0 Resultat

Deskriptive data for det totale utvalget av idrettselever og kontroll elever blir presentert i tabell 5. Deskriptive data for henholdsvis utholdenhetsidrett og estetisk idrett er også presentert. Gjennomsnittsverdiene for KMI er relativt like i alle gruppene, og deltakerne er like i alder.

Tabell 5: Deskriptive data for det totale utvalget. Presentert i gjennomsnitt (SD).

	Idrettselever totalt			Kontroll
	Menn (n=119) ¹	Utholdenhetsidrett Menn (n=118) ¹	Estetisk idrett Menn (n=1) ²	Menn (n=88)
Alder, år	17.04 (0.39)	17.04 (0.39)		17.28 (0.50)
KMI, kg/m ²	21.51 (1.91)	21.50 (1.91)		22.58 (3.71)
Vekt, kg	71.32 (8.32)	71.25 (8.3)		74.90 (13.14)
Høyde, cm	181.90 (6.20)	181.89 (6.23)		182.02 (6.61)
	Kvinner (n=121)	Kvinner (n=89)	Kvinner (n=32)	Kvinner (n=171)
Alder, år	16.98 (0.41)	17.00 (0.39)	16.91 (0.48)	17.23 (0.48)
KMI, kg/m ²	21.81 (1.84)	21.74 (1.84)	21.98 (1.86)	22.23 (3.91)
Vekt, kg	61.04 (6.06)	61.11 (6.08)	60.84 (6.10)	62.67 (11.02)
Høyde, cm	167.31 (6.57)	167.63 (6.33)	166.41 (7.21)	167.93 (6.46)

¹ En person ekskludert fra deskriptiv tabell grunnet ekstreme verdier på høyde og vekt (n=1);

² En person ekskludert fra deskriptiv tabell og i analyser som sammenligner utholdenhetsidrett og estetisk idrett grunnet få deltakere (n=1)

4.1 Forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser

For kvinnene var det signifikant flere elever fra kontrollgruppen (21.6%) over cut-off skår sammenlignet med idrettselevne (10.7%) ($p=0.015$). For mennene var det ingen signifikant forskjell i andel over cut-off mellom idrettselevne (6.7%) og kontroll-elevne (12.5%) ($p=0.150$).

Gjennomsnittsverdiene i underkategoriene til EDE-Q for idrettselever og kontrollgruppe hos menn og kvinner blir presentert i tabell 6. Hos menn var det signifikant forskjell mellom idrettselever og kontroll elever i bekymring for vekt, bekymring for figur og EDE-Q global skår. Hos kvinner var det signifikant forskjell mellom idrettselever og kontroll elever i globalskår og alle underkategorier bortsett fra bekymring for spising.

Tabell 6: Deltakernes EDE-Q skår i fire underkategorier og global skår. Presentert med gjennomsnitt (SD).

	Idrettselever	Kontroll	p-verdi
	Menn (n=120)	Menn (n=88)	
Restriksjon	0.52 (0.84)	0.61 (1.02)	0.76
Bekymring for spising	0.32 (0.67)	0.33 (0.67)	0.88
Bekymring for vekt	0.52 (0.82)	0.80 (0.96)	0.009**
Bekymring for figur	0.52 (0.88)	0.97 (1.12)	<0.01**
EDE-Q global skår	0.47 (0.69)	0.68 (0.79)	0.013*
	Kvinner (n=121)	Kvinner (n=171)	
Restriksjon	0.87 (1.21)	1.14 (1.13)	0.037*
Bekymring for spising	0.55 (0.90)	0.73 (1.10)	0.30
Bekymring for vekt	1.28 (1.48)	1.83 (1.63)	0.003**
Bekymring for figur	1.54 (1.40)	2.15 (1.65)	0.002**
EDE-Q global skår	1.06 (1.16)	1.46 (1.28)	0.004**

* Signifikans $p < 0.05$; ** Signifikans $p < 0.01$

4.1.1 Kjønnforskjeller i symptomer på spiseforstyrrelser

Analysene på kjønnforskjeller viser at samtlige underkategorier i EDE-Q var signifikante ($p < 0.01$) i både idrettsgruppen og kontrollgruppen. Det var også signifikant forskjell ($p < 0.01$) mellom kjønn i begge gruppene i hvor stor andel (%) som var over cut-off for symptomer på spiseforstyrrelser (tabell 7).

Tabell 7: Oversikt over hvor mange deltakere som er over cut-off skår på EDE-Q. Presentert i prosent og p-verdi.

	Menn	Kvinner	p-verdi
	Idrettselever	Idrettselever	
Andel over cut-off	6.7% (n=8)	10.7% (n=13)	<0.01**
	Kontroll	Kontroll	
Andel over cut-off	12.5% (n=11)	21.6% (n=37)	<0.01**

** Signifikans $p = < 0.01$

4.2 Forskjell mellom utøvere i utholdenhetsidrett og estetisk idrett i symptomer på spiseforstyrrelser

Analysene på cut-off score viser signifikant forskjell mellom utholdenhetsidrett og estetisk idrett for kvinner ($p=0.023$) der 20.2% av de som konkurrerer i utholdenhetsidrett og 33.9% i den estetiske gruppen ble vurdert med symptomer på spiseforstyrrelser. For menn i idrettsgruppen ble 6.7% vurdert som over cut-off for de som konkurrerte i utholdenhetsidrett ($n=119$). Statistiske analyser for å sammenligne utholdenhetsidrett og estetisk idrett for menn lot seg ikke gjøre da det bare var én deltaker i den estetiske gruppen.

For kvinner i utholdenhetsidretter og estetiske idretter var det signifikant forskjell ($p<0.05$) mellom gruppene på alle underkategoriene av EDE-Q og global skår, bortsett fra bekymring for spising (tabell 8).

Tabell 8: Deltakernes resultater for EDE-Q i fire underkategorier og EDE-Q global skår. Presentert med gjennomsnitt (SD).

	Utholdenhetsidrett	Estetisk idrett	p-verdi
	Menn (n=119)	Menn (n=1)¹	
Restriksjon	0.52 (0.85)		
Bekymring for spising	0.32 (0.67)		
Bekymring for vekt	0.50 (0.81)		
Bekymring for figur	0.52 (0.88)		
EDE-Q global skår	0.47 (0.69)		
	Kvinner (n=89)	Kvinner (n=32)	
Restriksjon	0.90 (1.22)	0.80 (1.19)	0.013 *
Bekymring for spising	0.55 (0.87)	0.55 (1.00)	0.210
Bekymring for vekt	1.29 (1.44)	1.24 (1.59)	<0.01 **
Bekymring for figur	1.52 (1.39)	1.60 (1.44)	<0.01 **
EDE-Q global skår	1.06 (1.14)	1.05 (1.22)	<0.01**

¹En deltaker ble ekskludert fra analysene da det kun var én deltaker i den estetiske gruppen for menn; ** Signifikans <0.01; * Signifikans <0.05

4.3 Sammenheng mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser

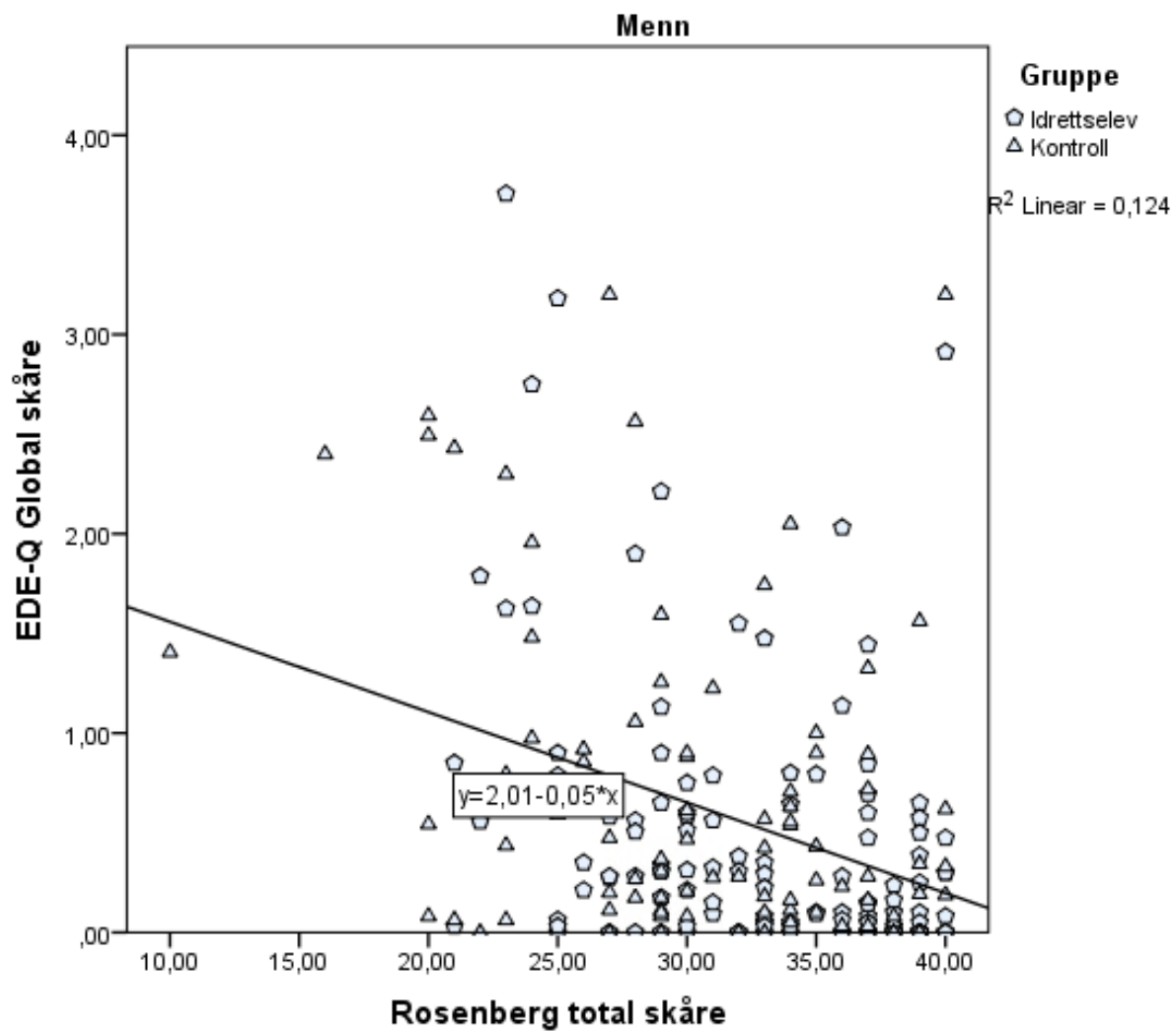
Analysen viser ingen signifikant forskjell i selvfølelse totalskår (gjennomsnittlig skår for gruppene) mellom idrettselever og kontroll elever hos verken menn eller kvinner (tabell 9). Resultatene viser imidlertid signifikant forskjell mellom kjønn i begge gruppene (idrettselever $p < 0.01$, kontrollgruppe $p < 0.01$).

Tabell 9: Deltakernes totalskår i RSES. Presentert i gjennomsnitt (SD) og p-verdi.

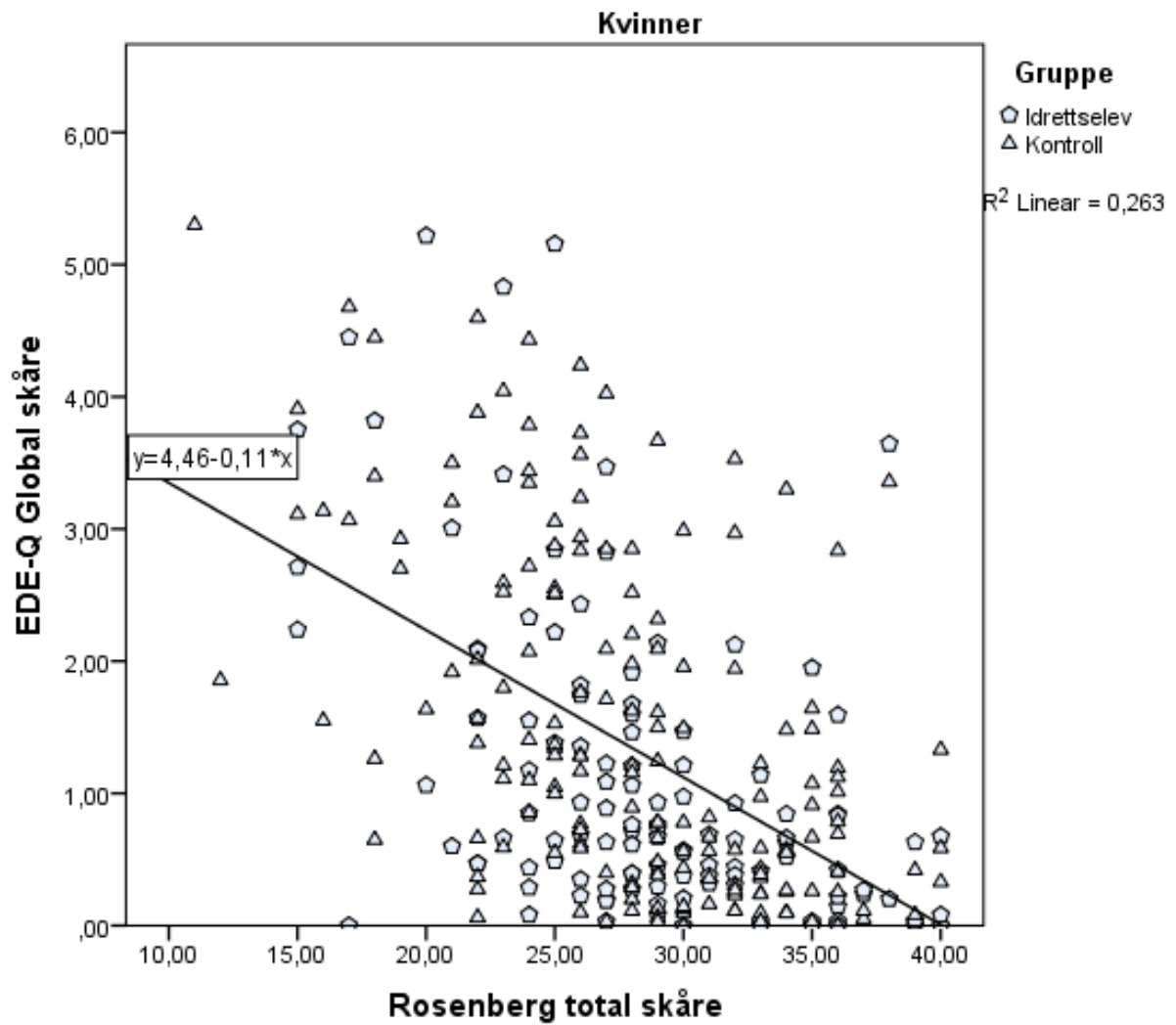
	Idrettselever	Kontroll	p-verdi
	Menn (n=120)	Menn (n=88)	
Selvfølelse totalskår	32.83 (5.30)	30.77 (6.24)	0.22
	Kvinner (n=121)	Kvinner (n=171)	
Selvfølelse totalskår	28.90 (5.72)	28.04 (5.76)	0.27

*Signifikans $p < 0.05$

Figur 3 og 4 illustrerer sammenhengen mellom EDE-Q global skår og RSES totalskår hos menn (figur 3) og kvinner (figur 4). Spearman's Rho viser signifikant korrelasjon mellom RSES og EDE-Q global skår hos både menn ($r = -.343$) (svak korrelasjon) og kvinner ($r = -.519$) (moderat korrelasjon). Hos menn var R^2 (adjusted R square) på 0.124, som vil si at 12.4% av variasjonen i EDE-Q global skår kan forklares av RSES totalskår. Hos kvinnene var R^2 0.263, slik at 26.3% av variasjonen i EDE-Q global skår kan forklares av RSES totalskår.



Figur 3: Sammenhengen mellom EDE-Q global skår og RSES totalskår hos menn.



Figur 4: Sammenhengen mellom EDE-Q global skår og RSES totalskår hos kvinner.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser blant idrettslever og elever ved studiespesialiserende linjer. I tillegg ble det gjort undersøkelser på kjønnsforskjeller. Videre var hensikten å undersøke forskjeller i symptomer på spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere som konkurrerte i utholdenhetsidretter og estetiske idretter. Til slutt var hensikten å undersøke om det var en sammenheng mellom symptomer på spiseforstyrrelser og selvfølelse.

Kontrollelevne hadde signifikant høyere EDE-Q global skår hos både menn og kvinner, sammenlignet med idrettslevene. Studien viste kjønnsforskjeller i forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser, hvor kvinner hadde høyest forekomst sammenlignet med menn i både idrettsgruppen og kontrollgruppen. Blant idrettslevene var 6.7% av mennene og 10.7% av kvinnene over cut-off. For kontrollelevne var 12.5% av mennene og 21.6% av kvinnene over cut-off. Studien viste også signifikant høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser blant kvinner som konkurrerte i estetiske idretter sammenlignet med utholdenhetsidretter (33.9% estetisk versus 20.2% utholdenhet). Til slutt viste studien signifikant korrelasjon mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser for både menn og kvinner.

5.1 Forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser

Hypotesen om at flere idrettslever hadde symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med kontrollevene må forkastes. Resultatene motstrider tidligere studier som viser at idrettsutøvere har høyere forekomst av spiseforstyrrelser sammenlignet med jevnaldrende kontroller (Ackerman et al., 2019; Joy et al., 2016; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004; Wells et al., 2020). Funnene i masteroppgaven er derimot i tråd med resultatene fra Martinsen & Sundgot-Borgen (2013), hvor 50.7% av ikke-idrettsutøvere ble vurdert som «i risiko» for symptomer på spiseforstyrrelser basert på EDE-Q global skår, sammenlignet med 25.0% av idrettsutøverne. For både kvinner og menn var det kontrollevene som hadde flest deltakere over cut-off for symptomer på spiseforstyrrelser. En av flere mulige årsaksforklaringer kan være at kontrollevene i større grad jager etter den «perfekte kroppen» sammenlignet med idrettsutøverne, som av naturlige årsaker er tilstrekkelig fysisk aktive, og dermed ligger nærmere kroppsidealet.

En annen årsaksforklaring for hvorfor funnene i denne masteroppgaven viste høyere forekomst blant kontrollevene kan være ulikt studiedesign. Sundgot-Borgen & Torstveit (2004) og Martinsen & Sundgot-Borgen (2013) rapporterte at det var nødvendig med intervju for å si noe om forekomsten av faktiske spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere. De overnevnte studiene hadde begge en todelt metode som bestod av spørreskjema (Eating Disorder Inventory (EDI) og EDE-Q) og intervju (EDE). Resultatene fra spørreskjema i de overnevnte studiene viste lignende tendens som i masteroppgaven; en høyere forekomst blant ikke-idrettsutøvere. Resultatene endret seg derimot til det motsatte etter det ble gjennomført intervju. For Martinsen & Sundgot-Borgen (2013) viste resultatene fra intervju at 7.0% av idrettsutøverne og 2.3% av ikke-idrettsutøvere ble diagnostisert med kliniske spiseforstyrrelser. Begge studiene konkluderte med at spørreskjema ikke var tilstrekkelig for å si noe om hvorvidt en person har en spiseforstyrrelse. Spørreskjema kan derimot si noe om tendensen i et miljø. Det kan av den grunn tenkes at masteroppgaven ville fått andre resultater dersom et klinisk intervju hadde blitt benyttet.

En studie av Martinsen et al. (2010), som baserer seg på selvrapportert spørreskjema (EDI), er i tråd med masteroppgavens resultater. Forskerne rapporterte at 44.7% av kvinnelige idrettsutøvere og 13.1% av mannlige idrettsutøvere hadde symptomer på forstyrret spiseatferd, sammenlignet med 70.9% av kvinnelige kontroller og 30.5% av mannlige kontroller. Flere internasjonale studier som benytter seg av spørreskjema viser likeledes samme tendens som resultatene i masteroppgaven. En undersøkelse fra USA rapporterte at over 86% av unge idrettsutøvere (17-24 år) hadde symptomer på spiseforstyrrelser basert på Stanford-Washington Eating Disorder Screen (SWED) (Flatt et al., 2021). Forfatterne rapporterte derimot ingen signifikant forskjell mellom idrettsutøverne og ikke-idrettsutøvere i symptomer på spiseforstyrrelser. Idrettsutøverne viste derimot en hyppigere tendens ved bruk av overdreven trening sammenlignet med ikke-idrettsutøvere. I en studie på spanske ungdommer som var jevnaldrende med deltakerne i masteroppgaven (17.2±2.82 år), hadde ikke-idrettsutøvere høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser (20%) sammenlignet med idrettsutøverne (2.5%-20%), ved bruk av spørreskjema (Petisco-Rodríguez, Sánchez-Sánchez, Fernández-García, Sánchez-Sánchez & García-Montes, 2020). En oversiktsartikkel rapporterte varierende forekomst av forstyrret spiseatferd fra 0%-27% blant kvinnelige idrettsutøvere, og 0%-21% hos den generelle befolkningen (Coelho et al., 2014). Det er imidlertid en

overordnet enighet om at det er høyere forekomst av spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd blant idrettsutøvere sammenlignet med ikke-idrettsutøvere (Coelho et al., 2014; Joy et al., 2016; Wells et al., 2020).

Idrettsutøvere har vist en tendens til å underrapportere bruk av vektkontrollerende metoder og forstyrret spiseatferd (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Sundgot-Borgen, 1993; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). For mange idrettsutøvere er et strengt forhold til mat, kropp og vekt en naturlig del av idretten, noe som kan føre til en forstyrret spiseatferd uten at de nødvendigvis er utilfreds med egen kropp eller vekt (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Dette kan føre til at de ikke opplever den forstyrrede spiseatferden som et problem, og derfor ikke rapporterer denne type atferd i spørreskjemaene. Forskere diskuterer hvorvidt underrapporteringen kan skyldes at idrettsutøvere opplever denne type atferd som en del av det å være idrettsutøvere, og ser på forstyrret spiseatferd som «normalt» (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013). Det kan derfor bety at EDE-Q ikke er tilstrekkelig nok for å undersøke forekomst av spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere med en disiplinert tilnærming til idretten sin. Resultatene i masteroppgaven kan være preget av de overnevnte faktorene, da kontroll-elevene hadde høyere forekomst sammenlignet med idrettselevene. Idrettselevene hadde likevel en relativt høy forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser. Det kan tenkes at resultatene er preget av at utvalget både består av ungdommer, og er idrettsutøvere som konkurrerer i idretter som har økt forekomst av spiseforstyrrelser. Dersom man skal bruke EDE-Q i undersøkelser på idrettsutøvere kan det være nødvendig å tilføye idrettsspesifikke spørsmål (Joy et al., 2016). Dette ble ikke gjort i masteroppgaven.

Sosioøkonomisk status kan være en faktor som kan påvirke resultatene for symptomer på spiseforstyrrelser. Dette ble ikke målt i masteroppgaven. Toppidrettsgymnasene er privatskoler, og det er kostbart å gå på disse skolene. Kostnaden per år avhenger av hvilken idrett man konkurrerer i, fra sjakk (15.000 kr i året), til alpint (67.000 kr i året), i tillegg til skolepenger (26.200 kr i året) (Norges Toppidrettsgymnas, 2021). Sammenlignet med idrettsfag og studiespesialiserende linjer, som er gratis, er det muligens elever fra økonomisk ressurssterke familier som går på de private gymnasene. Sosioøkonomisk status og psykiske lidelser har vist seg å ha en sammenheng hvor faktorene omkring lav inntekt kan føre til psykiske plager (Bøe, 2015). Disse faktorene kan for eksempel være at man ikke har råd til utstyr, sunn mat og fritidsaktiviteter. Den høyere

forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser i kontrollgruppen, kan være påvirket av disse forskjellene.

5.1.1 Kjønnforskjeller i symptomer på spiseforstyrrelser

Resultatene bekrefter hypotesen om at kvinner har høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med menn. Tidligere studier viser en gjennomgående trend hvor det er påvist mer spiseforstyrrelser blant kvinnelige idrettsutøvere og ikke-idrettsutøvere sammenlignet med menn (Joy et al., 2016; Reardon et al., 2019; Treasure et al., 2020). Årsaken til at kvinner utgjør majoriteten av spiseforstyrrelsestilfeller er usikker, men de miljømessige faktorene virker å være forklarende (Rosenvinge et al., 2012). Videre kan kjønnforskjeller ha en sammenheng med kroppsideal, slanking og dietter (Stice et al., 2011).

Kjønnforskjellene i masteroppgaven kan muligens forklares av naturlige årsaker, som for eksempel at flere av ungdommene i utvalget var i puberteten. Ungdomsårene og puberteten preges av kroppslig utvikling, og mange opplever utfordringer knyttet til hormonelle endringer, særlig jenter. I disse utviklingsårene kan fysiske-, mentale- og følelsesmessige endringer bidra til en vanskelig ungdomstid med fysiske- eller psykiske utfordringer. I puberteten utvikler kvinner bryster, bekkenet blir bredere, og mange får mer fett på kroppen som følge av seksuell modning (Norsk Helseinformatikk, 2021). Dette kan for mange være vanskelig å akseptere, og for mange kan dette være en tid hvor de begynner å eksperimentere med mat og trening. Videre kan enkelte håndtere dårlige tanker og følelser om seg selv ved å «ta kontroll» over mat, kropp og trening. Årsaker for at noen tar dårlige valg kan være fordi de har et ønske om å bli tynn eller at de bruker følelsen av kontroll som et hjelpemiddel for å håndtere hverdagen. De overnevnte faktorene kan benyttes for å skape mestringsfølelse eller som et gjemmede fra det som er vanskelig. I masteroppgaven var nesten dobbelt så mange kvinner sammenlignet med menn over cut-off samlet for begge idrettsgruppene, og de overnevnte årsakene kan være med å forklare hvorfor.

En annen årsaksmekanisme for at kvinner utgjør majoriteten av spiseforstyrrelser kan være bruk av sosiale medier. Mange jenter rapporterer at de ønsker en finere og slankere kropp, og sammenligner seg med andre på sosiale medier. Ulike bilde- og videodelings-tjenester gjør at man i stor grad eksponeres for kropp, retusjerte bilder og en oppfatning av hva som er «det perfekte» (Elvebakk, Engebretsen & Walseth, 2018). Mange bruker slanking som et middel for å oppnå «drømmekroppen» som de ser på sosiale medier (Dietrichson, 2018), men slanking kan som nevnt tidligere være en utløsende faktor for spiseforstyrrelser. Halvparten av norske 15-årige jenter føler seg for tykke (Inchley et al., 2016), og i kombinasjonen med at kroppsidealet i de vestlige samfunn er en slank figur med et atletisk utseende og tydelige muskler (Homan, 2010; Kong & Harris, 2015), kan dette bidra til utfordringer med kroppsaksept. Sosiale medier øker tilgjengeligheten for kropp og bidrar potensielt til et økt kroppsfokus. Dette kan være en utfordring dersom man ikke har trygge rammer omkring selvbilde og selvfølelse. Bruk av sosiale medier kan være en av de miljømessige forholdene som kan trigge en spiseforstyrrelse hos sårbare individer. Nyere studier undersøkt hvordan bruk av sosiale medier forårsaker kroppsmisnøye og dårlig selvbilde, som igjen kan være bidragsytende forhold til å utvikle forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser hos sårbare individer (Aparicio-Martinez et al., 2019). «Generasjon prestasjon» og «generasjon depresjon» er beskrivelser som blir brukt om dagens ungdom (Madsen, 2018). Det kan tenkes at den høye forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser i masteroppgaven er preget av et konstant prestasjonsjag. Dette kan således skape et prestasjonsrettet fokus med høye krav og forventninger til seg selv og hverandre.

Det har i lang tid blitt snakket lite om spiseforstyrrelser blant gutter og menn, og store deler av det tjuende århundre har vært preget av en forestilling om at spiseforstyrrelser rammer svært få menn (Lavender, Brown & Murray, 2017). Nyere undersøkelser viser at spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd hos gutter ofte har andre symptomer enn hos kvinner. Det kan derfor tenkes at mennene som er inkludert i masteroppgaven ikke blir fanget opp i EDE-Q. Undersøkelser av menn, spiseforstyrrelser og kroppsbilde viser et økt fokus på maskulinitetsorienterte perspektiver, og et ønske om å bli så muskuløs som mulig er ofte sentralt (Lavender et al., 2017). Nyere varianter av spiseforstyrrelser (som ikke er inkludert i DSM-5) rammer flere menn. Eksempler på disse er megareksi (LMS, 2019) og ortoreksi (LMS, 2021). Behandling av spiseforstyrrelser bør derfor være tilpasset menns bekymringer og symptombilde (Nagata, Ganson & Murray, 2020).

Et ønske om en muskuløs kropp, bekymringer knyttet til kroppsbilde og forstyrret spiseatferd har vist en sammenheng for gutter. Omtrent to tredjedeler av gutter i USA rapporterte målrettede ernæringsrutiner knyttet til jakten på større muskler (Eisenberg, Wall & Neumark-Sztainer, 2012). En konsekvens av dette kan være at enkelte begynner å misbruke mat og muskelstimulerende preparater i jakten på større muskler. Det er imidlertid lite forskning på dette, og framtidig forskning bør undersøke dette nærmere.

5.2 Forskjell mellom utøvere i utholdenhetsidrett og estetisk idrett i symptomer på spiseforstyrrelser

Resultatene viste at signifikant flere kvinner som konkurrerte i estetiske idretter var over cut-off (33.9%), sammenlignet med elever som konkurrerte i utholdenhetsidrett (20.2%). Dermed bekreftes hypotesen om at idrettsutøvere som konkurrerte i estetiske idretter hadde høyest forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser. Dette var kun gjeldende for kvinner, da det var få menn i den estetiske gruppen. Blant menn i utholdenhetsgruppa var 6.7% av idrettsutøverne over cut-off. Studien viste en forhøyet forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser i begge idrettene, og forekomsten over cut-off vurderes som høy.

Påstanden om at idrettsutøvere som konkurrerer i vektsensitive idretter har økt risiko for å utvikle spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd støttes av mange studier (Kong & Harris, 2015; Rosendahl et al., 2009; Rousselet et al., 2017; Torstveit et al., 2008; Wells, Chin, Tacke & Bunn, 2015). Andre studier rapporterte derimot ingen signifikant forskjell i verken forekomst av forstyrret spiseatferd eller symptomer på spiseforstyrrelser ved sammenligning av vektsensitive- eller mindre vektsensitive idretter (Martinsen et al., 2010; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Petisco-Rodríguez et al., 2020). De overnevnte studiene benyttet ulike metoder, som kan forklare deres ulike resultater. Flere av studiene benyttet ulike spørreskjema, og kun Torstveit et al. (2008), Martinsen & Sundgot-Borgen (2013) og Rousselet et al. (2017) brukte både spørreskjema og intervju. Dette har som tidligere nevnt vist seg å være best egnet. En annen forskjell i studiene er referansegruppene. Noen har brukt skoleelever som referansegruppe (Martinsen et al., 2010; Rosendahl et al., 2009; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013), andre har brukt idrettsklubber eller nasjonale landslag (Kong & Harris, 2015; Torstveit et al., 2008), mens resterende har brukt nasjonale registre (Rousselet et

al., 2017). De studiene som har brukt skoleelever som referansegruppe har mange deltakere, og utgjør et representativt utvalg som igjen gjør det relevant å sammenligne med resultater fra masteroppgaven.

Basert på forskningen vi har i dag er det estetiske idretter som står for den høyeste forekomsten av spiseforstyrrelser (Mancine et al., 2020). Resultatene i masteroppgaven synes å vise samme tendens, og resultatene vurderes derfor som valide. Sundgot-Borgen et al. (2013) rapporterte symptomer på spiseforstyrrelser hos 40% av utøverne som konkurrerte i estetiske idretter. Disse resultatene samsvarer med resultater fra masteroppgaven. Sundgot-Borgen & Torstveit (2004) rapporterte også høye prevalenstall (42%) for kvinner i estetiske idretter. Idrettsutøvere innenfor estetiske idretter blir, som nevnt tidligere, evaluert ut fra kroppslige prestasjoner hvor estetikk og gamle normer for idretten er elementært, og utøverne skal gjerne se ut på en spesifikk måte. En mulig forklaring kan være at disse utøverne bruker uhensiktsmessig vektkontrollerende metoder for å kontrollere vekt og figur, som igjen kan føre til forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser (Mancine et al., 2020).

Resultatene for utholdenhetsutøverne i masteroppgaven er i samsvar med funn fra Sundgot-Borgen & Torstveit (2004). Forfatterne rapporterte en forekomst for spiseforstyrrelser hos kvinner (24%) og menn (9.0%) i utholdenhetsidretter. Disse utøverne er avhengige av å fokusere på tilstrekkelig energiinntak for å dekke sitt energibehov, for å unngå å gå i minus grunnet den høye treningsbelastningen. Prestasjonene i vektbærende idretter avhenger av hvor mye vekt man forflytter i aktiviteten. Dersom en idrettsutøver har lavere kroppsvekt, koster det mindre å forflytte seg. Disse idrettene preges av et konstant jag for en lav kroppsvekt, og mange idrettsutøvere spiser lite for å oppnå en bestemt vekt. Videre antas miljøfaktorer å spille inn under slike omstendigheter, og derfor må trenerne og klubbene jobbe aktivt med forebygging av utvikling av spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere.

Mange utholdenhetsutøvere som rammes av RED-s, som følge av for lavt energiinntak over tid, med samtidig for høyt energiforbruk (Mountjoy et al., 2014). Idrettsutøvere som møter de diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelser bør av den grunn fratras muligheten til å delta i konkurranse (startnekt) på grunn av psykiske- og fysiske konsekvenser (Mountjoy et al., 2014). Det kan tenkes at enkelte idrettsutøvere tiltrekkes

av slike miljøer basert på at personens atferdsmønster ikke blir kritisert eller observert, da et høyt energiforbruk med et samtidig lavt energiinntak kan ses på som «normalt» i idrettsmiljøet. I flere idretter eller for enkelte idrettsutøvere kan det være normalt eller nødvendig med dietter og strenge ernæringsvaner (Mountjoy et al., 2014). Det kan således tenkes at idrettsutøverne knytter dette opp mot normer for idretten. Av den grunn er det behov for spesialisert kompetanse hos støtteapparat og behandlere, som også har kunnskap om hvordan man kan forebygge og oppdage spiseforstyrrelser hos idrettsutøvere i disse gruppene (Thompson & Sherman, 2010). I masteroppgaven synes ikke perspektivene omkring energitilgjengelighet og RED-s å fanges opp. Dersom det hadde blitt benyttet idrettsspesifikke spørsmål og spørsmål om RED-s i studien, ville sannsynligvis tallene på spiseforstyrrelser vært noe høyere blant idrettsutøvere.

Årsaken for at idrettsutøverne i de estetiske idrettene i masteroppgaven står for den høyeste forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser kan være sammensatt. En mulig årsak kan være forskjell i dømming av hvordan man vinner en konkurranse. I estetiske idretter blir en som oftest bedømt ut fra subjektive meninger fra dommere, og i utholdenhetsidretter vinner gjerne den første personen som krysser målstreken. En annen årsak for forskjellene kan være alder og prestasjonstopp (peak performance). Dersom man ser på for eksempel turnere, er det vanlig å nå en prestasjonstopp i ung alder. I disse idrettene er det vanlig med tidlig spesialisering, topping og et høyt treningsvolum, og de fleste turnere slutter i idretten sin før midten av 20-årene (Tan, Calitri, Bloodworth & McNamee, 2016). Det kan være avgjørende for disse utøverne å takle endringer knyttet til kropp, pubertet og menstruasjon, dersom de skal prestere på høyt nivå relativt ung alder. Det at disse kroppslige endringene og puberteten forekommer i samme tidsperiode som prestasjonstoppen, kan for mange være vanskelig å håndtere samtidig som de skal prestere med en såkalt typisk «estetisk kropp». Ved sammenligning av estetiske idretter og utholdenhetsidretter, er mange utøvere i utholdenhetsidretter (særlig aerobe idretter) eldre når de når sin prestasjonstopp, ofte opp mot 39 år (Allen & Hopkins, 2015). Det kan av den grunn tenkes at de estetiske utøverne i masteroppgaven i større grad føler på et prestasjonsjag og prestasjonspress med tanke på alderen de er i (17 år), ettersom karrieren ofte er kortere enn i utholdenhetsidretter. Det er mulig at de estetiske utøverne føler på et større stress og press med å bli god, og at utholdenhetsutøverne har bedre tid.

Den høye forekomsten av spiseforstyrrelser i vektsensitive idretter er veldokumentert. Forskning på idrettene med høyest forekomst av spiseforstyrrelser sier mer om vektsensitive idretter som en sub-gruppe, men lite om enkeltidretter. Likevel er det fortsatt områder som bør undersøkes ytterligere når det gjelder forekomst av spiseforstyrrelser i underkategoriene av vektsensitiv idrett (gravitasjonsidrett, estetisk idrett og vektklasseidrett). Til tross for at forekomsten er størst der kroppsvekt spiller en rolle, er evidensgrunnet mindre presis dersom man splitter de overnevnte underkategoriene, for eksempel estetisk idrett eller utholdenhetsidrett (Mancine et al., 2020). Grunnen for dette kan være at gruppestørrelsen blir mindre, og utfallsmålene ulike basert på ulike målemetoder. Masteroppgaven har kun fokusert på to av disse (gravitasjonsidretter i form av utholdenhetsidrett, og estetiske idretter). Derimot har størsteparten av andre studier sett på alle de vektsensitive idrettene samlet. På bakgrunn av oversiktsartikkelen til Mancine et al. (2020), kan det tenkes at resultatene i masteroppgaven ville fått mer valide og reliable resultater dersom man hadde undersøkt vektsensitiv idrett mot ikke-vektsensitiv idrett.

5.3 Sammenheng mellom selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser

Resultatene viste at det var signifikant korrelasjon mellom symptomer på spiseforstyrrelser (EDE-Q global skår) og selvfølelse (RSES) for både menn (svak korrelasjon) og kvinner (moderat korrelasjon). Hypotesen kan dermed bekreftes. Resultatene er i samsvar med flere andre studier som sammenligner selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser (de Bruin et al., 2009; Drosdzol-Cop et al., 2017; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Johnson et al., 1999; Mora et al., 2017; Petisco-Rodríguez et al., 2020; Silvera et al., 1998).

Spiseforstyrrelser er sammensatt av flere faktorer, hvor lav selvfølelse anses som en av flere mulige risikofaktorer, spesielt for jenter i tenårene (Drosdzol-Cop et al., 2017; Mora et al., 2017; Welch & Ghaderi, 2013). Utvalget i masteroppgaven består av ungdommer i tenårene, og det anses derfor som relevant å sammenligne resultatene med studiene som har inkludert tenåringer, slik som de overnevnte studiene. Dersom det er slik at jenter i tenårene har lav selvfølelse, kan det være av betydning for studiens utfall. Det ble dessverre ikke gjennomført analyser som stratifiserte for lav, middels og høy

selvfølelse i denne masteroppgaven, men gjennomsnittsverdiene vurderes som middels til høy selvfølelse (García, Olmos, Matheu & Carreño, 2019).

Det er velkjent at det å ha lav selvfølelse er vanlig hos personer som har spiseforstyrrelser (Kästner et al., 2019). Det man imidlertid ikke med sikkerhet vet er hvorvidt lav selvfølelse alene kan bidra til at en person utvikler spiseforstyrrelser (risikofaktor for utvikling). Studier har funnet en sammenheng mellom lav selvfølelse og spiseforstyrrelser, men det er usikkert om personen utviklet lav selvfølelse som et resultat av spiseforstyrret atferd, eller om personen var ekstra sårbar (hadde lav selvfølelse), som kan ha medvirket til utvikling av spiseforstyrrelsen (Button, Sonuga-Barke, Davies & Thompson, 1996). Selvfølelse er som nevnt tidligere en av faktorene som har innvirkning på utviklingen av spiseforstyrrelser, uten at man har avklart hva den direkte påvirkningen av lav selvfølelse har på utviklingen av spiseforstyrrelser er (Brechan & Kvalem, 2015). Button et al. (1996) rapporterte at jenter med lav selvfølelse i alderen 15-16 år hadde betydelig høyere risiko for å utvikle de mer alvorlige symptomene på spiseforstyrrelser, så vel som andre psykiske lidelser. I lys av dette, kan det se ut til at selvfølelse kan være av betydning for hvor alvorlig graden av spiseforstyrrelser blir. Det er fortsatt behov for mer forskning på kausalitet i forhold til spiseforstyrrelser og selvfølelse.

Selvfølelse er en underliggende mekanisme som kan føre til forstyrret spiseatferd (Brechan & Kvalem, 2015). Lav selvfølelse har vist en sammenheng med forstyrret spiseatferd og kroppsmisnøye, men det kan være utfordrende å vurdere om de påvirker hverandre direkte (Fairburn et al., 2003; Stice et al., 2011). Stice et al. (2011) rapporterte også at kroppsmisnøye er en sentral risikofaktor for spiseforstyrrelser hos jenter som allerede har en høy grad av kroppsmisnøye. I lys av dette, kan det tenkes at personer med lav selvfølelse likeledes har høy grad av kroppsmisnøye, som igjen kan øke risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser. I likhet Stice et al. (2011) rapporterte Brechan & Kvalem (2015) at lav selvfølelse i stor grad påvirket studenters tilfredshet med eget kroppsbilde. Kroppsbildets betydning og lav selvfølelse hadde en direkte sammenheng med restriktiv spising og tømningstferd. Forfatterne foreslo at dersom lav selvfølelse er en direkte risikofaktor for spiseforstyrrelser, burde økt selvfølelse inkluderes i forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser.

Puberteten er en tid hvor mange har vanskeligheter med å ha et positivt syn på egen kropp. Selvfølelse, i positiv eller negativ forstand, kan bidra til å påvirke hvordan en persons kroppsbilde blir (Drosdzol-Cop et al., 2017). Ettersom mange av deltakerne i masteroppgaven fortsatt kan være i puberteten, kan det tenkes at flere strever med negativt syn på egen kropp. Lav selvfølelse kan i tillegg påvirke en persons tilfredshet med egen kropp, som således kan føre til usunne vektkontrollerende metoder. Dette kan over tid føre til overspising, uhensiktsmessig kompenserende atferd eller restriktive dietter. Det kan være at personer som overspiser og/eller bruker tømningstferd gjør dette som følge av at en mister troen på å gå ned i vekt (Drosdzol-Cop et al., 2017). I lys av dette, hadde det vært interessant å gjøre undersøkelser på kroppsmisnøye og kroppsbilde på dette utvalget.

Det er også verdt å bemerke at et høyt fysisk aktivitetsnivå og deltakelse i sport er assosiert med bedre selvfølelse, sammenlignet med de som ikke har et høyt fysisk aktivitetsnivå (Guddal et al., 2019). Samtidig har idrettsutøvere i individuelle idretter rapportert signifikant lavere selvfølelse sammenlignet med lagidretter (Guddal et al., 2019). Mange av de utholdenhetsgrenene som er inkludert i masteroppgaven er individuelle idretter. I tillegg har lav selvfølelse vist en sammenheng med utøvere som konkurrerer i estetiske idretter som dans og turn (de Bruin et al., 2009). Basert på disse funnene hadde det vært interessant å se på forskjeller i de ulike nivåene av selvfølelse (lav, middels og høy), ettersom resultatene sier lite om hvilke grupper i utvalget som hadde lav selvfølelse.

5.4 Diskusjon av metode – styrker og begrensninger

Denne masteroppgaven er en tverrsnittstudie, en forskningsmetode som samler informasjon på en planlagt måte i et gitt tidspunkt, og gir estimater av størrelsen på et problem i en populasjon (Helsebiblioteket, 2016). Tverrsnittstudier gir bare et øyeblikksbilde (punkt-prevalens), og kan derfor ikke si noe om kausalitet, da datamaterialet ikke sier noe om utbredelse i tid (Thelle & Laake, 2013). Til tross for at man ikke kan si noe om kausalitet kan man bruke dataene for å sammenligne utvikling over tid, ved å sammenligne flere studier. En tverrsnittstudie med spørreskjema som metode, ble vurdert som metodologisk relevant for masteroppgaven. Dette fordi hensikten var å undersøke forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser og sammenheng mellom spiseforstyrrelser og selvfølelse i en definert populasjon. Tverrsnittstudier kan benyttes som hypotesegenererende virkemidler som kan testes ut i senere studier (Helsebiblioteket, 2016), for eksempel studier på forebygging av spiseforstyrrelser.

5.4.1 Utvalg og representativitet

Svarprosenten til den ordinære studien var 79%, som tilsvarer god svarprosent (>70%) (Helsebiblioteket, 2016). En styrke med studien er et høyt antall deltakere (n=1255). Det totale utvalget anses som representativt for unge norske idrettselever, da en stor andel av norske toppidrettsgymnas og skoler med idrettsfag over hele landet ble inkludert. Deltakerne var jevnaldrende, ettersom det kun ble gjort undersøkelser på elever som gikk andre året på videregående. Det kan dog diskuteres hvorvidt kontroll-elevne var representative for hele populasjonen av ungdommer på studiespesialiserende linjer i Norge. Kontrollelevne var fra seks ulike videregående skoler i Oslo og Viken, og de miljømessige faktorene kan derfor ses på som noenlunde homogene. Det kan tenkes at aktuelle faktorer i undersøkelsen, som for eksempel selvfølelse eller symptomer på spiseforstyrrelser, hadde gitt et annet utfall dersom man hadde undersøkt et større demografisk område.

I utvalget ble mange ulike idretter representert i henholdsvis utholdenhetsidretter og estetiske idretter (tabell 4). Idrettene som var inkludert omfavnet et stort spekter av vektsensitive idretter innenfor disse kategoriene, som gjorde generaliserbarheten større. Når det gjelder gruppestørrelse i de ulike idrettene (utholdenhetsidrett og estetisk idrett)

var gruppene skjevfordelte i antall deltakere. Det var mange utholdenhetsutøvere for begge kjønn, men få estetiske idrettsutøvere. Utvalget av menn i estetiske idretter ble ikke sett på som representativ da det kun var én deltaker i denne gruppen. Av den grunn kunne man ikke undersøke eller trekke konklusjoner for denne gruppen. Det var også forholdsvis få kvinner i den estetiske gruppen (n=32), men deltakerne utgjorde mange nok til å gjøre analyser og trekke konklusjoner. I utholdenhetsgruppa var det 208 deltakere totalt. Denne gruppen kunne antagelig hatt flere deltakere dersom det hadde vært presisert i spørreskjemaet at elever som konkurrerte i for eksempel friidrett hadde vært mer spesifikke da de oppga hvilken disiplin de konkurrerte i. Det var mange som oppga «friidrett», istedenfor for eksempel «friidrett: 1500m løping». Dette gjorde det utfordrende å kategorisere type disiplin disse utøverne drev med. De deltakerne som oppga «friidrett» uten å spesifisere, ble kategorisert som «andre idretter» og ikke inkludert i utvalget.

5.4.2 Målemetoder

EDE-Q

EDE-Q har blitt brukt i kliniske studier over hele verden (Rø et al., 2015), noe som bidrar til gode muligheter for sammenligning av studier. EDE-Q anses som et valid måleinstrument for å kartlegge selvrapporterte symptomer på spiseforstyrrelser for den generelle befolkningen (Fairburn & Beglin, 1994), og vurderes derfor som en styrke for kontrollevene i masteroppgaven. I tillegg ble det brukt en cut-off for å vurdere hvorvidt menn og kvinner lå over eller under en risikoverdi, som indikerer en økt risiko for symptomer på spiseforstyrrelser (Rø et al., 2015; Schaefer et al., 2018). Når det gjelder bruk av EDE-Q for idrettsutøvere, har spørreskjemaet vist lavere grad av validitet (Pope et al., 2015). EDE-Q er blant de mest anvendte spørreskjemaene for undersøkelser på spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere, til tross for dens validitet for denne gruppen. EDE-Q ble i utgangspunktet utformet for den generelle befolkningen, og en svakhet ved metoden i masteroppgaven er at det ikke ble brukt idrettsspesifikke spørsmål for idrettsutøverne (i tillegg til EDE-Q).

Det er omdiskutert hvorfor EDE-Q, og lignende spørreskjema som ikke viser nok validitet, ofte blir brukt som måleinstrument i utvalg hvor idrettsutøvere er inkludert, til tross for at det eksisterer mer valide spørreskjema som retter seg mot idrettsutøvere (Pope et al., 2015). En av årsakene for at EDE-Q (og tilsvarende spørreskjema) ofte

anvendes i forskning på idrettsutøvere, kan være at sammenlikning med studier blir enklere ved bruk av de samme spørreskjemaene. En annen årsak kan være at spørreskjemaene blir brukt når kontrollgruppen ikke er idrettsutøvere. Det kan være uhensiktsmessig å gjøre analyser dersom man ikke bruker samme spørreskjema på hele utvalget. Ved bruk av spørreskjema som er bedre validert for idrettsutøvere, kan det være utfordrende for kontrollgruppen å besvare disse spørsmålene da de ikke er relevante for denne gruppen.

Med den økende trenden av spiseforstyrrelser hos idrettsutøvere er det et tydelig behov for valide og reliable måleinstrumenter for spiseforstyrrelser for denne gruppen (Pope et al., 2015). Pope et al., (2015) fastslo at det var på tide å ta i bruk de mer moderne målemetoder for å undersøke spiseforstyrrelsesproblematikk for denne gruppen. Tilleggsundersøkelser som inkluderer idrettsspesifikke spørsmål og spørsmål rettet mot RED-s kan, ut fra litteraturen, øke validiteten for å kartlegge symptomer på spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere, da de er direkte rettet mot risikofaktorer i idretten (Bernhardt, 2019; Joy et al., 2016). Det kan tenkes at flere idrettsutøvere i masteroppgaven ville blitt fanget opp ved bruk av spørreskjema dersom man hadde brukt slike spørsmål i tillegg til EDE-Q, spesielt med tanke på underrapporteringen som skjer blant idrettsutøvere (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Sundgot-Borgen, 1993).

Spørreskjema anses som tilstrekkelig og nyttig for å kartlegge symptomer på spiseforstyrrelser. Når det gjelder kliniske spiseforstyrrelser og alvorlighetsgrad anses kliniske intervjuer å være gullstandard (Rø, Reas & Lask, 2010). Med utgangspunkt i dette kan det tenkes at masteroppgaven hadde trukket andre konklusjoner dersom det ble benyttet kliniske intervjuer i studien. Videre rapporterte Martinsen & Sundgot-Borgen (2013) at det er nødvendig å bruke kliniske intervju for å fastslå en korrekt forekomst av spiseforstyrrelser for idrettsutøvere. Selvrapportering og spørreskjemaer kan derfor se ut til å være noe mindre korrekte.

RSES

RSES anses også som en valid målemetode for å undersøke grad av selvfølelse blant ungdommer (Rosenberg, 1965), og er validert på norsk flere ganger (von Soest, 2005). RSES er det mest anvendte målet i forskning på selvfølelse og andre psykologiske parametere (von Soest, 2005). Etersom RSES opprinnelig ble laget for å måle selvfølelse hos elever i videregående skole blir den sett på som relevant for denne gruppen, og dermed en styrke for studien.

I masteroppgaven ble ikke RSES stratifisert for henholdsvis lav, middels og høy selvfølelse. Andre studier som har sammenlignet selvfølelse og symptomer på spiseforstyrrelser har gjort nettopp dette (eks: Drosdzol-Cop et al., 2017; Guddal et al., 2019; Tan et al., 2016). Disse studiene kan i større grad analysere hvorvidt selvfølelsen har noe å si for symptomer på spiseforstyrrelser. Dersom selvfølelse hadde blitt stratifisert i nivåer i masteroppgaven, kunne man større grad diskutert forskjeller i de ulike nivåene. En mulig ulempe ved å ikke analysere nivåer av selvfølelse kan være at et høyt antall deltakere rapporterer en høy selvfølelse, som igjen kan gjøre det vanskelig å fange opp de som har rapportert en lav selvfølelse i datasettet. Studier har vist at mange ungdommer strever med lav selvfølelse, og forebyggende intervensjoner bør av den grunn fokusere på økt selvfølelse i framtiden (Brechan & Kvalem, 2015; Button et al., 1996). Til tross for at det er av interesse å identifisere hvilket nivå av selvfølelse respondentene har, er den vanligste praksisen i vitenskapelige studier å bruke gjennomsnittet av global-skår (totalskår) til å tolke resultatene av RSES (García et al., 2019). Dette ble gjort i masteroppgaven.

BIAS

Ved bruk av spørreskjema er det risiko for underrapportering, og resultatene fra denne masteroppgaven kan være preget av dette (Thelle & Laake, 2013). Basert på funnene til Martinsen & Sundgot-Borgen (2013) om at særlig idrettsutøvere har en tendens til å underrapportere ved bruk av spørreskjema, kan det ha preget resultatene for masteroppgaven også. Det kan videre tenkes at resultatene er påvirket av sosial påvirkningsskjevhet (social desirability bias). Social desirability bias handler om tendensen til å svare det som blir sett på som sosialt korrekt (Grimm, 2010). EDE-Q og RSES har sensitive spørsmål som omhandler blant annet syn på egen kropp. Under besvarelsen av spørreskjemaene satt noen elever ved siden av hverandre, og for elever som var

engstelige i utgangspunktet, kan det hende at de svarte det de oppfattet som sosialt korrekt i frykt for at noen skulle se svarene deres. I tillegg kan seleksjonsbias prege resultatene i studien. Spørreskjemaet i doktorgradsprosjektet startet med mange spørsmål om fysisk aktivitet og idrett. En mulig konsekvens av dette var at deltakerne som ikke drev med noen form for fysisk aktivitet mistet motivasjon til å svare på spørreskjemaet, og således svarte ufullstendig eller uærlig.

5.5 Etikk

I forkant av undersøkelsen ble det informert om at noen av spørsmålene kunne øke elevens bevissthet rundt temaene som ble undersøkt. Spørreskjemaene som er inkludert blir ikke vurdert som problematisk eller som en trussel for å utløse psykiske reaksjoner. Samtidig kan det være at noen av elevene opplever bevisstgjøringen negativt. Noen av spørsmålene i EDE-Q og RSES kan for enkelte oppleves som «direkte», og noen kan oppleve bevisstgjøringen som en trigger for uønsket atferd. Dette gjelder spørsmål om for eksempel slanking eller negativt fokus omkring eget kroppsbilde. Spørsmål som for eksempel «har du følt deg tykk?» og «har du hatt et klart ønske om å ha en helt flat mage?» kan være triggende for noen. Stice et al. (2007) hevder at det i samfunnet er et stort sosiokulturelt press om å være tynn, og at tanker om at man skal være tynn anses å være «normalt». Forskerne hevder imidlertid at disse tankene synes å være uunngåelig, og dersom respondentene ikke allerede har disse tankene, kan det være en fare for at de blir mer bevisst på at for eksempel magen ikke er flat. En annen etisk problemstilling kan være at spørsmål omkring kropp og selvfølelse kan være et sensitivt tema for gruppen som skal undersøkes. Utholdenhetsidrett og estetiske idretter er som nevnt tidligere, de gruppene som har høyest forekomst av spiseforstyrrelser, og som utsettes for det største presset om å passe inn i en bestemt kroppsfasong (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

5.6 Praktiske implikasjoner

Resultatene fra denne studien viser at det er en høy forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser blant elever ved studiespesialiserende linjer, idrettsfag og toppidrettsgymnas. Disse resultatene er i tråd med tidligere studier på liknende utvalg, og kan videre benyttes for å bygge opp under framtidig forskning. Resultatene fra denne studien er en del av et doktorgradsprosjekt som på et senere tidspunkt skal bruke

kliniske intervju for å undersøke spiseforstyrrelser i det samme utvalget. Resultatene fra disse intervjuene kan bli brukt for å sammenligne funnene med Sundgot-Borgen & Torstveit (2004) og Martinsen & Sundgot-Borgen (2013) sine funn om at bruk av spørreskjema gir forhøyet forekomst blant kontrollgruppen, og at kliniske intervju i etterkant bidrar til at tendensen snur. Videre kan resultatene fra denne studien benyttes for å sammenligne framtidige forskningsprosjekt hvor man undersøker forekomst av symptomer på spise-forstyrrelser blant idrettselever og kontrollelever.

Resultatene fra denne studien er viktig fordi den gir en indikasjon på at mange ungdommer på videregående skole har et vanskelig forhold til mat og kropp. Resultatene viser at symptomer på spiseforstyrrelser er et problem blant kontroll-elevne. Dersom det er slik at det er en høy forekomst av faktiske spiseforstyrrelser vil det være nødvendig med forebyggende tiltak i skolen for å få ned forekomsten, for at elevne skal få det bedre. Det kan tenkes at lærere ved toppidrettsgymnas er mer oppmerksomme på kjennetegn og sykdomsforløp, sammenlignet med lærere på idrettsfag og studiespesialiserende. Dette kan være fordi mange av lærerne ved idrettsfag og studiespesialiserende ikke har spesialisert trenerutdanning, men heller kroppsøvings- og idrettsfagsutdanning. Trenere og lærere bør derfor få mer utdanning og kunnskap om konkrete kjennetegn, risikofaktorer og konsekvenser slik at de kan bidra til å forebygge eller oppdage tidlige tilfeller. Forebyggende tiltak som kan implementeres i skoleforløpet kan være målrettet undervisning om spiseforstyrrelser, selvfølelse, kroppsbygge, kropp, pubertet, psykisk helse, ernæring og konsekvenser ved feilernæring, både for trenere/lærere/støtteapparat og utøvere. Økt kunnskap vil være nødvendig slik at trenerne og utøverne selv kan legge til rette for at idrettsutøvere unngår å utvikle spiseforstyrrelser på et senere tidspunkt (Choelo et al., 2014).

Forslag til videre studier kan være for eksempel forebyggende intervensjoner for spiseforstyrrelser med fokus på økt selvfølelse. Et annet forslag kan være å undersøke hvorvidt lærere og trenere har kunnskap om kjennetegn og forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser hos elever og utøvere. Når det gjelder antall deltakere i henholdsvis utholdenhetsidrett og estetiske idretter, vil det være av interesse å inkludere flere menn i den estetiske gruppen til et senere prosjekt.

6.0 Konklusjon

Elever ved ordinære videregående skoler hadde signifikant høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser sammenlignet med elever som går på toppidretts-gymnas eller idrettsfag. Det var signifikante kjønnsforskjeller blant både idrettselevne og elevene ved ordinære videregående skoler. Flest kvinner hadde symptomer på spiseforstyrrelser i begge skoletypene. Totalt var 10.7% og 21.6% av henholdsvis kvinnelige idrettselever og elever ved ordinære videregående skoler over cut-off. For menn var 6.7% av idrettselevne og 12.5% av elever ved ordinære videregående skoler over cut-off.

Det var signifikant høyere forekomst av symptomer på spiseforstyrrelser blant kvinner som representerte estetiske idretter (33.9%) sammenlignet med utholdenhetsidretter (20.2%). Analyser på menn var ikke gjennomførbart da det kun var én deltaker i den estetiske gruppen.

Korrelasjonsanalyser viser at det var signifikant negativ sammenheng mellom symptomer på spiseforstyrrelser (EDE-Q global skår) og selvfølelse (RSES) for både menn (svak korrelasjon) og kvinner (moderat korrelasjon).

Referanser

Ackerman, K. E., Holtzman, B., Cooper, K. M., Flynn, E. F., Bruinvels, G., Tenforde, A. S., ... Parziale, A. L. (2019). Low energy availability surrogates correlate with health and performance consequences of relative energy deficiency in sport. *British Journal of Sports Medicine*, 53(10), 628-633.
<https://doi.org/http://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098958>

Ackland, T. R., Lohman, T. G., Sundgot-Borgen, J., Maughan, R. J., Meyer, N. L., Stewart, A. D. & Müller, W. (2012). Current status of body composition assessment in sport. *Sports Medicine*, 42(3), 227-249.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2165/11597140-000000000-00000>

Allen, S. V. & Hopkins, W. G. (2015). Age of peak competitive performance of elite athletes: a systematic review. *Sports Medicine*, 45(10), 1431-1441.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40279-015-0354-3>

American Psychiatric Association. (2013). Feeding and eating disorders. I American Psychiatric Association (Red.), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg., s. 329-354). American Psychiatric Association.

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>

Bannink, R., Pearce, A. & Hope, S. (2016). Family income and young adolescents' perceived social position: associations with self-esteem and life satisfaction in the UK Millennium Cohort Study. *Archives of Disease in Childhood*, 101(10), 917-921. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309651>

Bernhardt, D. (2019). Female Athletes. I American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Medical Society for

Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine & American Osteopathic Academy of Sports Medicine (Red.), *PPE: Preparticipation Physical Evaluation* (5. utg., s. 162-173). Chicago, USA: American Academy of Pediatrics.

Bratland-Sanda, S. (2010). *Spiseforstyrrelser i treningsbransjen. En veileder fra Rådgivning om spiseforstyrrelser og Virke trening*. Bergen.

Bratland-Sanda, S. & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499-508.
<https://doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>

Brechan, I. & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors*, 17, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>

Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A. & Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating behaviors*, 13(4), 347-353.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.011>

Brown, J. D., Dutton, K. A. & Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and emotion*, 15(5), 615-631.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02699930126063>

Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M. & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of International Medicine*, 165(6), 409-420.
<https://doi.org/10.7326/m15-2455>

Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J. & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 193-203. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01176.x>

- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykososiale utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsspektivet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/barn-og-unge/rapporter/sosioøkonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling>
- Coelho, G. M., Gomes, A. I., Ribeiro, B. G. & Soares Ede, A. (2014). Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access Journal of Sports Medicine*, 5, 105-113. <https://doi.org/10.2147/oajsm.S36528>
- Cook, B., Hausenblas, H., Crosby, R. D., Cao, L. & Wonderlich, S. A. (2015). Exercise dependence as a mediator of the exercise and eating disorders relationship: A pilot study. *Eating behaviors*, 16, 9-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.012>
- 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. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-108X\(1987](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-108X(1987)
- Davis, C., Katzman, D. K. & Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(6), 336-342. Hentet fra https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1999/06000/Compulsive_Physical_Activity_in_Adolescents_with.2.aspx
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., Bakker, F. C. & Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: The contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 201-215. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.1112>
- de Bruin, A. K., Bakker, F. C. & Oudejans, R. R. (2009). Achievement goal theory and disordered eating: Relationships of disordered eating with goal orientations and

motivational climate in female gymnasts and dancers. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), 72-79.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.07.002>

Dietrichson, S. (2018, 26. februar). Kroppspress, skole og bekymringer gjør flere jenter psykisk syke. Hentet fra <https://forskning.no/skole-og-utdanning-kjonn-og-samfunn-media/kroppspress-skole-og-bekymringer-gjor-flere-jenter-psykisk-syke/286391>

Drosdzol-Cop, A., Bąk-Sosnowska, M., Sajdak, D., Białka, A., Kobiółka, A., Franik, G. & Skrzypulec-Plinta, V. (2017). Assessment of the menstrual cycle, eating disorders and self-esteem of Polish adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 38(1), 30-36.

<https://doi.org/10.1080/0167482x.2016.1216959>

Dyregrov, K. (2019, 9. september). Selvtillit, selvfølelse og selvbilde. Hva er forskjellen? Hentet fra <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/selvtillit-selvfølelse-og-selvbilde-hva-er-forskjellen>

Eisenberg, M. E., Wall, M. & Neumark-Sztainer, D. (2012). Muscle-enhancing behaviors among adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 130(6), 1019-1026.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2012-0095>

El Ghoch, M., Soave, F., Calugi, S. & Dalle Grave, R. (2013). Eating disorders, physical fitness and sport performance: A systematic review. *Nutrients*, 5(12), 5140-5160. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu5125140>

Elvebakk, L., Engebretsen, B. & Walseth, K. (2018). Kroppen på Instagram-Ungdoms refleksjoner rundt kroppsideal og kroppspress. I: M. Øksnes, E. Sundsdal og CR Haugen., red. *Ungdom, danning og fellesskap-samfunns-og kulturpedagogiske perspektiv*.

Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4)

- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)12378-1)
- Fisher, M. (2006). Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatrics in review*, 27(1), 5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/pir.27-1-5>
- Flatt, R. E., Thornton, L. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Smolar, L., Mysko, C., ... Bulik, C. M. (2021). Comparing eating disorder characteristics and treatment in self-identified competitive athletes and non-athletes from the National Eating Disorders Association online screening tool. *International journal of eating disorders*, 54(3), 365-375. <https://doi.org/10.1002/eat.23415>
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International journal of sport psychology*, 31(2), 228-240.
- García, J. A., Olmos, F. C., Matheu, M. L. & Carreño, T. P. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378>
- Giel, K. E., Hermann-Werner, A., Mayer, J., Diehl, K., Schneider, S., Thiel, A. & Zipfel, S. (2016). Eating disorder pathology in elite adolescent athletes. *International journal of eating disorders*, 49(6), 553-562. <https://doi.org/10.1002/eat.22511>
- Graver, K. (2016, 25. april). Hva er spiseforstyrrelser? . Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-spiseforstyrrelser>

- Grimm, P. (2010). Social desirability bias. *Wiley international encyclopedia of marketing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781444316568.wiem02057>
- Guddal, M. H., Stensland, S., Småstuen, M. C., Johnsen, M. B., Zwart, J. A. & Storheim, K. (2019). Physical activity and sport participation among adolescents: associations with mental health in different age groups. Results from the Young-HUNT study: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(9), e028555. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028555>
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S. & McElroy, S. L. (2017). Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics North America*, 40(2), 255-266. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.003>
- Halvorsen, I. & Bergwitz, T. (2019, 21. mars). Spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/spiseforstyrrelser/>
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Tverrsnittstudie. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). 1.2. Definisjon og diagnostiske kriterier. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>
- Homan, K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image*, 7(3), 240-245. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.004>
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Weber, M. (2016). *Growing up unequal. HBSC 2016 study (2013/2014 survey)* (Health policy for children and adolescents).

- Javaras, K. N., Runfola, C. D., Thornton, L. M., Agerbo, E., Birgegård, A., Norring, C., ... Lichtenstein, P. (2015). Sex-and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979–2001 birth cohort. *International journal of eating disorders*, 48(8), 1070-1081.
[https://doi.org/ https://doi.org/10.1002/eat.22467](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22467)
- Johnson, C., Powers, P. S. & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: the National Collegiate Athletic Association study. *International journal of eating disorders*, 26(2), 179-188. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199909\)26:2](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2)
- Joy, E., Kussman, A. & Nattiv, A. (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 154-162.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095735>
- 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.
<https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000278>
- Kołoło, H., Guskowska, M., Mazur, J. & Dzielska, A. (2012). Self-efficacy, self-esteem and body image as psychological determinants of 15-year-old adolescents' physical activity levels. *Human Movement*, 13(3), 264-270.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2478/v10038-012-0031-4>
- Kong, P. & Harris, L. M. (2015). The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *The Journal of psychology*, 149(1-2), 141-160.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2013.846291>
- Kästner, D., Löwe, B. & Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa—A systematic review and meta-analysis.

International journal of eating disorders, 52(2), 101-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22975>

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade. (2019, 10. oktober). Megareksi. Hentet fra <https://lmsos.dk/megareksi>

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade. (2021, 2. mars). Ortoreksi. Hentet fra <https://lmsos.dk/spiseforstyrrelser/ortoreksi>

Lavender, J. M., Brown, T. A. & Murray, S. B. (2017). Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 32. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>

Lemoine, J., Konradsen, H., Jensen, A. L., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A. & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>

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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.9>

Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N. & Støving, R. K. (2014). Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Research*, 215(2), 410-416. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.010>

Litmanen, J., Fröjd, S., Marttunen, M., Isomaa, R. & Kaltiala-Heino, R. (2017). Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic journal of psychiatry*, 71(1), 61-66. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1224272>

- Lukanović, B., Babić, M., Katić, S., Čerkez Zovko, I., Martinac, M., Pavlović, M. & Babić, D. (2020). Mental Health and Self-Esteem of Active Athletes. *Psychiatr Danub*, 32(Suppl 2), 236-243. Hentet fra http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%202/dnb_vol32_noSuppl%202_236.pdf
- Lydersen, S. (2020, 11. juni). Gjennomsnitt og standardavvik eller median og kvartiler? Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2020/05/medisin-og-tall/gjennomsnitt-og-standardavvik-eller-median-og-kvartiler>
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon: Hva er det som feiler oss?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Malt, U. F. & Mykletun, A. (2012). Psykiske lidelser: diagnostikk, utbredelse og behandlingsorganisering. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (3. utg., s. 15-34). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mancine, R. P., Gusfa, D. W., Moshrefi, A. & Kennedy, S. F. (2020). Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type - a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 8, 47. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00323-2>
- Marks, A. (2019). The evolution of our understanding and treatment of eating disorders over the past 50 years. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1380-1391. <https://doi.org/10.1002/jclp.22782>
- Martinsen, M., Bahr, R., Børresen, R., Holme, I., Pensgaard, A. M. & Sundgot-Borgen, J. (2014). Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 46(3), 435-447. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3182a702fc>
- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A. K. & Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports*

Medicine, 44(1), 70-76.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bjism.2009.068668>

- 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. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318281a939>
- Martinsen, W. E. (2016). Spiseforstyrrelser. I W. E. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (3. utg., s. 139-144). Bergen: Fagbokforlaget.
- Masmoudi, J., Trigui, D., Feki, I., Bâati, I. & Jaoua, A. (2015). [Athletic performance, self-esteem and temperamental profile : Which relationship?]. *Journal medical tunisie*, 93(3), 175-180. Hentet fra <https://europepmc.org/article/med/26367407>
- Meyer, N. L., Sundgot-Borgen, J., Lohman, T. G., Ackland, T. R., Stewart, A. D., Maughan, R. J., ... Müller, W. (2013). Body composition for health and performance: a survey of body composition assessment practice carried out by the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance under the auspices of the IOC Medical Commission. *British Journal of Sports Medicine*, 47(16), 1044-1053. <https://doi.org/http://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092561>
- Mora, F., Fernandez Rojo, S., Banzo, C. & Quintero, J. (2017). The impact of self-esteem on eating disorders. *European Psychiatry*, 41(S1), S558-S558. <https://doi.org/doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.802>
- Morin, A. J., Maïano, C., Marsh, H. W., Janosz, M. & Nagengast, B. (2011). The Longitudinal Interplay of Adolescents' Self-Esteem and Body Image: A Conditional Autoregressive Latent Trajectory Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 157-201. <https://doi.org/10.1080/00273171.2010.546731>
- Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J., Burke, L., Carter, S., Constantini, N., Lebrun, C., ... Budgett, R. (2014). The IOC consensus statement: beyond the female athlete triad—relative energy deficiency in sport (RED-S). *British Journal of Sports*

Medicine, 48(7), 491-497. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092561>

Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J. K., Burke, L. M., Ackerman, K. E., Blauwet, C., Constantini, N., ... Budgett, R. (2018). IOC consensus statement on relative energy deficiency in sport (RED-S): 2018 update. *Br J Sports Med*, 52(11), 687-697. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099193>

Nagata, J. M., Ganson, K. T. & Murray, S. B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 476-481. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000911>

Nattiv, A., Loucks, A. B., Manore, M. M., Sanborn, C. F., Sundgot-Borgen, J. & Warren, M. P. (2007). American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 39(10), 1867-1882. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e318149f111>

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E. & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>

Norges Toppidrettsgymnas. (2021). Kostnader ved NTG Bærum. Hentet fra <https://www.ntg.no/artikkel/kostnader-1?source=13>

Norsk Helseinformatikk. (2021, 14. april). Pubertet og ungdomstid. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/barn/vekst-og-utvikling/pubertet/>

Olympiatoppen. (2011, mars). Krav til videregående skoler med tilrettelagt utdanningsløp for unge idrettsutøvere. Hentet fra https://www.olympiatoppen.no/avdelinger/utvikling/talentutvikling/Skole_og_idrett/page6677.html

- Olympiatoppen. (u.å.). Toppidrettsstatus. Hentet fra https://www.olympiatoppen.no/fagomraader/utdanning_og_karriere/toppidrettog_studier/naar_du_har_soekt/media47365.media
- Petisco-Rodríguez, C., Sánchez-Sánchez, L. C., Fernández-García, R., Sánchez-Sánchez, J. & García-Montes, J. M. (2020). Disordered Eating Attitudes, Anxiety, Self-Esteem and Perfectionism in Young Athletes and Non-Athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6754. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17186754>
- Pettersen, I., Hernæs, E. & Skårderud, F. (2016). Pursuit of performance excellence: a population study of Norwegian adolescent female cross-country skiers and biathletes with disordered eating. *BMJ open sport & exercise medicine*, 2(1), e000115. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2016-000115>
- Phillipou, A., Castle, D. J. & Rossell, S. L. (2018). Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(1), 13-14. <https://doi.org/10.1177/0004867417722640>
- Pope, Z., Gao, Y., Bolter, N. & Pritchard, M. (2015). Validity and reliability of eating disorder assessments used with athletes: A review. *Journal of Sport and Health Science*, 4(3), 211-221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jshs.2014.05.001>
- Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C. M., Baron, D., Baum, A. L., Bindra, A., ... Engebretsen, L. (2019). Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British Journal of Sports Medicine*, 53(11), 667-699. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100715>
- Reas, D. L. & Rø, Ø. (2008, september). Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q 6.0): Norsk godkjent oversettelse. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-spiseforstyrrelser/psykologiske-tester>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18. Hentet fra

<http://www.integrativehealthpartners.org/downloads/ACTmeasures.pdf#page=6>

1

- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American sociological review*, 60(1), 141-156. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/2096350?seq=1>
- Rosendahl, J., Bormann, B., Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F. & Strauss, B. (2009). Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(5), 731-739. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00821.x>
- Rosenvinge, J. H., Frostad, S. & Andreassen, O. A. (2012). Spiseforstyrrelser. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (3. utg., s. 561-589). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rousselet, M., Guérineau, B., Paruit, M., Guinot, M., Lise, S., Destrube, B., ... Dubois, V. (2017). Disordered eating in French high-level athletes: association with type of sport, doping behavior, and psychological features. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 61-68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40519-016-0342-0>
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/08039481003797235>
- 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. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>
- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Leonard, R., Wetterneck, C., Smith, B., Farrell, N., ... Thompson, J. K. (2018). Identifying a male clinical cutoff on the Eating

Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). *International journal of eating disorders*, 51(12), 1357-1360. <https://doi.org/10.1002/eat.22972>

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., ... Simon, S. (2011). Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PloS one*, 6(5), e19007. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019007>

Silvera, D. H., Bergersen, T. D., Bjørgum, L., Perry, J. A., Rosenvinge, J. H. & Holte, A. (1998). Analyzing the relation between self-esteem and eating disorders: differential effects of self-liking and self-competence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3(2), 95-99. <https://doi.org/10.1007/bf03339995>

Skårderud, F. (2016). Spiseforstyrrelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (1. utg., s. 177-197). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). Handbook of mentalizing in mental health practice. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (s. xxiii, 593-xxiii, 593): American Psychiatric Publishing, Inc.

Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J. & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International journal of eating disorders*, 47(6), 610-619. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22316>

Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>

Steinhausen, H. C. & Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *International journal of eating disorders*, 48(7), 845-850. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22402>

- Stice, E., Marti, C. N. & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 622-627.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Stice, E. & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00488-9)
- Stirling, A. & Kerr, G. (2012). Perceived vulnerabilities of female athletes to the development of disordered eating behaviours. *European Journal of Sport Science*, 12(3), 262-273. <https://doi.org/10.1080/17461391.2011.586437>
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 3(1), 29-40. <https://doi.org/10.1123/ijasn.3.1.29>
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Eating disorders in female athletes. *Sports Medicine*, 17(3), 176-188. <https://doi.org/10.2165/00007256-199417030-00004>
- Sundgot-Borgen, J., Meyer, N. L., Lohman, T. G., Ackland, T. R., Maughan, R. J., Stewart, A. D. & Müller, W. (2013). How to minimise the health risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC Medical Commission. *British Journal of Sports Medicine*, 47(16), 1012-1022.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092966>
- Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 14(1), 25-32. <https://doi.org/10.1097/00042752-200401000-00005>
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01190.x>

Tan, J. O., Calitri, R., Bloodworth, A. & McNamee, M. J. (2016). Understanding Eating Disorders in Elite Gymnastics: Ethical and Conceptual Challenges. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 35(2), 275-292.
<https://doi.org/10.1016/j.csm.2015.10.002>

Thelle, D. & Laake, P. (2013). Epidemiologisk forskning: Begreper og metoder. *Forskning i medisin og biofag*, 299.

Thompson, R. A. & Sherman, R. T. (2011). *Eating disorders in sport*. New York: Routledge.

Torstveit, M. K., Fahrenholtz, I. L., Lichtenstein, M. B., Stenqvist, T. B. & Melin, A. K. (2019). Exercise dependence, eating disorder symptoms and biomarkers of Relative Energy Deficiency in Sports (RED-S) among male endurance athletes. *BMJ open sport & exercise medicine*, 5(1), e000439.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000439>

Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H. & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scand J Med Sci Sports*, 18(1), 108-118.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x>

Treasure, J., Duarte, T. A. & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899-911. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30059-3)

Van Den Berg, P. A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D. & Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 290-296.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.004>

Vilbli.no. (u.å.-a). Idrettsfag. Hentet fra

<https://www.vilbli.no/nb/nb/no/idrettsfag/program/v.id>

Vilbli.no. (u.å.-b). Studiespesialiserende. Hentet fra

<https://www.vilbli.no/nb/nb/no/studiespesialisering/program/v.st>

von Soest, T. (2005, 1. mars). Rosenberg selvfølelesskala: Validering av en norsk oversettelse. Hentet fra

<https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2005/03/rosenbergs-selvfolelesskala-validering-av-en-norsk-oversettelse>

Welch, E. & Ghaderi, A. (2013). Eating disorders and self-esteem. I *Girls at risk* (s. 35-56). Springer.

Wells, E. K., Chin, A. D., Tacke, J. A. & Bunn, J. A. (2015). Risk of disordered eating among division I female college athletes. *International journal of exercise science*, 8(3), 256. Hentet fra

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882473/>

Wells, K. R., Jeacocke, N. A., Appaneal, R., Smith, H. D., Vlahovich, N., Burke, L. M. & Hughes, D. (2020). The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. *British Journal of Sports Medicine*, 54(21), 1247-1258. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101813>

Øiestad, G. (u.å.). Hva er selvfølelse? . Hentet fra

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-livsutfordringer/hva-er-selvfoelelse>

Tabelloversikt

Tabell 1: Diagnostiske kriterier for AN, BN og overspisingslidelse i henhold til DSM-5 – fritt oversatt (American Psychiatric Association, 2013; Helsedirektoratet, 2017).....	14
Tabell 2: Skjematisk framstilling av karakteristiske ulikheter mellom spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd (Reardon et al., 2019) med tillatelse fra BMJ Publishing Group Ltd. and Copyright Clearance. Fritt oversatt.	20
Tabell 3: Generelle- og idrettsspesifikke risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser (Reardon et al., 2019) med tillatelse fra BMJ Publishing Group Ltd. and Copyright Clearance. Fritt oversatt.....	24
Tabell 4: Deltakernes konkurranseidretter (utholdenhets- og estetiske idretter).....	31
Tabell 5: Deskriptive data for det totale utvalget. Presentert i gjennomsnitt (SD).....	35
Tabell 6: Deltakernes EDE-Q skår i fire underkategorier og global skår. Presentert med gjennomsnitt (SD).....	36
Tabell 7: Oversikt over hvor mange deltakere som er over cut-off skår på EDE-Q. Presentert i prosent og p-verdi.....	36
Tabell 8: Deltakernes resultater for EDE-Q i fire underkategorier og EDE-Q global skår. Presentert med gjennomsnitt (SD).....	37
Tabell 9: Deltakernes totalskår i RSES. Presentert i gjennomsnitt (SD) og p-verdi.	38

Figuroversikt

Figur 1: Måletidspunkt i doktorgradsprosjektet (N. Sølvberg, prosjektplan 2020).	29
Figur 2: Flytskjema for inkludering og ekskludering av deltakerne.	31
Figur 3: Sammenhengen mellom EDE-Q global skår og RSES totalskår hos menn. ...	39
Figur 4: Sammenhengen mellom EDE-Q global skår og RSES totalskår hos kvinner.	40

Forkortelser

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDE	Eating Disorder Examination
EDI	Eating Disorder Inventory
EDE-Q 6.0	Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0
ICD-11	International Classification of Diseases 11th
KMI	Kroppsmasseindeks
NSD	Norsk senter for forskningsdata
RED-s	Relative Energy Deficiency in Sports
REK	Regional etisk komité
RSES	Rosenberg selvfølelses skala
SD	Standardavvik
SWED	Stanford-Washington Eating Disorder Screen
WHO	World Health Organization

Vedlegg

Vedlegg 1) Eating Disorder Examination Questionnaire – 6 (EDE-Q- 6)

Vedlegg 2) Rosenberg selvfølelesskala (RSES)

Vedlegg 3) REK godkjennelse

Vedlegg 1)

De neste spørsmålene handler kun om de siste fire ukene (28 dager).

Les hvert spørsmål nøye og svar på alle spørsmålene. Spørsmål 1 til 12: Velg det tallet som du synes passer best.

På hvor mange av de siste 28 dagene ...

(0) Ingen dager (1) 1-5 dager (2) 6-12 dager (3) 13-15 dager
(4) 16-22 dager (5) 23-27 dager (6) Alle dager

1. Har du bevisst prøvd å begrense mengden mat du spiser for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?
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?
3. Har du prøvd å utelukke noen typer mat du liker, for å påvirke din figur eller vekt (uavhengig av om du har klart det eller ikke)?
4. Har du prøvd 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)?
5. Har du hatt et klart ønske om å ha tom mage for å påvirke din figur eller vekt?
6. Har du hatt et klart ønske om å ha en helt flat mage?
7. Har du opplevd at tanker om mat, spising eller kalorier har gjort det veldig vanskelig å konsentrere deg om ting du er interessert i (f.eks. å arbeide, følge en samtale eller lese)?
8. Har du opplevd at tanker om figur eller vekt har gjort det veldig vanskelig å konsentrere deg om ting du er interessert i (f.eks. å arbeide, følge en samtale eller lese)?
9. Har du hatt en klar frykt for å miste kontroll over spisingen din?
10. Har du hatt en klar frykt for at du kan gå opp i vekt?
11. Har du følt deg tykk?
12. Har du hatt et sterkt ønske om å gå ned i vekt?

Spørsmål 13 til 18: Fyll inn passende antall i boksene til høyre. Dersom det ikke er relevant for deg svarer du "0".

Spørsmålene handler kun 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)? _____

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

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)? _____

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

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

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? _____

Spørsmål 19 til 21: Kryss av for 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

- (0) Ingen dager
- (1) 1-5 dager
- (2) 6-12 dager
- (3) 13-15 dager
- (4) 16-22 dager
- (5) 23-27 dager
- (6) Alle dager

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

- (0) Ingen av gangene
- (1) Noen få ganger
- (2) Færre enn halvparten
- (3) Halvparten
- (4) Mer enn halvparten
- (5) De fleste gangene
- (6) Hver gang

21. løpet av de siste 28 dagene, hvor bekymret har du vært for at andre mennesker ser deg spise? Tell ikke med overspisingsepisoder

- (0) 0 - Ikke i det hele tatt
- (1) 1
- (2) 2 - Litt
- (3) 3
- (4) 4 - Ganske mye
- (5) 5
- (6) 6 - Veldig mye

Spørsmål 22 til 28: Velg det tallet som du synes passer best.

Spørsmålene handler kun om de siste fire ukene (28 dagene).

I løpet av de siste 28 dagene ...

(0) Ikke i det hele tatt (1) (2) Litt (3) (4) Ganske mye (5) (6) Veldig mye

22. Har vekten din påvirket hvordan du tenker om (bedømmer) deg selv som person?

23. Har figuren din påvirket hvordan du tenker om (bedømmer) deg selv som person?

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?

25. Hvor misfornøyd har du vært med vekten din?

26. Hvor misfornøyd har du vært med figuren din?

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)?

28. Hvor mye ubehag har du følt ved at andre ser figuren din (f.eks. i offentlige omkleddingsrom, når du svømmer, eller når du har på deg trange klær)?

Nå kommer noen spørsmål til deg som er kvinne

Har du fått din første menstruasjon?

- (1) Ja
(2) Nei

HVIS JA:

Har noen menstruasjoner uteblitt de siste 3-4 månedene?

- (1) Ja
(2) Nei

HVIS JA:

Hvor mange menstruasjoner har uteblitt de siste 3-4 månedene?

HVIS JA:

Har du brukt p-piller, p-plaster, p-ring eller lignende?

- (1) Ja
(2) Nei

Vedlegg 2)

Vennligst kryss av for det alternativet som passer best for deg på hvert av de 10 utsagnene nedenfor:

	Helt enig	Enig	Uenig	Sterkt uenig
1. Jeg er stort sett fornøyd med meg selv	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
2. Noen ganger synes jeg at jeg ikke er god for noen ting	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
3. Jeg synes at jeg har flere gode kvaliteter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
4. Jeg er i stand til å gjøre ting like godt som folk flest	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
5. Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
6. Til tider føler jeg meg ubrukelig	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
7. Jeg føler at jeg er en verdifull person, i det minste på samme nivå som andre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
8. Jeg skulle ønske at jeg hadde mer respekt for meg selv	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
9. Alt i alt er jeg tilbøyelig til å føle meg mislykket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
10. Jeg har en positiv innstilling til meg selv	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

Vedlegg 3)



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Cathrine Finholt, PhD	22857547	15.05.2018	2018/661 REK sør-øst D
			Deres dato:	Deres referanse:
			20.03.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Jorunn Sundgot-Borgen
Norges idrettshøgskole

2018/661 Seksuell trakassering blant elever på toppidrettsgymnas og i vanlig videregående skole

Forskningsansvarlig: Norges idrettshøgskole

Prosjektleder: Jorunn Sundgot-Borgen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet 25.04.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Prosjektets formål er å kartlegge seksuell trakassering blant elever på alle landets toppidrettsgymnas og i et representativt utvalg vanlige videregående skoler. Dette skal gjøres ved to runder med spørreskjema i 1. klasse og 3 klasse, samt ved dybdeintervju i 1. klasse med om lag 8 elever fra begge skoletyper, og som angir opplevd trakassering. Prosjektet kartlegger også en rekke positive og symptomorienterte helsevariabler, og undersøker hva slags sammenhenger det er mellom dem og seksuell trakassering. Prosjektet kartlegger også opplevelse av varsling og ivaretagelse hos de som angir trakassering samt hvilke tiltak de som har trakasseringserfaringer selv anfører som nyttige. Med sitt omfang, design og instrumentering er prosjektet så lang man kjenner til, det mest omfattende på dette området, og kan gi svar på både omfang og relasjoner til helse, men også i hvilken grad idrett kan fremstå som en beskyttende eller risikokontekst for seksuell trakassering.

Vurdering

Det omsøkte prosjektet søker kunnskap om omfanget av seksuell trakassering på toppidrettsgymnas og et utvalg vanlige videregående skoler. Formålet er å finne ut om seksuell trakassering har konsekvenser for deltakelse i idrett, og hvilke konsekvenser det kan ha for psykisk helse. Studien vil også bidra til å etablere kunnskap om omfanget av seksuell trakassering og hvilke tiltak som bør iverksettes for å begrense dette. Deltakerne vil bli bedt om å fylle ut et spørreskjema i 1. klasse og i 3. klasse. Deretter vil et visst antall elever som har opplevd seksuell trakassering bli invitert til et dybdeintervju. Også ledere og trenere vil delta i prosjektet ved å fylle ut spørreskjema. Alle deltakere skal samtykke til å delta.

Komiteen har ingen innvendinger til studien. Komiteen har imidlertid en kommentar til informasjonsskrivet til trenere og rektorer:

- Overskrift og innledning må få frem at studien også gjelder elever som går på allmennfag og ikke kun toppidrettsutøvere.

Komiteen ber også om at i alle informasjonsskrivene må det fremgå klart at studien gjelder seksuell trakassering/uønsket seksuell oppmerksomhet, og ikke kun seksuell trakassering.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

På denne bakgrunn setter komiteen som vilkår for godkjenning at informasjonsskrivene revideres i tråd med komiteens kommentarer og ettersendes til orientering.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. 33 godkjenner komiteen at prosjektet gjennomføres under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

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

Tillatelsen gjelder til 12.12.2021. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 12.12.2026. Forskningsfilen skal oppbevares atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Hege Cathrine Finholt, PhD
Rådgiver

Kopi til: kristian.sollesnes@nih.no
Norges idrettshøgskole ved øverste administrative ledelse: postmottak@nih.no