



UNIVERSITETET I AGDER

Sammenhengen mellom kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd

En tverrsnittstudie blant jenter ved idrettslinjer på
videregående skoler

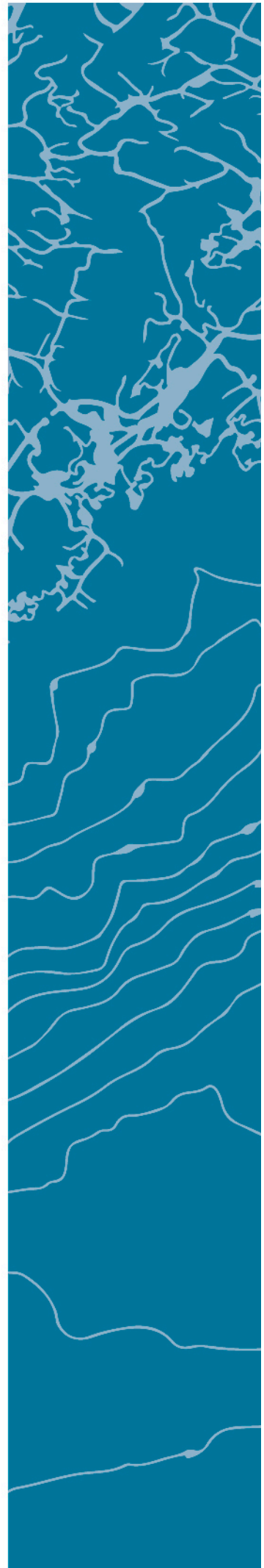
EMMA REGINE SKOGEN STOLINSKI

VEILEDERE

Monica Klungland Torstveit
Tommy Haugen

Universitetet i Agder, 2017

Fakultet for helse –og idrettsvitenskap
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring



Forord

Mine to år som masterstudent i idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder har nå tatt slutt. Årene har vært utrolig lærerike og utfordrende, men det er kanskje spesielt det siste året med oppgaveskriving som har vært en berg-og-dal-bane. Det er godt å være ferdig og det er med blandede følelser jeg vil takke alle som har gjort hele skriveprosessen mulig.

Først og fremst vil jeg takke mine to veiledere; Monica K. Torstveit og Tommy Haugen. Deres ekspertise og engasjement for to ulike fagområder har utvilsomt vært til stor nytte i mitt masterprosjekt, og ikke minst, min læreprosess. Tusen takk for god veiledning, konstruktive kommentarer, oppmuntrende ord og godt humør.

Jeg vil takke Kethe Engen og Christine Sundgot-Borgen som har bidratt stort med datainnsamling og inkludert meg i deres prosjekt. Dere er veldig hyggelige og behjelpelige. Lykke til videre!

En takk til mine medstudenter (som har blitt gode venner) for faglige diskusjoner, et trygt miljø og en god latter. Dere har alltid hjulpet meg da det har vært behov. Jeg setter stor pris på dere.

Tusen takk til mine venner, spesielt til Marte og Marie, som alltid heier på meg og som vet når jeg trenger et lite avbrekk, masse latter og en stor klem.

Til slutt vil jeg takke mamma og pappa - dere stiller alltid opp og støtter meg i det jeg velger å gjøre. Takk for at dere er så tålmodige og snille med meg.

Kristiansand, mai 2017

Emma S. Stolinski

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt

Det ser ut til at forekomst av forstyrret spiseatferd hos idrettsaktive jenter er høyere enn hos ikke-utøvere og at en negativ kroppsopplevelse kan direkte ses i sammenheng med forstyrret spiseatferd. Masterprosjektets hovedmål var å undersøke sammenhengen mellom kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos jenter ved idrettslinjer på videregående skoler. Videre var det av interesse å kartlegge forekomst av selvrapportert forstyrret spiseatferd og grad av negativ kroppsopplevelse.

Metode

Denne tverrsnittstudien tok utgangspunkt i «Healthy Body Image»-prosjektet (HBI) og resultater var basert på pretestdata innsamlet høsten 2016. Jentene ($N = 104$) var elever ved videregående skoler i Oslo og Akershus som gikk på idrettslinje 2. trinn. Gjennomsnittsalder var 16.7 år ($SD = .4$). Det ble kun inkludert utvalgte instrumenter fra HBI-spørreskjemaet som var sentrale for masterprosjektets formål. En Pearsons produktmomentkorrelasjonsanalyse og en lineær multippel regresjonsanalyse ble gjennomført.

Resultater

Det var en signifikant, positiv korrelasjon mellom negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd. En negativ kroppsopplevelse i form av ønske om en slank kropp eller press fra media kunne predikere forstyrret spiseatferd med 59 %. Videre funn viste forekomst av forstyrret spiseatferd på 19 % og en høy grad av negativ kroppsopplevelse hos jentene.

Konklusjon

Det virker som det er samsvar mellom negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd, og at sosiokulturelt press påvirket jentene. Ulike forebyggende tiltak burde iverksettes for å redusere forekomst av forstyrret spiseatferd og negativ kroppsopplevelse.

Nøkkelord: Trening, kroppsbilde, spiseforstyrrelser, jenter, idrettsutøvere

Summary

Background and purpose

It seems that the prevalence of disordered eating among athletes is higher than non-athletes and that a negative body experience can be directly seen in the context of disordered eating. The main purpose of the present master's project was to examine the association between body experience and disordered eating among girls in sport programs in high school. Further, it was of interest to investigate the prevalence of self-reported disordered eating and the extent of negative body experience.

Method

This cross-sectional study was an elaboration of the «Healthy Body Image»-project (HBI) and the results was based on pre-test data collection in the autumn 2016. The girls ($N = 104$) were second-year students in high schools in Oslo and Akershus. Mean age was 16.7 years old ($SD = .4$). Selected instruments from the HBI-questionnaire which were central to the purpose of the master's project were included. A Pearson's product-moment correlation analysis and a multiple linear regression analysis were conducted.

Results

The results showed a significant positive correlation between negative body experience and disordered eating. A negative body experience, like the desire for a lean body or pressure from media, could predict disordered eating by 59 %. Further, 19 % of the girls had disordered eating and a high level of negative body experience.

Conclusion

It seems that there is an association between a negative body experience and disordered eating, and that socio-cultural pressure affected the girls. Various preventive measures should be implemented to reduce the prevalence of disordered eating and negative body experience.

Key words: Training, body image, eating disorders, girls, athletes

Tabelloversikt

TABELL 1. DSM-V DIAGNOSTISKE KRITERIER FOR ANOREXIA NERVOSA.....	6
TABELL 2. DSM-V DIAGNOSTISKE KRITERIER FOR BULIMIA NERVOSA	7
TABELL 3. DSM-V DIAGNOSTISKE KRITERIER FOR OSFED.....	8
TABELL 4. IKKE-IDRETTLIGE OG IDRETTLIGE RISIKOFAKTORER FOR Å UTVIKLE FSA OG SF.	11
TABELL 5. MULIGE PSYKOLOGISKE OG FYSIOLOGISKE SYMPTOMER OG KONSEKVENSER AV FSA ELLER SF	13
TABELL 6. OVERSIKT OVER ET UTVALG STANDARDISERTE MÅLEINSTRUMENTER FOR KARTLEGGING AV FSA OG SF	16
TABELL 7. OVERSIKT OVER ET UTVALG STANDARDISERTE MÅLEINSTRUMENTER FOR KARTLEGGING AV FAKTORER SOM PÅVIRKER KROPPSOPPLEVELSE	25
TABELL 8. OVERSIKT OVER ET UTVALG STUDIER SOM SER PÅ FSA ELLER SF HOS KVINNELIGE IDRETTSUTØVERE PÅ VGS.....	29
TABELL 9. OVERSIKT OVER ET UTVALG STUDIER SOM SER PÅ KROPPSOPPLEVELSE HOS FYSISK AKTIVE ELLER IDRETTSAKTIVE JENTER PÅ VGS.....	32
TABELL 10. OVERSIKT OVER ET UTVALG STUDIER SOM SER PÅ KROPPSOPPLEVELSE OG FSA ELLER SF HOS UNGE, KVINNELIGE IDRETTSUTØVERE	34
TABELL 11. PRINSIPAL KOMPONENTANALYSE, CRONBACH'S ALPHA OG FORKLART VARIANS AV EDE-Q11.....	46
TABELL 12. PRINSIPAL KOMPONENTANALYSE, CRONBACH'S ALPHA OG FORKLART VARIANS AV DLS ...	47
TABELL 13. PRINSIPAL KOMPONENTANALYSE, CRONBACH'S ALPHA OG FORKLART VARIANS AV SATAQ-4.....	47
TABELL 14. DESKRIPTIVE DATA HOS UTVALGET I STUDIEN.....	48
TABELL 15. BIVARIAT KORRELASJON (PEARSON R) MELLOM SENTRALE KONTINUERLIGE VARIABLER ..	49
TABELL 16. PREDIKSJON AV FORSTYRRET SPISEATFERD.....	50

Figuroversikt

FIGUR 1. KONTINUUM; FORSTYRRET SPISEATFERD OG SPISEFORSTYRRELSE.....	5
FIGUR 2. KROPPSOPPLEVELSE ILLUSTRERT SOM ET MULTIDIMENSJONALT KONSTRUKT	19
FIGUR 3. ANTATTE FORLØPERE OG KONSEKVENSER AV NEGATIV KROPPSOPPLEVELSE	23
FIGUR 4. ILLUSTRASJON AV MASTERPROSJEKTETS DESIGN MED UTGANGSPUNKT I HBI-DESIGNET	38
FIGUR 5. PROSESSDIAGRAM SOM VISER INKLUSJON OG EKSKLUSJON AV DELTAKERE TIL ANALYSER I MASTERPROSJEKTET	39

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag	II
Summary	III
Tabelloversikt	IV
Figuroversikt.....	V
1.0 Introduksjon	1
1.1 Innledning	1
1.2 Prosjektets mål.....	2
1.3 Avgrensninger	3
2.0 Teori	4
2.1 Fysisk aktivitet og trening	4
2.1.1 Begrepsavklaring.....	4
2.1.2 Helsegevinster	4
2.2 Forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser	4
2.2.1 Definisjoner.....	4
2.2.2 Generell forekomst i befolkningen.....	8
2.2.3 Forekomst hos kvinnelige idrettsutøvere	9
2.2.4 Risikofaktorer.....	10
2.2.5 Komplikasjoner	12
2.2.6 Måleinstrumenter	14
2.3 Kroppsopplevelse	19
2.3.1 Begrepsavklaringer	19
2.3.2 Kroppsopplevelse blant jenter og kvinner.....	21
2.3.3 Konsekvenser av negativ kroppsopplevelse.....	22
2.3.4 Fordeler ved positiv kroppsopplevelse.....	23
2.3.4 Måleinstrumenter	24
2.4 Tidligere forskning	28
2.4.1 Forstyrret spiseatferd hos kvinnelige idrettsutøvere på VGS	28
2.4.2 Kroppsopplevelse hos kvinnelige idrettsutøvere på VGS.....	31
2.4.3 Kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos kvinnelige idrettsutøvere VGS	32
3.0 Metode.....	37
3.1 Metodevalg og – design.....	37
3.1.1 Hovedprosjektet «Healthy Body Image»	37
3.1.2 Masterprosjektet.....	37
3.2 Utvalg	39
3.2.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier.....	39
3.3 Datainnsamling og instrumenter.....	39
3.3.1 Eating Disorder Examination Questionnaire	40
3.3.2 Drive for Leanness Scale	41
3.3.4 Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4	41

3.4 Validitet og reliabilitet.....	42
3.5 Databehandling.....	43
3.5.1 Bakgrunnsvariabler.....	43
3.5.2 Statistiske verktøy.....	44
4.0 Resultater.....	46
4.1 Preliminære analyser.....	46
4.2 Deskriptiv statistikk og korrelasjon.....	48
4.3 Prediksjon av forstyrret spiseatferd.....	50
5.0 Diskusjon.....	51
5.1 Diskusjon av resultater.....	51
5.1.1 Forstyrret spiseatferd.....	51
5.1.2 Kroppsopplevelse.....	54
5.1.3 Kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd.....	57
5.2 Diskusjon av metode.....	59
5.2.1 Tverrsnittstudie.....	59
5.2.2 Utvalg.....	60
5.2.3 Datainnsamling og instrumenter.....	61
5.2.4 Bias ved selvrappotering.....	63
5.2.5 Statistiske analyser.....	64
5.3 Praktiske implikasjoner og videre forskning.....	65
6.0 Konklusjon.....	67
7.0 Referanseliste.....	68
8.0 Vedlegg.....	VI

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Kvinnelige idrettsutøvere er ofte assosiert med en sterk kropp, god helse, godt humør og høy selvtillit (Pettersen, Hernæs, & Skårderud, 2016). Dette er ikke uvanlig da fysisk aktivitet gir en rekke fysiologiske og psykologiske helsegevinster (Kong & Harris, 2015; Martinsen et al., 2014). I denne kontekst kan idrettsutøvere bli sett på som et «ideal» av fysisk perfeksjon (de Oliveira Coelho, de Abreu Soares, & Ribeiro, 2010; Martinsen, Bratland-Sanda, Eriksson, & Sundgot-Borgen, 2010). Til tross for at helsegevinstene er mange, er ikke livet for idrettsutøvere helt risikofritt (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). En utøvers kropp blir sett på som et redskap for å prestere, og ved siden av trening og konkurranser er mat og ernæring en viktig del av idrettsprestasjonene (Giel et al., 2016). Et rigid trenings – og kostholdsregime er for mange utøvere en del av hverdagen, og i noen idretter vil det å opprettholde en relativt lav kroppsvekt og lav prosent kroppsfett mulig kunne forbedre prestasjoner (Augestad & Flanders, 2002; Pettersen et al., 2016; Sundgot-Borgen, 1994). Å være misfornøyd med kroppsfasong og kroppsvekt er ikke et ukjent fenomen i idrettsmiljøene, og mange kvinnelige utøvere opplever det utfordrende å tilpasse seg de fysiske kravene (Plateau, Arcelus, Leung, & Meyer, 2017). Et sterkt fokus og press rundt kroppsvekt og utseende har blitt ansett som en risikofaktor for å kunne utvikle negativ kroppssopplevelse hos utøvere (Carrigan, Petrie, & Anderson, 2015). Videre er det sett at den negative kroppssopplevelsen kan lede til en utvikling av et usunt forhold til mat, kroppsvekt, utseende og mengde fysisk aktivitet og trening (Carrigan et al., 2015; Martinsen et al., 2014; Rosendahl, Bormann, Aschenbrenner, Aschenbrenner, & Strauss, 2009). Et sterkt ønske og driv for fysisk aktivitet har, blant annet, lenge vært et prominent kjennetegn for mange pasienter med spiseforstyrrelser (Meyer, Taranis, Goodwin, & Haycraft, 2011). Forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser kan ha svært ødeleggende effekt på idrettsutøvers helse og prestasjoner (Joy, Kussman, & Nattiv, 2016) og er forbundet med redusert livskvalitet (Fay & Lerner, 2013; Stice, 2002).

Kvinnelige utøvere involverer seg i større grad i overdreven fysisk aktivitet og patologiske metoder for å gå ned i vekt, sammenlignet med mannlige utøvere (Kong & Harris, 2015). Det er spesielt hos utøvere i pubertetsalder at forstyrret spiseatferd vanligvis oppstår (Martinsen et al., 2010). Jenter i ungdomsalder finner seg selv i en spesielt sårbar utviklingsperiode der de møter en rekke generelle, så vel som idrettslige, utfordringer og endringer. I denne konteksten

kan forstyrret spiseatferd ikke bare oppstå som et ønske om å påvirke kroppsvekt – og fasong, men også som en dysfunksjonell strategi for å håndtere de psykososiale utfordringene i idretten (Giel et al., 2016). Jenter som deltar idrett risikerer i større grad å utvikle forstyrret spiseatferd sammenlignet med jevnaldrende jenter som ikke deltar i idrett (Pettersen et al., 2016; Quatromoni, 2008).

Det er vanskelig å fastslå en presis forekomst av negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos jenter ved idrettslinjer på videregående skoler (VGS) grunnet ulike forskningsmetoder, varierende utvalg, ulike instrumenter og flere definisjoner på forstyrret spiseatferd eller spiseforstyrrelser (Torstveit, Aagedal-Mortensen, & Stea, 2015). Det ser ut til at forstyrret spiseatferd forekommer hos ca. 10 – 20 % av idrettsaktive jenter på VGS, og er spesielt fremtredende hos jenter i idretter der enten en slank kroppsfasong eller vekt kategorier er sentrale (Rosendahl et al., 2009; Torstveit, Rosenvinge, & Sundgot-Borgen, 2008; Torstveit et al., 2015). Andre hevder at idrettsaktive jenter på VGS ikke står i spesiell fare for å utvikle forstyrret spiseatferd (Roberts, Glen, & Kreipe, 2003). Det ser ut til at det er mangel på forskning som vektlegger komponenten negativ kroppsopplevelse, men i stedet undersøker forstyrret spiseatferd hos idrettsaktive jenter på VGS. Derfor er det viktig å betrakte forstyrret spiseatferd i lys av negativ kroppsopplevelse. Totalt sett antydes det at idrettsaktive jenter generelt sett ikke er mer utsatt for forstyrret spiseatferd eller spiseforstyrrelser enn andre jevnaldrende jenter, men synes å tilhøre en undergruppe som i større grad kan utvikle slik atferd (Giel et al., 2016). Likevel er dette et forskningsområde som stadig behøver nye bidrag da samfunnet utvikler seg, og det er viktig å kunne innhente ny og oppdatert kunnskap i kartleggingen og diagnostiseringen av negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd.

1.2 Prosjektets mål

Da negativ kroppsopplevelse, sammen med et forstyrret forhold til mat og trening, kan redusere jenters livskvalitet, er det viktig å kartlegge grad av negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos jenter ved idrettslinjer på VGS. Denne mastergradsavhandlingen er et selvstendig prosjekt som tok utgangspunkt i deler av «Healthy Body Image», en intervensjonsstudie med mål om å fremme positiv kroppsopplevelse.

Hovedmålet med masterprosjektet var å undersøke sammenhengen mellom kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd. Det var også av interesse å kartlegge forekomst av forstyrret spiseatferd og grad av negativ kroppsopplevelse.

Med bakgrunn i dette er følgende hoved –og underproblemstillinger formulert:

- Er det en sammenheng mellom negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos jenter ved idrettslinjer på VGS?
- Hva er forekomsten av forstyrret spiseatferd hos jentene?
- I hvilken grad opplever jentene negativ kroppsopplevelse?

Knyttet til masterprosjektets problemstillinger ble det utviklet følgende hypotese:

1. Det er en positiv sammenheng mellom negativ kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos jenter ved idrettslinjer på VGS

1.3 Avgrensninger

Da forstyrret spiseatferd og kroppsopplevelse er store og omfattende begreper var det nødvendig å avgrense masterprosjektets omfang. Definisjon av begrepene og hvordan begrepene blir brukt i dette prosjektet vil presenteres i teorikapittelet. Prosjektet så kun på hva som «rørte seg» hos idrettsaktive jenter på VGS på et gitt tidspunkt, med tanke på begrepsmatikk. Det ble ikke tatt i bruk et utvalg for sammenligning da beskrivelse av andre utvalg ikke var av interesse. Måleinstrumenter brukt i masterprosjektet er avgrenset til hva som allerede var valgt i hovedprosjektet «Healthy Body Image». Som en konsekvens av dette ble diagnosekriterier for forstyrret spiseatferd avgrenset til cutoff-score tilhørende det eneste instrumentet som målte forstyrret spiseatferd. Ytterligere diagnosekriterier, annet enn sammenligning av kroppsmasseindeks, ble ikke inkludert grunnet forskjellige problemstillinger og mål i hovedprosjektet og dette masterprosjektet.

2.0 Teori

2.1 Fysisk aktivitet og trening

2.1.1 Begrepsavklaring

Fysisk aktivitet (FA) blir definert som «any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure» (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985, p. 126). Å være fysisk aktiv omhandler derfor alt fra å gå til butikken, rengjøre i hjemmet og å spille fotball. FA og trening er begreper som er mye brukt om hverandre. FA, som omhandler et vidt spekter av bevegelse satt i gang av skjelettmuskulatur, skiller seg fra *trening* som er planlagt, systematisk og gjentakende FA (Lohne-Seiler & Torstveit, 2012) for å utvikle, forbedre eller vedlikeholde ferdigheter, form eller helse (Shephard & Bouchard, 1994). Idrettsutøvere trener for å bedre mestre ulike øvelser i idrett, eller for å vedlikeholde de evner utøverne allerede har.

2.1.2 Helsegevinster

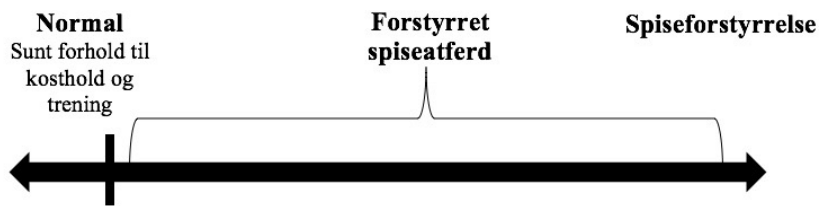
Det å være i regelmessig FA kan i betydelig grad redusere risikoen for prematur død (Karlsson, Bahr, & Helsedirektoratet, 2008). Å være fysisk aktiv gjennom trening, idrett og friluftsliv vil kunne gi flere helsegevinster (Bratland-Sanda, 2012). FA motvirker «aldringen» som finner sted dersom vi ikke holder oss i aktivitet. FA gir positiv innvirkning på hjertet, lunger og kretsløpssystemet (kondisjon) (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006), muskulatur (styrke) (Strong et al., 2005), stoffskiftet (omsetning av fett, karbohydrat og proteiner) (Janssen & LeBlanc, 2010), motoriske ferdigheter (hurtighet, balanse, koordinasjon og reaksjonsevne) (Stodden et al., 2008) og skjelett, sener, ledd og bånd (beinmasse, bevegelighet, vevsstyrke og elastisitet) (Anderssen & Stromme, 2001; Meen, 2000). FA vil styrke kroppens evne til å tåle påkjenninger, både fysiske og psykiske (Biddle & Asare, 2011; Fox, 1999).

2.2 Forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser

2.2.1 Definisjoner

Forstyrret spiseatferd (FSA) forekommer i et spekter av holdninger og atferd (Skårderud, 2004). Dette omhandler alt fra overopptatthet av kroppsvekt og kroppsfasong, til et strengt forhold til mat, bruk av dietter, – men også overspising, oppkast, bruk av vann – og

avføringsdrivende midler og slankepiller, der endepunktet er spiseforstyrrelser (Torstveit et al., 2015). Den egenutviklede figur 1 nedenfor illustrerer dette kontinuumet.



Figur 1. Kontinuum; forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser (SF) anses som alvorlige forstyrrelser hos en persons holdninger og atferd omkring mat og spising (American Psychiatric Association, 2013). Skårderud (2004) beskriver SF som når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å avgrense livsutfoldelsen og nedsette livskvaliteten. For å diagnostiseres må man imidlertid oppfylle gitte kriterier. Diagnostikken avhenger av hvilke diagnosesystemer som anvendes (Skårderud, 2004). Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet systemet ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (World Health Organization, 2004). Dette er diagnosesystemet brukt i Norge (Statens Helsetilsyn & World Health Organization, 1999). I vitenskapelige sammenhenger brukes i hovedsak det amerikanske DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 2013; Skårderud, 2004). Begge disse systemene legger vekt på den psykiske komponenten ved spiseforstyrrelser. Diagnosene er ikke absolutte størrelser, men noe som endrer seg med tid og kultur. Å bevege seg mellom de ulike diagnosene er ikke uvanlig, og det betyr ikke nødvendigvis at individet er mindre plaget (Skårderud, 2004).

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa (AN) er en alvorlig psykiatrisk sykdom med betydelige psykologiske og fysiologiske virkninger (Gledhill et al., 2016). Ved de mest alvorlige tilfellene kreves sykehusinnleggelse og mange assosierer AN med høy dødelighet (Roux et al., 2016). Sykdommen karakteriseres av en forstyrret oppfatning av kroppsstørrelse, en sykkelig frykt for vektøkning og vedvarende atferd som forhindrer vektøkning, et ekstremt vekttap og lav kroppsvekt (American Psychiatric Association, 2013; Attia et al., 2013; Gledhill et al., 2016). Pasienter med AN klarer ofte ikke realistisk se hvor tynn man er og kan benekte alvorligheten

av den nåværende lave kroppsvekten (Skårderud, 2004). Tabell 1 viser DSM-V kriteriene for AN.

Tabell 1. DSM-V diagnostiske kriterier for anorexia nervosa

Anorexia Nervosa
A. Restriksjon av energiinntak i forhold til behov, som fører til en signifikant lav kroppsvekt i sammenheng med alder, kjønn, utviklingskurven, og fysisk helse. <i>Signifikant lav vekt</i> er definert som vekt som er mindre enn minimalt normalt eller, for barn og unge, mindre enn minimum forventet.
B. Intens frykt for vektøkning eller bli fet, eller vedvarende oppførsel som forstyrrer vektøkning, selv ved en signifikant lav vekt.
C. Forstyrret opplevelse av egen kroppsvekt og kroppsfasong, upassende påvirkning av kroppsvekt –eller form ved selv vurdering, eller vedvarende mangel av anerkjennelse av alvoret med nåværende lav kroppsvekt.
<p><i>Spesifiser om:</i></p> <p>Restriktiv type: I løpet av de siste 3 månedene har ikke individet tatt del i gjentatte episoder av overspisings –eller rensesesatferd (for eksempel fremprovosert oppkast eller misbruk av avføringsmidler, diuretika eller klyster). Denne subtypen beskriver vekttap utført primært gjennom dietter, fasting og/eller overdreven trening.</p> <p>Overspisings/renselsestype: I løpet av de siste 3 månedene har individet tatt del i gjentatte episoder av overspisings –eller rensesesatferd (for eksempel fremprovosert oppkast eller misbruk av avføringsmidler, diuretika eller klyster).</p> <p><i>Spesifiser hvis:</i></p> <p>Ved ufullstendig bedring: Etter tidligere fullstendig møte kriteriene til anorexia nervosa, Kriterium A (lav kroppsvekt) har ikke blitt møtt for en vedvarende tidsperiode, men enten Kriterium B (intens frykt for vektøkning eller å bli fet, eller oppførsel som forstyrrer vektøkning) eller Kriterium C (forstyrrelser i selvoppfatning av vekt og fasong) fortsatt er tilstede.</p> <p>Ved fullstendig bedring: Etter tidligere fullstendig møte kriteriene for anorexia nervosa, ingen av kriteriene har blitt møtt for en vedvarende tidsperiode.</p> <p><i>Spesifiser nåværende alvorlighetsgrad:</i></p> <p>Det laveste nivået av alvorlighet er basert, for voksne, på nåværende kropps masseindeks (KMI) (se nedenfor) eller, for barn og unge, på KMI prosentil.</p> <p>Mild: KMI ≥ 17 kg/m²</p> <p>Moderat: KMI 16-16.99 kg/m²</p> <p>Alvorlig: KMI 15-15.99 kg/m²</p> <p>Ekstrem: KMI < 15 kg/m²</p>

Note. Referanse: American Psychiatric Association (2013, pp. 338-339).

Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa (BN) defineres som tilbakevendende episoder av overspising etterfulgt av upassende bruk av midler eller atferd for å «rense seg» og hindre vektøkning (American Psychiatric Association, 2013; Skårderud, 2004). Dette inkluderer oppkast, bruk av vann – og avføringsdrivende midler, slankepiller, fasting eller overdreven aktivitet eller trening (American Psychiatric Association, 2013). Pasienter med BN er voldsomt opptatt av kroppsvekt og fasong (American Psychiatric Association, 2013; Statens Helsetilsyn & World

Health Organization, 1999). Mange har en tidligere sykehistorie som anorektiker (Skårderud, 2004). Tabell 2 viser DSM-V kriteriene for BN.

Tabell 2. DSM-V diagnostiske kriterier for bulimia nervosa

Bulimia Nervosa
<p>A. Gjentatte episoder av overspising. En episode av overspising er karakterisert av begge følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spise, i en begrenset tidsperiode (for eksempel innenfor en 2-timers periode), en matmengde som er definitivt større enn hva de fleste personer ville spist i samme tidsperiode under samme omstendigheter. 2. En følelse av mangel på kontroll over spisingen i løpet av episoden (for eksempel en følelse av at man ikke kan stoppe å spise eller kontrollere hva eller hvor mye man spiser).
<p>B. Gjentatt, upassende kompensatorisk oppførsel for å forhindre vektøkning, som fremprovosert oppkast, misbruk av avføringsmidler, diuretika, eller annen behandling; fasting; eller overdreven trening.</p>
<p>C. Både overspisingen og den upassende kompensatoriske oppførselen oppstår, gjennomsnittlig, minst en gang i uken i 3 måneder.</p>
<p>D. Selvvurdering er sterkt påvirket av kroppsfasong og kroppsvekt.</p>
<p>E. Forstyrrelsen forekommer ikke bare i løpet av episoder av anorexia nervosa.</p>
<p><i>Spesifiser hvis:</i> Ved ufullstendig bedring: Etter tidligere fullstendig møte kriteriene for bulimia nervosa, noen, men ikke alle, av kriteriene har blitt møtt for en vedvarende tidsperiode. Ved fullstendig bedring: Etter tidligere fullstendig møte kriteriene for bulimia nervosa, ingen av kriteriene har blitt møtt for en vedvarende periode. <i>Spesifiser nåværende alvorlighetsgrad:</i> Det laveste nivået av alvorlighet er basert på hyppigheten av upassende kompensatorisk oppførsel (se nedenfor). Mild: Gjennomsnittlig 1-3 episoder av upassende kompensatorisk oppførsel per uke. Moderat: Gjennomsnittlig 4-7 episoder av upassende kompensatorisk oppførsel per uke. Alvorlig: Gjennomsnittlig 8-13 episoder av upassende kompensatorisk oppførsel per uke. Ekstrem: Gjennomsnittlig 14 eller flere episoder av upassende kompensatorisk oppførsel per uke.</p>

Note. Referanse: American Psychiatric Association (2013, p. 345).

OSFED og uspesifiserte spiseforstyrrelser

OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorders) er kategorien for lidelser som ikke fullstendig møter kriteriene for AN eller BN men som på en måte hindrer normal funksjon (American Psychiatric Association, 2013). Dette kan være individer med flere symptomer på AN, men som har en vekt som tilsvarer normalvekt, eller individer med tilnærmet BN som ikke oppfyller kravet om ukentlig renselsesoppførsel (Fairburn & Bohn, 2005). I denne diagnosekategorien spesifiseres årsaken til at pasienten ikke møter kriteriene for klinisk SF (American Psychiatric Association, 2013). OSFED oppstår ofte i klinisk praksis og rammer først og fremst jenter i ungdomsårene og unge kvinner (Fairburn & Harrison, 2003). DSM-V kriteriene for OSFED vises i tabell 3.

Tabell 3. DSM-V diagnostiske kriterier for OSFED

Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED)
<p>Denne kategorien konsentrerer seg om symptomer som er karakteristiske for en spiseforstyrrelse som forårsaker klinisk signifikant stress eller svekkelse i sosiale, yrkesmessige, eller andre viktige områder som påvirker funksjon men som ikke fullstendig møter noen av kriteriene til lidelsene i diagnoseklassen for spiseforstyrrelser. OSFED-kategorien blir brukt i situasjoner der en kliniker velger å kommunisere den spesifikke årsaken til at et individ ikke møter kravene til noen spesifikk spiseforstyrrelse. Eksempler på tilstandsbestemmelser som kan bli beskrevet ved å bruke "annen betegnelse" inkluderer følgende:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Atypisk anorexia nervosa: Alle kriteriene til anorexia nervosa er møtt, unntatt, til tross for signifikant vekttap, er individets vekt innenfor eller over normalvekt.2. Bulimia nervosa (med lav tømmingsfrekvens og/eller begrenset varighet): Alle kriteriene for bulimia nervosa er møtt, unntatt at overspisings – og den upassende kompensatoriske oppførselen oppstår gjennomsnittlig mindre enn én gang i uken og/eller i mindre enn 3 måneder.3. Overspisingslidelse (med lav overspisingsfrekvens og/eller begrenset varighet): Alle kriteriene for overspisingslidelse er møtt, unntatt at overspisningen oppstår gjennomsnittlig mindre enn én gang i uken og/eller i mindre enn 3 måneder.4. Renselselidelse: Gjentatt renselsesatferd for å påvirke kroppsvekt eller kroppsfasong (for eksempel fremprovosert oppkast; misbruk av avføringsmidler, diuretika, eller annen medisiner) i fravær av overspising.5. Nattspisingssyndrom: Gjentatte episoder av nattspising, som viser seg ved å spise etter å våkne fra søvn eller ved overdrevent matinntak etter kveldsmåltidet. Individet er bevisst og husker spisingen. Nattspisingen skaper signifikant stress og/eller svekkelse i normal funksjon. Syndromet ligner ingen annen medisinsk lidelse og har ingen effekt av medisiner.

Note. Referanse: American Psychiatric Association (2013, pp. 353-354).

Uspesifiserte SF er kategorien som dreier seg om symptomer som er karakteristiske for SF, som skaper signifikant stress eller svekkelse i sosiale, yrkesmessige, eller andre viktige arenaer i et menneskes liv, men som ikke fullstendig møter diagnosekriterier. Årsaken til at pasienten ikke oppfyller kriteriene for SF blir ikke spesifisert. Dette er ofte grunnet mangelfull informasjon for videre diagnostisering (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.2 Generell forekomst i befolkningen

Det er vanskelig å konkret fastslå forekomsten av FSA og SF da begrepene ofte vil overlape hverandre og det finnes flere ulike diagnoser. Sosiale og kulturelle forskjeller vil kunne påvirke forekomst, samtidig som det finnes flere ulike måleinstrumenter og definisjonene vil variere. Dermed blir det vanskelig å sammenligne på tvers av studier (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Kvinner rapporterer i større grad misnøye med vekt, bruk av dietter for vektkontroll eller renselsesatferd enn sammenlignet med menn

(Striegel-Moore et al., 2009). Kvinner representerer ca. 90 % av dem som søker medisinsk hjelp for SF (Deering, 2001; Joy et al., 2016). Om lag 90 % av tilfellene oppstår før jentene har nådd 25 år (de Oliveira Coelho, da Silva Gomes, Ribeiro, & de Abreu Soares, 2014). Forekomst av SF hos voksne er relativt stabile og lave; AN 0.5 % - 1.0 % (Gledhill et al., 2016) og BN 0.5 % - 3.0 % (Kjelsås, Bjørnstrøm, & Gøtestam, 2004; Swanson et al., 2011). Fordi barn og ungdom tidligere har blitt vurdert ut fra de kliniske kriteriene for SF, har den økte dimensjonen av instrumenter gjort at flere faller inn under OSFED-kategorien, og forekomst av SF hos unge er høyere (14 % - 22 %) (Swanson et al., 2011). Det finnes indikasjoner på at FSA og SF blant barn og unge fortsatt er økende – de utgjør omtrent 40 % av nye tilfeller (Herpertz-Dahlmann, Bühren, & Seitz, 2011).

2.2.3 Forekomst hos kvinnelige idrettsutøvere

Det virker som om utøvere er mer utsatt for å utvikle, og har høyere forekomst av, FSA og SF enn ikke-utøvere (Greenleaf, Petrie, Carter, & Reel, 2009; Joy et al., 2016; Sundgot-Borgen, 1993; Thiemann et al., 2015). Forekomsten av AN hos idrettsutøvere varierer fra 0.5 % til 3.7 % og BN fra 1.1 % til 4.2 % (de Oliveira Coelho et al., 2014). Imidlertid har FSA høyere livstidsforekomst blant kvinnelige idrettsutøvere (de Oliveira Coelho et al., 2014). Forekomsten av FSA og SF vises spesielt i idretter som vektlegger en slank kroppsfasong eller lav kroppsvekt (Giel et al., 2016; Quatromoni, 2017). I idretter der kroppsfasong og kroppsvekt ikke er like viktig, eksempelvis i ballidretter, synes risikoen som lavere (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). I en tidligere studie basert på norske eliteutøvere ($N = 522$) fordelt på 35 idretter mot en kontrollgruppe med ikke-utøvere ($N = 448$), fant Sundgot-Borgen (1993) gjennom spørreskjema, klinisk undersøkelse og intervju, at et signifikant høyere antall utøvere (18 %) enn ikke-utøvere (5 %) hadde SF. I tillegg kom det frem i samme studie, ved å sammenligne data fra spørreskjema mot de kliniske undersøkelsene og intervjuene, at flere utøvere hadde underrapportert FSA (Sundgot-Borgen, 1993). Sundgot-Borgen og Torstveit (2004) fant høyere forekomst av SF hos norske eliteutøvere sammenlignet med kvinnelige ikke-utøvere på samme alder – 20 % av utøverne og 9 % av kontrollene møtte kriteriene for SF. Samtidig viste data at forekomsten av SF hos kvinnelige utøvere i estetiske idretter (42 %) var høyere enn i utholdenhetsidretter (24 %), tekniske idretter (17 %) og ballidretter (16 %) (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Hos kvinnelige utøverne synes det som at forekomst av FSA har spesielt utmerket seg i idretter med vektklasser (eksempelvis judo, taekwondo og roing), estetiske idretter (gymnastikk, ballet, kunstløp) eller idretter der en lav kroppsmasse ses som fordelaktig (løp eller sykling) (Giel et al., 2016; Joy et al., 2016). En undersøkelse blant unge, kvinnelige ballettdansere i det kroatisk nasjonalteateret viste at 63 % hadde prøvd å gå ned i vekt i løpet av karrieren deres, og hvorav 32 % av utøverne hadde prøvd vektreduksjon tre eller flere ganger (Peric, Zenic, Sekulic, Kondric, & Zaletel, 2016). For noen utøvere, som for eksempel brytere, er vektreduserende tiltak en viktig del av forberedelsene før konkurranse og ses på som en del av idrettens egenart (Dubnov-Raz, Mashiach-Arazi, Arieli, Raz, & Constantini, 2016; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Resultater fra Greenleaf et al. (2009) viste at kvinnelige collegeutøvere rapporterte oppkast (5.9 %), bruk av diuretika (4.4 %) og lakserende midler (1.0 %). Giel et al. (2016) fant at 12.4 % av det kvinnelige utvalget ($M = 16.3$ år) i deres studie hadde konstant vektregulerende atferd, der 6.6 % tydde til metoder for å kompensere for vektøkning (fasting, oppkast eller lignende). Negative tanker omkring egen kropp var spesielt tydelig hos jenter i tekniske idretter (19.5 %), estetiske idretter (17.9 %) og utholdenhetsidretter (12.7 %) (Giel et al., 2016).

Generelt er det i løpet av det siste tiåret gjort betydelige fremskritt med hensyn til kartlegging og forebyggende programmer for kvinnelige idrettsutøvere med FSA og SF (Stice, South, & Shaw, 2012). I en norsk intervensjonsstudie av Martinsen et al. (2014), der målet var å forhindre nye tilfeller av SF og symptomer relatert til FSA hos jenter på toppidrettsgymnas, ble det funnet en signifikant reduksjon av FSA og SF. Forekomst av SF hos jentene i intervensjonsgruppen ble redusert fra 10.3 % ved intervensjonsstart til 1 % ved intervensjonsslutt ett år senere (Martinsen et al., 2014). Den totale forekomsten av SF hos jentene i kontrollskolene (som også var elever ved toppidrettsgymnas) hadde derimot en økning (ca. 13 %). Det var ingen nye tilfeller av SF hos jentene i intervensjonsgruppen (Martinsen et al., 2014).

2.2.4 Risikofaktorer

Idrett og SF kan ses på som «søskenkulturer» – de er bygget rundt samme premisser; kroppen blir brukt som redskap for å prestere og oppnå suksess, samtidig som kosthold, ernæring og kroppssammensetning vektlegges i stor grad. I tillegg handler både SF og idrett om å nå konkrete og definerte mål (Skårderud, 2004). FSA og SF hos både idrettsutøvere og ikke-

utøvere kan forklares gjennom ulike risikofaktorer; disponerende faktorer (personlighet, familieforhold, kultur), utløsende faktorer (tidlig pubertet, store prestasjonskrav, skader) og vedlikeholdende faktorer (godkjennelse av trener, opplevd suksess) (Skårderud, 2004; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Det å være idrettsutøver i seg selv trenger nødvendigvis ikke være en risikofaktor for å utvikle FSA eller SF (Sudi et al., 2004). Et ønske om slankhet eller lettvektig kropp kan ses på som todelt; idrettsutøvere kan bli utsatt for et generelt samfunnsmessig press og det kan det i tillegg oppleves et idrettsspesifikt press rundt kropp for å prestere bra i idrett (Byrne & McLean, 2001). Idrettsmiljøer kan derfor fungere som en risikokultur for å utvikle FSA, samtidig som personer som er predisponerte for FSA eller SF aktivt søker seg inn i idrettsmiljøer fordi det er attraktivt (Skårderud, 2004). Tabell 4 viser en oversikt over ulike risikofaktorer som kan føre til FSA og SF.

Tabell 4. Ikke-idrettslige og idrettslige risikofaktorer for å utvikle FSA og SF.

Ikke-idrettslige faktorer (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004)	Idrettslige faktorer
<p><i>Generelle og sosiale faktorer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kjønn og alder - Rase/etnisitet <p><i>Familiære faktorer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Overvekt hos foreldre - Psykopatologi hos foreldre - Interaksjon i familien/kommunikasjon i familien <p><i>Utviklende faktorer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ungdomsalder - Premorbid overvekt, høyere kroppsmasseindeks - Matkresen i barndomsalder, problemer med mat - Utfordrende å fø barnet og fordøyelsvansker - Mobbing/kritiske kommentarer rundt kropp og vekt - Tidlig pubertal modning - Angstlidelser i barndom - Uønskede eller stressende hendelser i livet - Seksuell eller fysisk misbruk <p><i>Psykologiske og atferdsmessige faktorer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dietter, behersket spising - Overopptatt av vekt, kroppsfasong, misnøye ved egen kropp, høyt ønske om slank kropp - Lytter ikke til egen kropp - Lav selvtillit - Perfeksjonisme, tvangsmessig atferd - Depresjon, angstlidelser, alkohol – eller stoffmisbruk - Følelsesmessig ustabilitet - Selvbevissthet <p><i>Biologiske faktorer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetikk - Nevroendokrine og metabolske forstyrrelser - Endringer i reseptortetthet - Endringer i hjertets aktivitet - Endring i regulering av sult og metthet 	<ul style="list-style-type: none"> - Personlighetstrekk (blant annet perfeksjonisme, lav selvtillit, konkurranseinstinkt) (de Oliveira Coelho et al., 2014; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010) - Deltakelse i idretter der slank kropp og lav kroppsvekt er sentralt (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004) - Press om vektreduksjon eller ønske om å bli slankere for å forbedre prestasjoner (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010) - Dietter som del av forberedelse før konkurranse (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004) - For tidlig idrettsspesialisering (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010) - Idrettsskader, overtrening og sykdom (Sundgot-Borgen, 1994; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010) - Treners atferd og innflytelse (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010) - Negativ sosiokulturell påvirkning (venner, media, og lignende) på kroppsbilde og slanketips (Sundgot-Borgen, 1994) - Økt treningsvolum og ekstrem trening (Sundgot-Borgen, 1994) - Trener-utøverforhold (Sundgot-Borgen, 1994) - Dårligere prestasjoner (Skårderud, 2004) - Berømmelse og aksept hos jevnaldrende (Skårderud, 2004) - Angst i forhold til idretten (Holm-Denoma, Scaringi, Gordon, Van Orden, & Joiner, 2009)

2.2.5 Komplikasjoner

Det finnes både helse – og prestasjonskonsekvenser ved FSA og SF (Joy et al., 2016). Underernæring vil, spesielt i lengre perioder, gi alvorlige konsekvenser for mange av kroppens systemer (Mountjoy et al., 2014). For unge idrettsutøvere kan FSA og SF føre til livsvarig fysiologisk og psykologisk sykkelighet (Rome et al., 2003). Belastningene på kroppen er store og de kroppslige symptomene eller skadene kan i verste fall være dødelige (Skårderud, 2004). SF regnes som en av de mentale forstyrrelsene med høyest dødelighet (Joy et al., 2016). Blant idrettsutøvere med SF er dødsforekomst enda ikke kjent, men 5.4 % ($N = 5$) av de diagnostiserte utøverne i en norsk studie rapporterte selvmordsforsøk (Sundgot-Borgen, 1994).

Psykologiske og fysiologiske konsekvenser

Tabell 5 presenterer mulige psykologiske og fysiologiske konsekvenser av FSA eller SF. En utøver trenger ikke nødvendigvis rammes av alle de nevnte konsekvensene til tross for påvist FSA eller SF. Det vil som regel skje en normalisering i kroppsfunksjoner når man er fri fra symptomer (Skårderud, 2004).

Tabell 5. Mulige psykologiske og fysiologiske symptomer og konsekvenser av FSA eller SF

Psykologiske konsekvenser	Fysiologiske konsekvenser	
<ul style="list-style-type: none"> • Følelsesmessig ustabilitet • Senket stemningsleie • Sløvhet • Asosialitet • Nedsatt konsentrasjonsevne og hukommelse • Økt opptatthet av mat • Tap av sultfølelse • Tvangshandlinger og –ritualer • Bisarr atferd • Apati • Irritabilitet 	<p><i>Væske og elektrolyttbalansen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektrolyttforstyrrelser • Dehydrering • Hypokalemi <p><i>Hjerte og kar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rytmeforstyrrelser • Hjertestans • Hypotensjon • Bradykardi • Akrocyanose • Nedsatt kroppstemperatur <p><i>Muskulatur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Muskel tretthet • Muskeltap • Stivhet og stølhet <p><i>Mage og tarm</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Knipsmerter • Kolikkplager • Tidlig metthetsfølelse • Forstoppelse • Luftsmerter og oppblåsthet • Fordøyelsesbesvær • Kvalme og brekninger <p><i>Dermatologisk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Håravfall • Lanugohår • Gulaktig hudfarge • Blå og kalde hender og føtter • Skade på fingrene (ved selvutløst oppkast) • Arr og sår etter selvskadning • Tørt hår og tørr hud 	<p><i>Hormoner</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nedsatt østrogennivåer • Forstyrret menstruasjon eller amenoré • Veksthemning • Forsinket pubertal utvikling • Lavt blodsukker • Forhøyet kortisolnivå • Mangel på kalsium og vitamin D <p><i>Skjelett</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Osteopeni • Osteoporose • Stressbrudd <p><i>Blod og immunforsvaret</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemi • Jernmangel • Leukopeni • Nedsatt allmenntilstand • Økt blødningstendens <p><i>Munn og ansikt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Skader på tenner • Tenner kan løsne • Sår i munnhule og munnviker • Spiserørskatarr • Hevelse i spyttkjertlene <p><i>Andre konsekvenser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Svimmelhet • Søvnløshet • Mangelsykdommer • Nyreskader • Urinveisinfeksjon • Vekttap og vektsvingninger • Glukoseintoleranse

Note. Referanser: Gualandi (2013); Mehler, Birmingham, Crow, and Jahraus (2010); Mountjoy et al. (2014); Palla and Litt (1988); Skårderud (2004).

Idrettslige prestasjonskonsekvenser

Idrettsutøvere med påvist klinisk SF burde utelukkes fra idretten for å redusere ytterligere helseskader (Joy et al., 2016). For utøvere som akkurat faller utenfor denne kategorien og likevel forblir i idretten, kan deres prestasjoner i stor grad svekkes av FSA og andre symptomer på SF. Å hele tiden nekte for sult, være besatt av mat, være pinefull ovenfor kropp og frykte høy kroppsvekt er mentalt utmattende og ikke forenelig med god idrettsprestasjon (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Dersom energitilgjengeligheten blir for lav vil det kunne

påvirke en rekke prestasjonsvariabler (Joy et al., 2016). Idrettsutøvere med FSA eller SF kan oppleve næringsmangel og påfølgende mangelsykdommer. Reduserte glykogenlagre og dehydrering vil kunne oppstå dersom væskeinntaket blir redusert gjennom for eksempel fremprovosert oppkast eller bruk av vandrivende midler. Som en konsekvens vil dette kunne lede til sløvhets, dårlig konsentrasjon, irritabilitet og svekket dømmekraft (Mountjoy et al., 2014). Dehydrering kan også påvirke temperaturreguleringen i kroppen og blodsirkulasjonen. Dersom utøveren ikke fullstendig klarer å regulere sin egen kroppstemperatur under trening eller konkurranse, gir dette økt risiko for overoppheting og heteslag (McArdle, Katch, & Katch, 2010). Redusert beinmasse vil negativt påvirke beinhelsen til utøverne og faren for idrettsskade blir større (Nattiv et al., 2007). Hos idrettsaktive jenter på VGS ser det ut til at utøvere som rapporterer FSA har dobbelt så stor sjans for å få en idrettsskade enn utøvere som rapporterer normal spiseatferd (Thein-Nissenbaum, Rauh, Carr, Loud, & McGuine, 2011). Redusert næringsinntak på grunn av FSA vil dessuten kunne redusere muskelstyrken, koordinasjonen vil kunne bli dårligere og utholdenhetsevnen vil kunne svekkes (Mountjoy et al., 2014). Treningsrespons og idrettsprestasjoner synes å påvirkes i negativ retning dersom idrettsutøver har FSA eller SF (Skårderud, 2004). Tidligere studier har også funnet at uregelmessig menstruasjon er sterkt relatert til FSA og SF (Cobb et al., 2003; VanHeest, Rodgers, Mahoney, & De Souza, 2014).

2.2.6 Måleinstrumenter

For å gjøre det lettere å identifisere unge jenter med FSA som står i fare for å utvikle SF, og ikke minst diagnostisere de som faktisk har SF, er det utviklet mange forskjellige måleinstrumenter. Instrumentene må tydeliggjøre hva som er formålet og hvilken målgruppe de sikter til. Et instrument som er validert for en type populasjon vil kanskje ikke fungere like bra på en annen målgruppe (Jacobi, Abascal, & Taylor, 2004). Resultater fra instrumenter brukt på voksne kan variere fra resultater hos barn eller ungdom (Offord, Kraemer, Kazdin, Jensen, & Harrington, 1998). De ulike instrumentene og metodene for å måle FSA og SF kan være selvrapporteringsskjemaer, observasjon, sjekklister på symptomer, standardiserte testmåltider eller kliniske intervjuer (Black & Wilson, 1996; Garner & Garfinkel, 1982; Gross, Rosen, Leitenberg, & Willmuth, 1986). Gullstandarden for kartlegging er en kombinasjon av spørreskjemaer eller skalaer og intervju av en kliniker (Keski-Rahkonen et al., 2006).

Eating Disorder Examination (EDE), utviklet av Cooper og Fairburn (1987), er et semistrukturert, klinisk intervju som brukes for å kartlegge SF. Intervjuet er designet for å vurdere hele spekteret av den spesifikke psykopatologi ved SF. EDE kartlegger bekymring omkring spising, kroppsfasong og kroppsvekt de foregående 28 dager (Binford, Le Grange, & Jellar, 2005). Intervjuet viser høy reliabilitet og validitet (Cooper, Cooper, & Fairburn, 1989; Rosen, Vara, Wendt, & Leitenberg, 1990), og har også blitt brukt på idrettsutøvere (Sundgot-Borgen, 1994). Ulempen ved EDE er at det krever mye trening, tid og penger for å administreres, og dette er ikke alltid fordelaktig i forskningsmiljøer (Binford et al., 2005).

En kort oversikt over et utvalg standardiserte måleinstrumenter brukt for å kartlegge FSA og SF er gitt i tabell 6.

Tabell 6. Oversikt over et utvalg standardiserte måleinstrumenter for kartlegging av FSA og SF

Måleinstrument (Referanse)	Metode	Utvalg (N)	Beskrivelse av måleinstrument	Styrker og svakheter
Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983)	Selvrapporing v/spørreskjema	Kvinner ($M = 21.8$ år) ($N = 113$)	EDI er et 64-punkts spørreskjema som måler psykologiske og atferdsmessige faktorer som er vanlige ved AN og BN. Baserer seg på åtte delmålinger (Garner et al., 1983).	Styrker: Validert i forhold til kliniske og ikke-kliniske utvalg (Beals, 2004; Norring & Sohlberg, 1988). Brukt på idrettsutøvere (Beals, 2002). Svakheter: Mangler ekstern validitet da høy resultatscore hos ikke-kliniske utvalg ikke nødvendigvis reflekterer samme psykopatologi som hos pasientgruppen (Garner et al., 1983).
Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991)	Selvrapporing v/spørreskjema	---	EDI-2 er den andre versjonen av EDI. Den nye versjonen beholdt de originale 64 punktene med ytterligere 27 punkter som beskrev tre nye delmålinger; (9) askese, (10) impulsregulering og (11) sosial usikkerhet (Thiel & Paul, 2006).	Styrker: Har blitt mye brukt for å vurdere kliniske trekk i terapiforskning og klinisk praksis (Thiel & Paul, 2006). Validert i forhold til kliniske og ikke-kliniske utvalg (Nevenon & Broberg, 2001). Svakheter: Få data på test-retest reliabilitet (Thiel & Paul, 2006). Vil alene ikke kunne brukes i kliniske formål (Clausen, Rokkedal, & Rosenvinge, 2009).
Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) (Garner, 2004a)	Selvrapporing v/spørreskjema	---	EDI-3 er en utvidet og forbedret versjon av EDI-2. EDI-3 beholder EDI-2s 91 punkter og utvider fra 11 delmålinger til 12 (Cumella, 2006).	Styrker: Flere studier har gitt støtte til reliabilitet og validitet (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011; Cumella, 2006). Svakheter: Kan ikke isolert brukes for å stille diagnose eller planlegge behandling (Garner, 2004a).
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q11) (Friborg, Reas, Rosenvinge, & Rø, 2013)	Selvrapporing v/spørreskjema	Kvinner mellom 15 og 50 år. ($N = 1094$)	Kortversjon av EDE-intervju basert på klinisk grunnlag til å generere fire deltester: restriktivt spisemønster, bekymring omkring vekt, kroppsfasong og spising (Cooper et al., 1989). Selvrapporingen dekker de siste 28 dager og måler typiske trekk ved forstyrret spiseatferd/spiseforstyrrelser.	Styrker: Flere studier har gitt støtte til reliabilitet og validitet (Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004). Viser god kvalitet som screeninginstrument for ulike spiseforstyrrelser, overspising og patologisk spiseatferd hos barn og unge (Engelsen & Laberg, 2001; Goossens & Braet, 2010; Mond et al., 2008). Brukt på idrettsutøvere (Barrack, Rauh, Barkai, & Nichols, 2008). Svakheter: Vanskelig å generalisere da tidligere studier

				er basert på et bekvemmelighetsutvalg, for eksempel der deltakerne er registrert i behandlingsstudier. Mangler forskning på psykometriske egenskaper hos ungdom. Krever også ytterligere validering i vurdering av kompenserende atferd (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012).
Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner & Garfinkel, 1979)	Selvrappotering v/spørreskjema	Kvinner ($M = 18.4$ år) To grupper ($N = 32$ og 33)	40-punkts gradert spørreskjema som måler tanker, følelser og atferd assosiert ved AN (Garner & Garfinkel, 1979).	Styrker: Validert i forhold til pasienter med AN og ikke-kliniske kontrollgrupper (Garner & Garfinkel, 1979). Validert opp mot DSM-5-kriteriene for ulike spiseforstyrrelser hos kvinner som regnes som ikke-kliniske (Mintz & O'Halloran, 2000). Brukt på idrettsutøvere (Roberts et al., 2003). Svakheter: Måler variabler som er meningsfulle og som i større grad kan relateres til kvinner med AN enn normalvektige. Selvrappoteringen kan vekke bekymring da AN-pasienter vanligvis benekter deres lidelse (Garner & Garfinkel, 1979).
Drive for Leanness Scale (DLS) (Smolak & Murnen, 2008)	Selvrappotering v/spørreskjema	Collegestudenter, menn og kvinner 17 - 22 år ($N = 232$)	DLS demonstrerer relasjon til, men også stabilitet og særpreg fra andre måleinstrumenter med fokus på kroppsbilde (eksempelvis drive for thinness og drive for muscularity) (Garner, 2004b; McCreary & Sasse, 2000). DLS ser på objektivering, kjønnsroller og kroppsbilde. Selvrappotert gradering av 6 påstander.	Styrker: Reliable og valide resultater. Er til en viss grad konstant mellom kjønn (Smolak & Murnen, 2008; Tod, Hall, & Edwards, 2012). Svakheter: Trenger ytterligere forskning da funnene ikke er generaliserbare for alle aldre. Det er uklart om DL representerer interesse for å ha en sunn kropp eller en indikator på patologisk kroppsbesettelse (Smolak & Murnen, 2008). Delmålingen DL fra EDI er brukt på idrettsutøvere (Langdon & Petracca, 2010), men ikke funnet DLS brukt på utøvere.

<p>Bulimia Test-Revised (BULIT-R) (Thelen, Mintz, & Vander Wal, 1996)</p>	<p>Selvrappotering v/spørreskjema</p>	<p>Kvinner 6 - 41 år (N = 23) Kontrollgruppe (N = 124)</p>	<p>Revidert versjon av Bulimia Test på grunn av endringer i DSM-IV kriteriene. 28-punkts gradert spørreskjema som sørger for informasjon angående klassifisering og i hvilken grad de bulimiske symptomene forekommer (McCarthy, Simmons, Smith, Tomlinson, & Hill, 2002).</p>	<p>Styrker: Reliable og valide resultater hos ungdom (McCarthy et al., 2002; Thelen et al., 1996).</p> <p>Svakheter: Kan ikke isolert brukes for å stille diagnose eller planlegge behandling, og kan best brukes som screeningsinstrument etterfulgt av klinisk intervju (Thelen et al., 1996). Vanskelig å generalisere til alle aldre (Smolak & Murnen, 2008). Få studier på idrettsutøvere (McCarthy et al., 2002).</p>
---	---	--	--	---

Note. Tabellen viser kun et utvalg av de vanligste instrumentene og gir dermed ikke et fullstendig bilde på hvilke eller antall instrumenter som finnes.
DL: drive for leanness

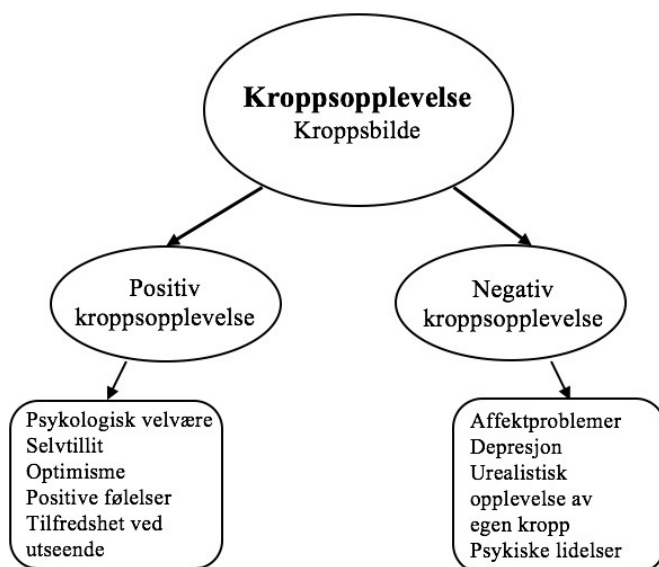
2.3 Kroppsopplevelse

2.3.1 Begrepsavklaringer

Kroppsopplevelse

Kroppsopplevelse er et multidimensjonalt konsept med minst tre aspekter; det nevrofysiologiske aspektet som fremstiller perseptuelle erfaringer (som romvisualisering, sanselige vurderinger, å være bevisst egen kropp, fysisk utseende, kroppsstørrelse og kroppsform), det psykologiske aspektet som på den ene siden omhandler kognitive erfaringer (tankeprosesser og tankemåter) og på den andre siden, de subjektive erfaringene (følelser, emosjonell påvirkning og humør) (Probst, Pieters, Vancampfort, & Vanderlinden, 2008). Negativ evaluering av egen kroppsstørrelse vil kunne bidra til en negativ kroppsopplevelse, mens på den andre siden vil en positiv kroppsopplevelse fostre velvære (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2015).

Begrepet kroppsbilde beskriver i stor grad det samme som kroppsopplevelse (Scheffers et al., 2017), og da kroppsbilde hovedsakelig blir brukt i vitenskapelige forskningsartikler, vil masteroppgaven videre fremstille kroppsbilde som en del av kroppsopplevelse. I den egenutviklede figur 2 illustreres forholdet mellom begrepene som blir brukt i dette masterprosjektet. Kroppsopplevelse betegnes som det overordnede begrepet, som inkluderer flere ulike betraktningmåter.



Figur 2. Kroppsopplevelse illustrert som et multidimensjonalt konstrukt, med positive og negative sider

Kroppsbilde

Kroppsbilde er et komplekst begrep som har blitt tolket, beskrevet og målt på ulike måter i flere tiår (Garner & Garfinkel, 1982; Pruzinsky & Cash, 2002). Slade definerte kroppsbilde som «the picture we have in our minds of the size, shape and form of our bodies; and to our feelings concerning these characteristics and our constituent body parts» (Slade, 1994, p. 497). Tidligere forskning har sett på kroppsbilde som noe komplisert og mangfoldig (Cash, 2004), og kan oppleves som litt utydelig da det har gitt forskjellig mening til forskjellige forskere (Pruzinsky & Cash, 2002). Her vil kroppsbilde defineres som en persons tanker, følelser og fortolkning omkring egen kropp, som omslutter både positive og negative sider (Grogan, 2016). Kroppsbilde inkluderer bevisst og ubevisst kunnskap, og omfatter perseptuelle, affektive, kognitive og atferdsmessige aspekter av vår opplevelse av egen kropp (Bunkan, 2008; Tiggemann, 2004). Klinisk psykologi og psykiatri har det siste tiåret dominert forskningen omkring kroppsbilde, spesielt undersøkelser og intervensjoner knyttet til SF blant unge kvinner (Cash, 2004; Scheffers et al., 2017). Det er dimensjonen som omhandler hvordan kvinner oppfatter egen kroppsfasong og kroppsvekt som lenge har vært fremtredende (Scheffers et al., 2017).

Negativ kroppsopplevelse

Negativ kroppsopplevelse defineres som negative tanker og følelser omkring egen kropp (Grogan, 2016). Dette omhandler negativ evaluering av kroppsstørrelse og kroppsvekt, kroppsfasong og muskeltone, samtidig kan det ligge en uoverensstemmelse mellom individets evaluering av egen kropp og individets idealkropp (Grogan, 2016; Probst et al., 2008). Å konstant sammenligne seg med andre, for eksempel uopnåelige idealer, kan føre til en urealistisk opplevelse av egen kropp (Andrew et al., 2015). Negativ kroppsopplevelse er ikke nødvendigvis et klinisk symptom på FSA, men viser til den grad et individ er bekymret eller misfornøyd med eget utseende (Wyssen, Bryjova, Meyer, & Munsch, 2016).

Positiv kroppsopplevelse

Positiv kroppsopplevelse innebærer å sette pris på egen kropp og utseende, å være selvsikker, å ha et optimistisk syn på kropp, å respektere og beskytte kroppen sin, og fravær av negative tanker knyttet til kropp (Andrew et al., 2015). En positiv kroppsopplevelse kan ses som et fundament av aksept av eget utseende og kroppens funksjonalitet, egenskaper og ferdigheter (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016a; Holmqvist & Frisén, 2012; Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010). Positiv kroppsopplevelse kan derfor ikke bare beskrives som

fravær av eller det motsatte av negativ kroppsopplevelse, men som en buffer eller beskyttelse – og mulig forbedring av kroppsopplevelse (Holmqvist & Frisén, 2012).

2.3.2 Kroppsopplevelse blant jenter og kvinner

Bekymring omkring vekt og kropp er mye mer alminnelig hos kvinner enn menn (Rozin & Fallon, 1988). At jenter og kvinner sliter med dårlig kroppsbilde har dermed blitt en del av vår kultur (Martz & Rogers, 2016). På grunn av metodisk variabilitet er det i nyere studier vanskelig å fastslå forekomst av negativ kroppsopplevelse. I en gjennomgang av syv amerikanske studier fant Fiske, Fallon, Blissmer og Redding (2014) en forekomst av negativ kroppsopplevelse fra 11 % og opp til 72 % hos kvinner. Målinger av kroppsvektvektmishnøye hos kvinner viste i samme studie en forekomst på 46 - 66 % (Fiske et al., 2014). Dagens sosiale normer for kvinnelig skjønnhet er umåtelig understreket av ønsket om en tynn og slank kropp – et ideal som er akseptert av de fleste kvinner, men vanskelig å oppnå (Tiggemann, 2004). Denne uoverensstemmelsen mellom samfunnets idealer og den faktiske kvinnekroppen gjør at jenter kan oppleve kroppene sine i en negativ forstand (Tiggemann, 2004). Et ønske om å passe samfunnets forbilder er en av faktorene som best kan predikere negativ kroppsopplevelse (Cafri, Yamamiya, Brannick, & Thompson, 2005). Av pubertale årsaker vokser jenter lenger vekk fra tynnhetsidealet og vil kunne være i økt risiko for å utvikle negativ kroppsopplevelse (Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000). Tidlig menstruasjon og økt kroppsmasse er eksempler på kroppslige endringer som kan gjøre at jenter føler en uoverensstemmelse mellom egen kropp og kroppsidealet (Stice & Shaw, 2002). Også relasjonen til jevnaldrende, familie og signifikante andre spiller en rolle i å etablere verdien av skjønnhet. Hva som oppleves som viktig i vennegjengen kan ha stor innflytelse på kroppsopplevelsen til jenter (Clark & Tiggemann, 2007; Martz & Rogers, 2016). Snakk om fett og selvnedverdiggende – og utseendefokuserte samtaler kan bidra til å skape usikkerhet (Britton, Martz, Bazzini, Curtin, & LeaShomb, 2006), og slike samtaler er spesielt vanlig hos jenter i slutten av tenårene og kvinner i begynnelsen av tyveårene (Martz & Rogers, 2016; Salk & Engeln-Maddox, 2012).

Kroppsopplevelse hos unge, kvinnelige idrettsutøvere

Det er tidligere indikert at kvinnelige idrettsutøvere kan være i høyere risiko for en negativ kroppsopplevelse på grunn av et behov for å oppnå «riktig» fysikk i forhold til idrettens krav

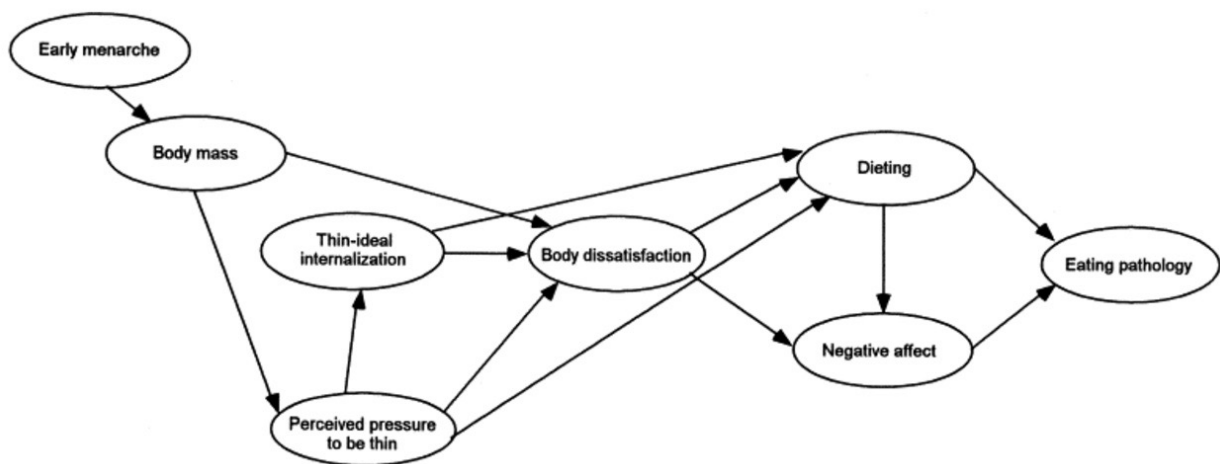
(for eksempel vektkrav) eller sosialt press (Sundgot-Borgen, 1993). En kanadisk studie av et utvalg gymnaster mellom 11 og 18 år, fant at 32 % av jentene og 36 % av deres trenere så på det å ha bryster og hofter som ufordelaktig for gymnastenes prestasjoner (Buchholz, Mack, McVey, Feder, & Barrowman, 2008). Videre rapporterte 11 % av jentene at de så på seg selv som overvektige og 27 % var bekymret over hvordan de så ut (Buchholz et al., 2008). En britisk studie av Swami, Steadman og Toveé (2009) viste at kvinnelige friidrettsutøvere rapporterte negativ kroppssopplevelse og internalisering av utøvere presentert i media. Andre studier har derimot antydnet at utøvere rapporterer mindre bekymring rundt kropp enn ikke-utøvere (Hausenblas & Mack, 1999; Reinking & Alexander, 2005), mulig som et resultat av økt selvfølelse jenter kan få gjennom idrett (Bowker, Gadbois, & Cornock, 2003; Richman & Shaffer, 2000). I en tyrkisk studie viste resultatene at kvinnelige idrettsutøvere på college var fornøyd med deres utseende og hadde lav forekomst av angst knyttet til kroppsfysikk og høy selvtillit (Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010).

2.3.3 Konsekvenser av negativ kroppssopplevelse

Det er tenkelig at for jenter med negativ kroppssopplevelse vil overdreven trening, å spise mindre eller andre vektregulerende midler kunne virke som den beste strategien for å nå samfunnets kroppshetsideal (Stice & Shaw, 2002; Voelker, Reel, & Greenleaf, 2015). Overdreven trening kan igjen føre til blant annet treningsavhengighet og overtrening (Calogero & Pedrotty-Stump, 2010). Videre har selvstendige studier funnet at negativ kroppssopplevelse kan forutsi en etterfølgende økning av symptomer på FSA (Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994; Voelker et al., 2015). Å være misfornøyd eller ha en dårlig opplevelse av egen kropp er typiske kjennetegn hos jenter med FSA eller SF (Fabian & Thompson, 1989; Ohring, Graber, & Brooks-Gunn, 2002; Ricciardelli & McCabe, 2001). Resultater fra Anderson, Reilly, Gorrell og Anderson (2016) tydet på, til tross for et utvalg sunne, kvinnelige løpere, at utseende –og prestasjonsrelatert negativ kroppssopplevelse er signifikant forbundet med FSA hos kvinner. Andre sammenkoblinger mellom negativ kroppssopplevelse og utvikling av FSA har blitt forklart gjennom redusert selvtillit, negative følelser og andre affektproblemer, samt depresjoner (Skårderud, 2004; Stice et al., 2000; Voelker et al., 2015). Negativ kroppssopplevelse forbindes blant annet med emosjonell utmattelse og konstant grubling angående utseende i den grad at det kan ekskludere andre mentale aktiviteter (Presnell, Bearman, & Stice, 2004; Stice & Whitemton, 2002). Fabian og Thompson (1989) fant signifikante sammenhenger mellom negativ kroppssopplevelse, lav

selvtillit, FSA og depresjon blant jenter mellom 10 og 15 år. I en annen, amerikansk studie av Joiner Jr., Wonderlich, Metalsky og Schmidt (1995) rapporterte unge jenter som prøvde å gå ned i vekt høyere nivåer av depressive symptomer og lavere selvfølelse enn jenter som ikke slanket seg.

I figur 3, utviklet av Stice og Shaw (2002, p. 986), blir noen antatte konsekvenser av negativ kroppsopplevelse illustrert. Figuren viser i tillegg mulige forløpere (med utgangspunkt i pubertal utvikling hos jenter) til en negativ kroppsopplevelse, og er kun et eksempel på tenkelig hendelsesforløp.



Figur 3. Antatte forløpere og konsekvenser av negativ kroppsopplevelse (Stice & Shaw, 2002, p. 986)

2.3.4 Fordeler ved positiv kroppsopplevelse

I løpet av det siste tiåret har det skjedd en økning i forskning omkring positiv kroppsopplevelse (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016b; Holmqvist & Frisén, 2012; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). I en stor, amerikansk studie rapporterte 27 % jenter fra ungdomsskoler og VGS ($N = 2357$) at de var tilfredse med kroppen sin og opplevde ikke slankhetspress gjennom trening og dietter (Kelly, Wall, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2005). Jentene som var fornøyde med kroppen sin skilte seg signifikant fra jenter med negativ kroppsopplevelse på miljøbestemte, sosiale, personlige og atferdsmessige faktorer, og hadde blant annet familiemedlemmer og venner som oppfordret til å være fysisk aktive og ha et godt kosthold (Kelly et al., 2005). For kvinner er positiv kroppsopplevelse assosiert med psykologisk velvære (Cash & Hicks, 1990), bedre selvtillit (Pesa, Syre, & Jones, 2000), optimisme (Dalley & Vidal, 2013), positive følelser, livstilfredshet (Avalos,

Tylka, & Wood-Barcalow, 2005) og gode mestringsstrategier (Andrew et al., 2016a). Et godt forhold til egen kropp er også forbundet med lavere forekomst av depressive symptomer (Gillen, 2015). Positiv kroppsopplevelse kan i tillegg bidra til at kvinner blir mer motstandsdyktige ovenfor samfunnets og medias innflytelse (Wood-Barcalow et al., 2010). Følgelig kan det være vanskeligere å utvikle uheldige holdninger til mat og FSA (Gillen, 2015).

2.3.4 Måleinstrumenter

Forskning rundt kroppsopplevelse har hatt en kraftig vekst de siste to tiårene (Cash, Phillips, Santos, & Hrabosky, 2004; Grogan, 2016; Smolak, 2004). I takt med denne veksten har det også skjedd en økning i nye måleinstrumenter (Grogan, 2016). Selv om kroppsopplevelse kan ses på som et omfattende begrep med mange underdimensjoner som måles basert på ulike bakgrunn, er det hovedsakelig tilfredshet med eget utseende som blir målt (Feingold & Mazzella, 1998; Thompson, 2004). Kroppsopplevelse, både positiv og negativ, har blitt undersøkt kvalitativt gjennom intervjuer (Frisén & Holmqvist, 2010; Holmqvist & Frisén, 2012; Wood-Barcalow et al., 2010), kvantitativt gjennom spørreundersøkelser (Avalos et al., 2005; Bailey & Waller, 2017) og kanskje spesielt for barn og unge, gjennom tegninger og figurer (Ricciardelli & McCabe, 2001; Smolak, 2004).

I tabell 7 blir et utvalg standardiserte måleinstrumenter for kartlegging av kroppsopplevelse presentert.

Tabell 7. Oversikt over et utvalg standardiserte måleinstrumenter for kartlegging av faktorer som påvirker kroppsopplevelse

Måleinstrument (Referanse)	Metode	Utvalg (N)	Beskrivelse av måleinstrument	Styrker og svakheter
<p>Physical Appearance Comparison Scale – Revised (PACS-R)</p> <p>(Schaefer & Thompson, 2014)</p>	Selvrapportering v/spørreskjema	Kvinnelige collestudenter, flertallet var mellom 18 og 24 år. (N = 1176)	PACS-R er den reviderte utgaven av PACS, brukt for å sammenligne utseende. Den reviderte utgaven er en gradert 11-punkts skala som vurderer sammenligninger i en rekke sosiale sammenhenger.	<p>Styrker: PACS-R-målingene viser god reliabilitet for kvinnene i studien og anses som et godt verktøy for å måle utseendesammenligning. Instrumentet viser korrelasjon med kroppstilfredshet, forstyrret spiseatferd og selvfølelse (Schaefer & Thompson, 2014).</p> <p>Svakheter: Bruker et kjønnsnøytralt språk og dermed kan faktorer som er viktige for kvinner falle bort. PACS-R kan ikke vurdere om sammenligningene er positive eller negative for deltakers kroppstilfredshet (Schaefer & Thompson, 2014). Trenger ytterligere forskning på yngre kvinner og kliniske populasjoner. Få eller ingen studier på idrettsutøvere.</p>
<p>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4)</p> <p>(Schaefer et al., 2015)</p>	Selvrapportering v/spørreskjema	Blandet utvalg da SATAQ-4 baserer seg på tre studier. (Studenter; menn og kvinner)	<p>SATAQ-4 er en gradert 22-punkts skala som måler sosiokulturell innflytelse på utseende. Baserer seg på fem undergrupper/temaer;</p> <p><i>internalisering:</i> 1. tynn/lite kroppsvekt, 2. muskler/atletisk <i>press:</i> 3. familie, 4. jevnaldrende, 5. media</p>	<p>Styrker: Viser god reliabilitet og validitet ved målinger av kroppsbilde, forstyrret spiseatferd og selvtilit (Llorente, Gleaves, Warren, Pérez-de-Eulate, & Rakhkovskaya, 2015; Schaefer et al., 2015). Tidligere versjon brukt på idrettsutøvere (Buchholz et al., 2008)</p> <p>Svakheter: Kun bruk av spørreskjema og undergruppene vil kunne utforskers dypere gjennom intervjuer. Variert utvalg, ingen spesifisering av kjønn eller alder (Schaefer et al., 2015). Mangler studier med idrettsutøvere som utvalg. Ikke mange studier med SATAQ-4.</p>

<p>Body Shape Questionnaire (short form) (BSQ-14)</p> <p>(Kapstad, Nelson, Øverås, & Rø, 2015)</p>	<p>Selvrapporering v/spørreskjema</p>	<p>Kvinner og menn. (<i>N</i> = 423 kvinnelige studenter, <i>N</i> = 267 mannlige studenter, <i>N</i> = 49 kvinnelige pasienter ved sykehus)</p>	<p>BSQ-14 måler misnøye med kroppsfasong. Gradert 14-punkts skala. Selvrapporeringen dekker de siste 14 dager.</p>	<p>Styrker: Gir psykometrisk støtte for den norske versjonen som baserer seg på et klinisk og ikke-klinisk utvalg (Kapstad et al., 2015). Tidligere versjon av BSQ brukt på idrettsutøvere (Terry, Lane, & Warren, 1999).</p> <p>Svakheter: Ikke funnet studier med idrettsutøvere som utvalg.</p>
<p>Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)</p> <p>(Tylka & Wood-Barcalow, 2015a)</p>	<p>Selvrapporering v/spørreskjema</p>	<p>Kvinner og menn Studie 1 (<i>N</i> = 675) Studie 2 (<i>N</i> = 263, 317) Studie 3 (<i>N</i> = 382)</p>	<p>Revidert utgave av Body Appreciation Scale (Avalos et al., 2005). Vurderer individets aksept og respekt av sin egen kropp. Dette inkluderer også favoriserende meninger om egen kropp. 10-punkts gradert spørreskjema.</p>	<p>Styrker: Kan brukes på tvers av kjønn og grupper i samfunnet. Enkel å administrere og gi poengsum (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Tidligere versjon av BAS brukt på idrettsutøvere (Swami & Harris, 2012).</p> <p>Svakheter: Ikke mulig å trekke konklusjoner ut fra sammenligning mellom kroppsverdsettelse og de andre variablene målt (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Lite forskning ved bruk av BAS-2.</p>
<p>Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ)</p> <p>(Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013)</p>	<p>Selvrapporering v/spørreskjema</p>	<p>Kvinner og menn Studie 1 (<i>N</i> = 182) Studie 2 (<i>N</i> = 234) Studie 3 (<i>N</i> = 288)</p> <p>18 – 22 år.</p>	<p>Designet for å måle kognitiv fleksibilitet og aksept av kroppsbilde. 12-punkts gradert spørreskjema. Ble utviklet for å tilrettelegge for forebygging og behandling innen forstyrret spiseatferd.</p>	<p>Styrker: God validitet og reliabilitet. Mulighet for å predikere forstyrret spiseatferd (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011; Sandoz et al., 2013).</p> <p>Svakheter: Alle tre understudiene ble utført med samme utvalg og samtidig selvrapporering. Ikke fullstendig anonymt (Sandoz et al., 2013). Få eller ingen studier på idrettsutøvere.</p>

<p>Family Fat Talk Questionnaire (FFTQ)</p> <p>(MacDonald, Dimitropoulos, Royal, Polanco, & Dionne, 2015)</p>	<p>Selvrapportering v/spørreskjema</p>	<p>Kvinner (og menn)</p> <p>Studie 1 (Kvinner, $N = 278$)</p> <p>Studie 2 (Kvinner, $N = 174$)</p> <p>Studie 3 (Kvinner og menn, $N = 83, 50$)</p> <p>Studie 4 (Kvinner, $N = 44$)</p> <p>35 år og yngre</p>	<p>Måler hyppigheten av samtaler om fett innad i familien og de psykometriske egenskapene hos unge kvinner. 16-punkts gradert spørreskjema.</p>	<p>Styrker: God validitet og reliabilitet hos unge kvinner (MacDonald et al., 2015).</p> <p>Svakheter: Tatt utgangspunkt i samtaler om fett hos kun hos kvinner. Mangler forskning på hvordan slike samtaler påvirker jenter i ungdomsalder og jenter med forstyrret spiseatferd/spiseforstyrrelser (MacDonald et al., 2015). Ikke funnet nyere og validerte studier omkring samtaler om fett i familien. Få eller ingen studier på idrettsutøvere.</p>
--	--	--	---	---

Note. Tabellen gir ikke et fullstendig bilde på hvilke instrumenter som finnes. Tabellen er selektiv og basert på hva som er presentert i litteratur som blir brukt i denne masteroppgaven.

2.4 Tidligere forskning

2.4.1 Forstyrret spiseatferd hos kvinnelige idrettsutøvere på VGS

Det er gjort en rekke studier omkring FSA og SF hos idrettsaktive studenter. De fleste inkluderer både jenter og gutter i sitt utvalg, og mange baserer seg på studenter på høyskole – eller universitetsnivå (Fulkerson, Keel, Leon, & Dorr, 1999; Picard, 1999; Sanford-Martens, Davidson, Yakushko, Martens, & Hinton, 2005; Torstveit et al., 2015). Dersom man kun ser på studier av idrettsaktive jenter som går på VGS, blir antall studier betydelig redusert. I en norsk studie av Augestad, Saether og Gøtestam (1999) svarte 591 norske jenter fra VGS på et spørreskjema om FSA, SF, vektregulerende midler, FA og personlighet. Basert på DSM-kriteriene for FSA og SF viste resultatene at totalt 3.8 % av jentene hadde en klinisk SF (AN = 1.5 %, BN = 2.0 %, AN + BN = 0.3 %). Syttiseks av jentene (12.9 %) hadde Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). Fordi EDNOS, som nå kalles OSFED, er en form for SF, viste studien en total forekomst av SF på 16.7 % (Augestad et al., 1999). Imidlertid konkluderte studien at det ikke var noen sammenheng mellom forekomst av SF og idrettsnivå eller tid brukt på FA (Augestad et al., 1999).

Resultater fra en nyere, norsk studie av Torstveit et al. (2015) viste at 21.6 % av jenter på idrettslinjer ved VGS ($N = 74$) rapporterte SF. I samme studie kom det også frem at 28.4 % av jentene hadde prøvd å gå ned i vekt mer enn tre ganger, 4.1 % hadde patogene metoder for vektkontroll og 4.1 % rapporterte fremprovosert oppkast (Torstveit et al., 2015). I en annen, norsk studie av Pettersen, Hernæs og Skårderud (2016), som tok utgangspunkt i norske, kvinnelige juniorutøvere i langrenn og skiskyting ($N = 262$) på VGS, kom det frem at 18.7 % av utøverne hadde FSA. Videre viste resultatene at utøvere som hadde droppet ut av idretten hadde signifikant høyere forekomst av FSA (40 %) enn utøvere som fremdeles var aktive (14.7 %). Utøvere som gikk toppidrettsgymnas eller studiespesialisering på VGS hadde signifikant høyere forekomst av FSA (henholdsvis 28.9 % og 17.8 %) enn utøvere ved idrettslinjer på VGS (16.3 %). Resultatene antydde at utøverne for det meste var generelt misfornøyde med kroppen sin, i motsetning til å være overdrevent bekymret for kroppsvekt, slanking, dietter eller frykt for vektøkning (Pettersen et al., 2016).

Tabell 8 viser et utvalg tidligere studier som ser på FSA eller SF hos idrettsaktive jenter på VGS. Funnene i de forskjellige studiene varierer. Enkelte hevder at det å være kvinnelig idrettsutøver på VGS er assosiert med høy risiko for å utvikle FSA eller SF, mens andre

mener at kvinnene ikke står i fare for å utvikle FSA eller SF. Noen studier fant forekomst av SF, mens andre fant ingen tidligere eller nåværende SF hos de kvinnelige utøverne.

Tabell 8. Oversikt over et utvalg studier som ser på FSA eller SF hos kvinnelige idrettsutøvere på VGS

Referanse (Land)	Utvalg (N)	Alder (M)	Måleinstrument	Resultat (%)	Konklusjon
Beals (2002) (USA)	Jenter (N = 23)	15.8 ± 1.1	BSQ EDI	Strengt energiinntak for vektkontroll: 22 % Begrense type og mengde mat som blir inntatt: 52 % Amenoré: 17 %	Ingen volleyballspillere rapporterte tidligere eller nåværende SF. Spillerne hadde energi – og næringsinntak som plasserte dem i fare for å utvikle næringsmessige mangler. Mange rapporterte også kroppsbildeforstyrrelser, slanking og UM som syntes å forverres utover sesongen.
Roberts et al. (2003) (USA)	Jenter (N = 226)	14.9	EAT-26	SF: 8.4 % Den siste måneden: 67 % økte treningsmengde, 50 % hoppet over måltider, 11 % fastet og 4 % kastet opp etter måltid.	Unge kvinner som deltar i idrett på VGS er ikke en signifikant prediktor for SF.
Nichols, Rauh, Lawson, Ji og Barkai (2006) (USA)	Jenter (N = 170)	15.7 ± 1.3	EDE-Q Spørreskjema om menstruasjon DXA- maskin	FSA: 18.2 %	Mange av jentene står i fare for langvarige helsekonsekvenser assosiert med FSA, LBT og UM.
Pernick et al. (2006) (USA)	Jenter (N = 453)	15.7 ± 1.2	EDE-Q	SF: 19.6 %	Kultursensitive atferdstiltak som er spesielt rettet mot idrettsutøvere på VGS er nødvendig for å redusere risikoen for SF og tilhørende langsiktige helsekonsekvenser.
Barrack et al. (2008) (USA)	Jenter (N = 93)	13 – 18 år	EDE-Q	UM: 25.8 %	Hos unge, kvinnelige løpere ser det ut til at et tvangsmessig eller begrenset kosthold er den faktoren mest forbundet med negative beinleseeffekter.
Hoch et al. (2009) (USA)	Jenter Utøvere (N = 80) Ikke utøvere (N = 80)	Utøvere: 16.5 ± 0.95 Ikke utøvere: 16.5 ± 1.17	Spørreskjema om trening, mat og idrett (blant annet EAT-26)	Utøvere Lav ET: 36 % UM: 54 % Ikke-utøvere Lav ET: 39 % UM: 21 %	Et stort antall av utøvere og ikke-utøvere hadde lav ET, UM eller lav beinmineraltetthet.

Rosendahl et al. (2009) (Tyskland)	Jenter (<i>N</i> = 210)	15.7	EAT-26	FSA: 26.7 % Dietterfaring: 33 %	Dietterfaring og det å være kvinnelig utøver kan bli sett på som en risikofaktor for FSA. Deltakelse i idrett kan være en beskyttende faktor for utvikling av negative holdninger omkring mat.
Rauh, Nichols og Barrack (2010) (USA)	Jenter (<i>N</i> = 163)	15.7 ± 1.3	EDE-Q	Forekomst av FSA var høyere hos utøvere med skader enn de som ikke hadde skader.	FSA, UM og lav beinmineraltetthet ble assosiert med idrettsskader hos disse kvinnelige utøverne på VGS.
Martinsen et al. (2010) (Norge)	Jenter IG (<i>N</i> = 217) KG (<i>N</i> = 158)	15-16 år	EDI-2	IG FSA-symptomer: 44.7 % KG FSA-symptomer: 70.9 %	Høyere forekomst av FSA hos KG enn IG. Forbedring av utseende var vanligere årsak til FSA hos KG enn IG. Ingen signifikante forskjeller i FSA mellom LS og NLS. Vektreduksjon for å forbedre idrettsprestasjoner var viktig årsak til FSA hos utøvere.
Thein-Nissenbaum et al. (2011) (USA)	Jenter (<i>N</i> = 311)	15.4 ± 1.2	EDE-Q Spørreskjema om menstruasjon	FSA: 35.4 % UM: 18.8 % Skader i løpet av sesong: 65.6 %	Høy forekomst av FSA hos kvinnelige utøvere på VGS. Utøvere med FSA var over to ganger mer utsatt for idrettsrelaterte skader.
Martinsen og Sundgot-Borgen (2013) (Norge)	Jenter IG (<i>N</i> = 96) KG (<i>N</i> = 57)	IG: 16.5 KG: 16.9	Del 1: EDI-2 Del 2: Klinisk intervju	Del 1: IG FSA: 46.2 % KG FSA: 72.4 % Del 2: IG SF: 14 % KG SF: 5.1 %	Forekomst av SF er høyere hos kvinnelige idrettsutøvere enn kvinnelige kontroller. Kliniske intervjuer er nødvendig for å kunne fastslå eksakt forekomst av SF.
Thein-Nissenbaum, Carr, Hetzel og Dennison (2014) (USA)	Jenter p-pille (<i>N</i> = 43) Ikke p-pille (<i>N</i> = 248)	P-pille: 16.4 ± 1.1 Ikke p-pille: 15.3 ± 1.1	EDE-Q	FSA p-pille: 55.8 % FSA Ikke p-pille: 32.7 %	Det er en høyere prevalens av FSA blant kvinnelige idrettsutøvere på VGS hos jenter som bruker p-piller enn jenter som ikke bruker p-piller.
Martinsen et al. (2014) (Norge)	Jenter IG (<i>N</i> = 87) KG (<i>N</i> = 61)	IG: 16.5 KG: 16.4	EDI-2 Spørreskjema om selvtillit EDE	IG SF: 1 % KG SF: 20.8 %	Ett års intervensjon kan forhindre nye tilfeller av SF og symptomer assosiert med SF hos kvinnelige idrettsutøvere på VGS.
Torstveit et al. (2015) (Norge)	Jenter (<i>N</i> = 74)	16.0	EDI-2 DMS	FSA-symptomer: 50 %	Høy forekomst av FSA hos idrettsaktive jenter på VGS.
Muia, Wright, Onywera og Kuria (2016) (Kenya)	Jenter Utøvere (<i>N</i> = 61) Ikke utøvere (<i>N</i> = 49)	16-17 år	EDI-3 Spørreskjema om menstruasjon	Utøvere: Klinisk lav ET: 17.9 % UM: 32.7 % FSA: 4.9 % Ikke-utøvere:	ET var lavere hos utøvere enn ikke-utøvere. Flere utøvere rapporterte UM enn ikke-utøvere. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ved forekomst av FSA. Flere

				Klinisk lav ET: 2.2 % UM: 18.3 % FSA: 10.2 %	utøvere (16.1 %) hadde KMI < 17.5 enn ikke-utøvere.
Prather et al. (2016) (USA)	Jenter (N = 220)	16.4 ± 4	EAT-26	FSA: 8.1 % UM: 19 %	Ut fra de lave gjennomsnittresultatene vurderes risikoen for FSA som lav. Likevel utsatt for stressbrudd og UM til tross for normal KMI.

Note. M: Gjennomsnitt, DXA: Dual-Energy X-ray, LBT: Lav beinmineralitetthet, UM: Uregelmessig menstruasjon, ET: Energigitilgjengelighet, IG: Intervensjonsgruppe, KG: Kontrollgruppe, LS: Leanness sports, NLS: Non-leanness sports, DMS: Drive for Muscularity Scale

2.4.2 Kroppsopplevelse hos kvinnelige idrettsutøvere på VGS

Kroppsopplevelse blant unge, idrettsaktive jenter har de siste tiårene vært et populært tema for ulike forskningsprosjekter (Krane, Choi, Baird, Aimar, & Kauer, 2004; Robinson & Ferraro, 2004; Steinfeldt, Zakrajsek, Carter, & Steinfeldt, 2011; Varnes et al., 2013). Hovedsakelig har utvalget i disse studiene vært idrettsaktive studenter ved høyskole eller universitet, fordi det er denne populasjonen som anses å være i høy risiko for å utvikle bekymringer rundt kropp (Fitzsimmons-Craft et al., 2012; Kato, Jevan, & Culpepper, 2011; Quatromoni, 2017). Når det gjelder kroppsopplevelse hos idrettsaktive på VGS, inkluderer utvalget i de fleste tilfeller både gutter og jenter (Brook & Tepper, 1997; Mikulan & Piko, 2012; Rosendahl et al., 2009). Det synes å være et beskjedent antall studier som kun ser på kroppsopplevelse hos idrettsaktive jenter på VGS. En amerikansk studie av Reel og Gill (1996) viste at ca. 60 % av kvinnelige cheerleadere på VGS opplevde at uniformen utgjorde et press på kroppsvekt. Nesten 46 % av cheerleaderne rapporterte at utseende og kroppsvekt var viktig for deres trenere (Reel & Gill, 1996). Smith og Ogle (2006) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse blant et utvalg terrengløpere på VGS (N = 8). Jentene var mellom 15 og 18 år og deltok i et dybdeintervju som belyste løpshistorikk, kulturen i laget og kroppsrelaterte problemer eller holdninger, som for eksempel dietter og trening. Resultatene viste at jentene uttrykte noe tvil om aspekter ved deres utseende, men viste generell tilfredshet med egen kropp. Hver utøver så på seg selv som «sunn» og ofte ble disse positive følelsene rundt egen kropp basert på idrettslige prestasjoner. I noen tilfeller uttrykte jentene ambivalens rundt egen kropp fordi de opplevde en uoverensstemmelse mellom egen kropp og de underforståtte kravene om tynnhet påtvunget av terrengløpskulturen (Smith & Ogle, 2006). Ytterligere studier omkring kroppsopplevelse hos fysisk aktive jenter eller idrettsutøvere på VGS blir presentert i tabell 9.

Forekomst av negativ kroppsopplevelse varierer i resultatene og det antydes generelt at FA kan bidra til en bedret kroppsopplevelse.

Tabell 9. Oversikt over et utvalg studier som ser på kroppsopplevelse hos fysisk aktive eller idrettsaktive jenter på VGS

Referanse (Land)	Utvalg (N)	Alder (M)	Måleinstrument	Resultat	Konklusjon
Abbott og Barber (2011) (Australia)	Jenter (N = 1002)	14.6 ± 1.08	The Embodied Image Scale (EIS) (Abbott & Barber, 2011)	Jenter som deltok i idretter så i større grad funksjonelt på kroppen sin i motsetning til jenter som generelt var fysisk aktive og ikke-aktive jenter. Det var signifikante forskjeller i kroppsbilde hos jenter i ulike idretter.	Enhver deltakelse i idrett var i større grad assosiert med et funksjonelt kroppsbilde enn hos jenter som ikke deltok i idrett.
Gaspar, Amaral, Oliveira og Borges (2011) (Portugal)	Jenter (N = 113)	10-17 år	Collins' Child Figure Drawings Scale (Collins, 1991)	Jenter hadde i større grad negativ kroppsopplevelse enn gutter (68.1 % mot 52.9 %). Eldre jenter feiloppfattet i større grad kroppen sin enn yngre jenter.	FA hadde en beskyttende effekt på kroppsopplevelse.
Karr, Davidson, Bryant, Balague og Bohnert (2013) (USA)	Jenter (N = 627)	15.9 ± 1.1	BD-subskala av EDI-3	Idrettsaktive jenter på VGS viste lav forekomst av negativ kroppsopplevelse på tvers av ulike idretter.	Høyere KMI var assosiert med negativ kroppsopplevelse og høyere tro på seg selv var assosiert med bedre kroppsopplevelse.

Note. M: Gjennomsnitt, BD: Body Dissatisfaction, KMI: Kroppsmasseindeks, FA: Fysisk aktivitet

2.4.3 Kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos kvinnelige idrettsutøvere VGS

Litteratur som inkluderer både FSA, kroppsopplevelse og samtidig legger vekt på idrettsaktive studenter, er hovedsakelig basert på studenter ved høgskole eller universitet (Krane, Waldron, Michalenok, & Stiles-ShIPLEY, 2001). Dersom man i enda større grad spisser inn utvalget, ved å kun undersøke idrettsaktive jenter på VGS, synes det å være lite litteratur som belyser akkurat dette. En studie av De Bruin, Oudejans og Bakker (2007) kan til

en viss grad generaliseres til idrettsaktive jenter på VGS. Utvalget i studien bestod av nederlandske elitegymnaster ($N = 17$), ikke-elite gymnaster ($N = 51$) og en kontrollgruppe bestående av idrettsaktive ungdomsskolejenter ($N = 85$). Det totale utvalget ($N = 153$) var mellom 13 og 20 år. Jentene svarte på spørreskjema om slankeatferd, FSA og kroppsopplevelse. Resultatene viste at kontrollene rapporterte at «tynn er vakker» mens gymnastene rapporterte at «tynn kommer til å vinne». Forekomsten av slankeatferd og FSA var høyest hos elitegymnastene, mens ikke-elite gymnastene var mest fornøyd med kroppen sin. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kroppsopplevelse hos elitegymnaster og kontroller (De Bruin et al., 2007). Rosendahl et al. (2009) gjennomførte en studie med et utvalg idrettsutøvere fra tyske toppidrettsgymnas for å undersøke bekymringer omkring kosthold, kroppsopplevelse og FSA. Resultatene viste nesten tre ganger høyere forekomst av FSA hos jenter enn gutter (Rosendahl et al., 2009). Av jentene i utvalget ($N = 210$) rapporterte 33 % at de hadde erfaringer med å være på diett. Det var ingen signifikante forskjeller i forekomst av FSA hos jenter i idretter som vektla en slank kropp, sammenlignet med idretter der kroppsfasong ikke var like viktig. Derimot viste resultatene størst risiko for FSA hos jenter som deltok i kraftidretter (for eksempel boksing, bryting, vektløfting) (Rosendahl et al., 2009). Videre ble det funnet at 70.3 % av jentene rapporterte at de ikke hadde sin idealkroppsvekt og at 50 % ønsket å bli slankere. Jenter med et slankere kroppsideal rapporterte i høyere grad slankeatferd enn jenter uten et slank kroppsideal (Rosendahl et al., 2009).

Tabell 10 viser et utvalg nyere studier som kombinerer kroppsopplevelse, FSA eller SF hos kvinnelige idrettsutøvere. Studiene i tabellen tar utgangspunkt i utøvere ved idrettslag, høyskoler og universiteter da det synes vanskelig å finne studier av idrettsaktive jenter på VGS som ikke bare fokuserer på FSA eller SF, men som i tillegg kombinerer dette med kroppsopplevelse.

Tabell 10. Oversikt over et utvalg studier som ser på kroppsopplevelse og FSA eller SF hos unge, kvinnelige idrettsutøvere

Referanse (Land)	Nøkkelord	Antall (N)	Utvalg og alder (M, SD)	Idrett	Måleinstrument	Resultat og konklusjon
De Bruin, Oudejans, Bakker og Woertman (2011) (Nederland)	Utøvere, kroppsevaluering, kroppssammenligning, kroppsmisnøye, SF	Kvinner Studie 1 (N = 152) Studie 2 (N = 52)	Studie 1 Kvinnelige idrettsutøvere i ulike idretter. Internasjonalt, nasjonalt, regionalt og fritidsnivå. 13 – 58 år (M = 23.06, SD = 9.04) Studie 2 Kvinnelige toppidrettsutøvere på internasjonalt nivå i idretter der vekt og kroppslig utseende er viktig. 11 – 27 år (M = 19.1, SD = 3.54)	Studie 1 Turn, dans, aerobics, skøyting, judo, jiu-jitsu, boksing, roing, hockey, baseball, basketball, volleyball, fotball, racket-idretter Studie 2 Turn, synkronsvømming, mellom – og langdistanseløping, svømming, langdistanseskøyting, tennis	Spørreskjema om kroppsopplevelse Contextual body image questionnaire for athletes (CBIQA) (De Bruin et al., 2011).	Studie 2 viste at 19 utøvere hadde SF. Uoverensstemmelsen mellom nåværende og ønsket vekt var noe høyere hos utøvere med SF, dog ikke signifikant. Utøvere med SF rapporterte amenoré og var mer bekymret ovenfor mat. I tillegg hadde utøvere med SF dårligere kroppsopplevelse enn utøvere uten SF. Spesielt i dagliglivet var utøvere med SF misfornøyd med utseende. De var også mer negative rundt kroppslig utseende, muskelstyrke og tynnhet/fedme i idrett.
Reel, Petrie, SooHoo og Anderson (2013) (USA)	FSA, vektpress, kroppsbilde og kvinnelige utøvere	Kvinner (N = 414) To grupper (N = 207)	Utøvere i idrettslag tilhørende høyskole/universitet Gruppe 1 (M = 19.27, SD = 1.16) Gruppe 2 (M = 19.19, SD = 1.66)	Turn, svømming og stup	Spørreskjema som inkluderte flere måleinstrumenter. Temaer: Vektpress i idrett, sosiokulturelt press, internalisering, tilfredshet med kropp, kosttilskudd og SF.	Press utøvere opplever i idrettsmiljøet er forskjellig fra press kvinner opplever sosiokulturelt. Presset er større i forhold til hva idretten krever enn hva trener kommenterer og krever av utøver. Direkte kommentarer angående utseende har negativ effekt og er enda sterkere hvis utøver er misfornøyd med egen kropp.

<p>Kong og Harris (2015) (Australia)</p>	<p>Misnøye med egen kropp, symptomer på SF, kroppsbylde, utøvere og idrett.</p>	<p>Kvinner (<i>N</i> = 320)</p>	<p>Elite –og hobbyutøvere 17-30 år (<i>M</i> = 21.7, <i>SD</i> = 3.47)</p>	<p>Blandet idrettsutvalg. Fordelt i LFS og NLFS</p>	<p>Elektronisk spørreskjema. Demografiske spørsmål; Eating Attitudes Test (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) og Figure Rating Scale (Stunkard, Sørensen, & Schulsinger, 1983).</p>	<p>Jenter i LF idretter hadde lavere KMI, var mer misfornøyd med kroppen sin og større forekomst av FSA enn NLF idretter. Seksti prosent (60 %) eliteutøvere fra LF og NLF idretter rapporterte press fra trener ang. kroppsfasong</p>
<p>Morrisette et al. (2015) (Canada)</p>	<p>Kvinnelige idrettsutøvere på VGS, restriktiv kostholdsattferd og bekymring omkring kroppsvekt</p>	<p>Jenter: Utøvere (<i>N</i> = 255) Kontroll (<i>N</i> = 91)</p>	<p>Idrettsutøvere på VGS Utøvere (<i>M</i> = 14.1, <i>SD</i> = 1.4) Kontroll (<i>M</i> = 13.7, <i>SD</i> = 1.3)</p>	<p>Uspesifisert; utøverne måtte være konkurranseaktive enten gjennom skolelag, eller utenfor skolen lokalt, regionalt, nasjonalt eller internasjonalt</p>	<p>Spørreskjema om holdninger og atferd rettet mot kosthold og kropp</p>	<p>Forbedret utseende så ut til å være hovedårsaken til et restriktivt kosthold og vektreduserende atferd hos idrettsutøverne. Bekymring omkring kroppsvekt var omtrent likt utbredt hos både utøvere og kontroller (67 % mot 72 %). Å være misfornøyd med kroppsfasong var også likt mellom utøvere og kontroller (38 % mot 36 %). Hos utøvere, var cheerleadere og utøvere i vannbaserte idretter mer misfornøyd deres kroppsfasong enn andre idrettsgrupper, men funnene var ikke signifikante. Forekomsten av jenter som prøvde å gå ned i vekt det foregående året var høyere hos kontrollene (51 %) enn utøvere (40 %), men ikke signifikant.</p>

Tackett, Petrie og Anderson (2016) (USA)	Frekvens av veiing, vektbekvissthet, vektkontroll i praksis, mat og ernæring	Kvinner (<i>N</i> = 414)	Collegestudenter (<i>M</i> = 19.14 år, <i>SD</i> = 1.86)	Turn og svømming/stup	Spørreskjema om vektmåling	41 % (<i>N</i> = 171) deltok i laginnveiing. Av disse brukte 75 % (<i>N</i> = 128) minst én vektregulerende strategi før innveiing. Femtifem prosent (55 %) (<i>N</i> = 225) ville gå ned i vekt.
Beckner og Record (2016) (USA)	Kroppsbilde, helse, treners påvirkning, idrettsutøvere	Kvinner (<i>N</i> = 28)	Utøvere i idrettslag tilhørende høyskole/universitet (<i>M</i> = 19.4, <i>SD</i> = 1.5)	Representerte 13 forskjellige idretter som inkluderte svømming, fotball, softball og stup.	Personintervju	Utøverne så på seg selv som muskuløse, identifiserte seg selv som annerledes enn andre og hadde en personlig vektlegging på vekt. Treners kommunikasjon om kroppsbilde og helse hadde en viktig betydning for hvordan utøverne oppfattet sine atletiske evner. I tillegg følte utøverne at det manglet reell veiledning i forhold til disse temaene hos trener og treners kommunikasjon om disse temaene syntes å påvirke utøvers atferd rundt kosthold og mosjon.

Note. Alder er målt i *M* (gjennomsnitt) med *SD* (standardavvik). LFS: Leanness focused sports, NLFS: Non-leanness focused sports

3.0 Metode

3.1 Metodevalg og – design

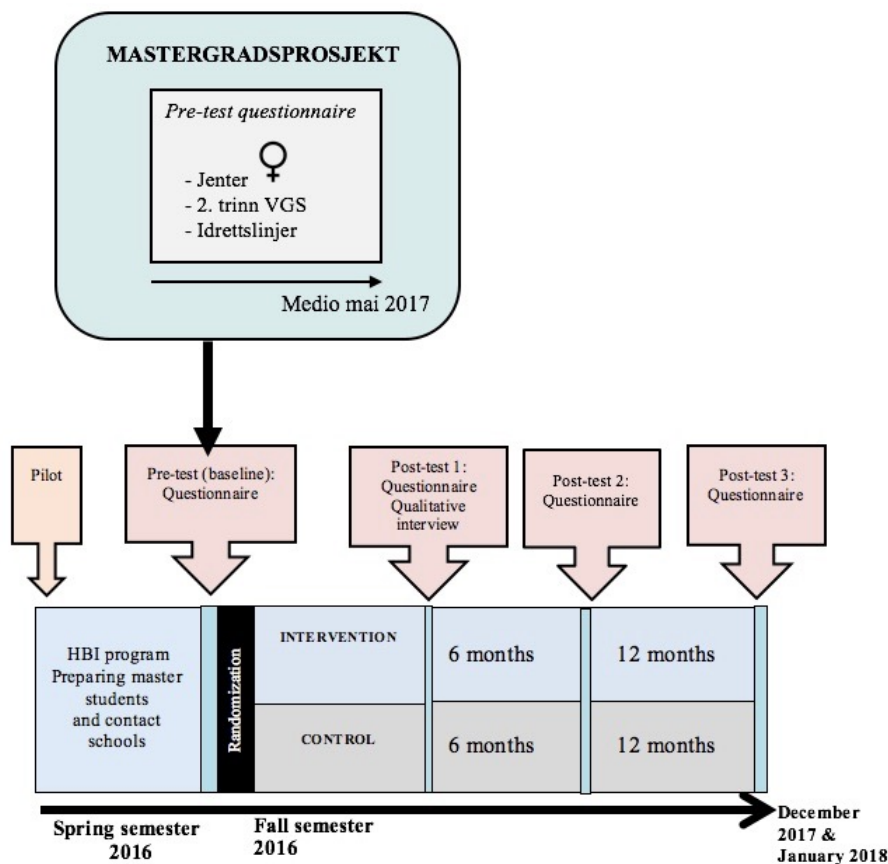
3.1.1 Hovedprosjektet «Healthy Body Image»

Masterprosjektet er en del av «Healthy Body Image» (HBI), en skolebasert, randomisert intervensjonsstudie (RCT). HBI-prosjektet pågår frem til årsskifte 2017/2018 og gjennomføres ved VGS i Oslo og Akershus kommune. Prosjektet har en helsefremmende hensikt, særlig ved å fremme positivt kroppsbilde, men også å redusere risikofaktorer for negativt kroppsbilde og FSA. Elever på 2. trinn, både gutter og jenter, ble spurt ved skolestart høsten 2016 om å svare på et omfattende spørreskjema for å kartlegge deres erfaringer rundt trening, kosthold, helse, kropp og opplevelse av egen kropp. Videre bygget prosjektet på et pedagogisk konsept der tre 90-minutters forelesninger eller workshops ble gjennomført. Disse inkluderte informasjon og lære av teknikker for å øke mediekunnskap, bedre selvtillit og kroppsbilde, samt diskusjoner rundt sannheter og myter tilknyttet livsstilsfaktorer.

HBI-prosjektets intervensjons – og kontrollskoler ble tilfeldig utvalgt av Statistisk sentralbyrå (SSB). Elevene skal etter endt prosjekt ha besvart spørreskjema fire ganger (pretest, post-test 1, post-test 2 og post-test 3). HBI-prosjektet hadde tidligere utviklet et informasjonsskriv til elever (Vedlegg 2) og sikkerhetstiltak angående forskningsetiske spørsmål rundt blant annet datainnsamling –og oppbevaring. Prosjektet ble godkjent av Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) (Vedlegg 3).

3.1.2 Masterprosjektet

Masterprosjektet benyttet data hentet fra pretest i HBI-prosjektet. Fordi pretest inkluderte alle skoler før randomisering inn i intervensjons –og kontrollgrupper, var dette masterprosjektet uavhengig av videre data fra HBI-prosjektet. Masterprosjektets design blir beskrevet i figur 4.



Figur 4. Illustrasjon av masterprosjektets design med utgangspunkt i HBI-designet

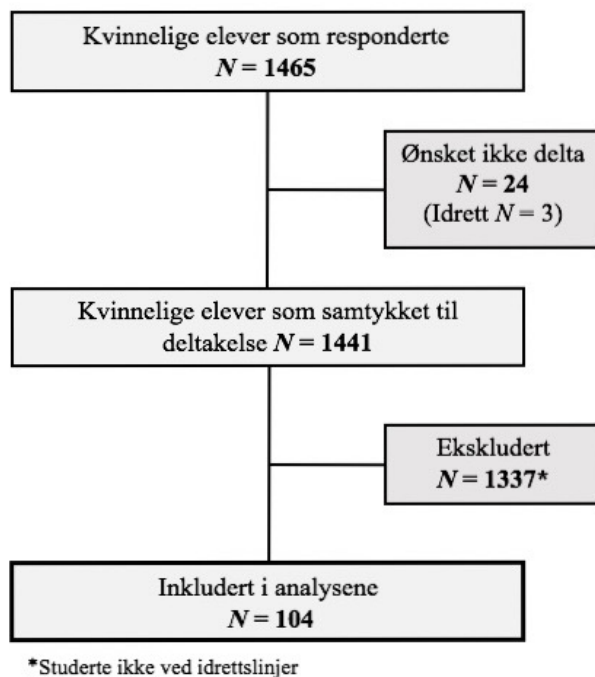
Masterprosjektet ville se på hva som «rører seg» akkurat nå hos idrettsaktive jenter på VGS. På bakgrunn av at dette er egnet og valgt studiedesign en tverrsnittstudie. Denne typen design gir muligheter til å beskrive et fenomen eller undersøke bestemte variabler, som for eksempel FSA og kroppsopplevelse, på ett gitt tidspunkt (Polit & Beck, 2017). I tverrsnittsundersøkelser vil innsamlede data referere til samme tidspunkt, slik at man kan forstå en struktur og studiedesignet gjør det mulig å se på korrelasjon mellom variabler (Halvorsen, 2008). Fordi masterprosjektet fikk tilgang til ferdig innsamlede pretestdata, ble det inngått en avtale mellom masterstudent og prosjektledelsen, som en slags kompensasjon og bidrag i HBI-prosjektets datainnsamling. Elevene ved intervensjonsskolene fikk oppgaver eller hjemmelekser de skulle gjøre etter workshop 1 og workshop 2. Oppgavene tok utgangspunkt i temaene i workshopene og skulle oppfordre til refleksjon rundt dette. Bidraget til masterstudenten i hovedprosjektet gikk ut på å registrere hvilke elever fra de ulike skolene som besvarte oppgavene og gi tilbakemelding til elevene. Oppgavene som ble utsendt, svarene til elevene og tilbakemeldingene ble gjort gjennom e-postutveksling. Det ble

underskrevet en taushetserklæring av masterstudenten vedrørende innsamling og oppbevaring av data fra HBI-prosjektet.

3.2 Utvalg

3.2.1 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Alle elever ved VGS i Oslo og Akershus, som skoleåret 2016/2017 begynte på 2. trinn, fikk forespørsel om å delta i HBI-prosjektet. Begge kjønn ble inkludert og elevene var 16-17 år. Da masterprosjektet tok utgangspunkt i et bestemt utvalg, er videre inklusjonskriterier for denne oppgaven; jenter som studerte ved idrettslinjer på VGS (figur 5).



Figur 5. Prosessdiagram som viser inklusjon og eksklusjon av deltakere til analyser i masterprosjektet

3.3 Datainnsamling og instrumenter

Elevene i HBI-prosjektet besvarte spørreskjema elektronisk gjennom det internettbaserte SurveyXact undersøkelsessystemet. Elevene fikk mulighet til å besvare når som helst utenfor vanlig skoletid. HBI-prosjektets spørreskjema inneholdt mange instrumenter eller skalaer som målte ulike variabler ved kropp, trening, kosthold og helse. Fordi masterprosjektet tok utgangspunkt i data fra pretest, er utarbeidelsen og valg av instrumentene allerede foretatt.

Videre analyser i dette masterprosjektet er basert på utvalgte instrumenter fra HBI-prosjektet som er mest sentrale for målet med masterprosjektet (Vedlegg 1).

3.3.1 Eating Disorder Examination Questionnaire

FSA ble målt gjennom instrumentet Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q11). Instrumentet er kortversjonen av EDE-Q versjon 6.0, et spørreskjema måler typiske trekk ved forstyrret spiseatferd eller spiseforstyrrelser gjennom 28 spørsmål (Friborg et al., 2013). Begge spørreskjemaene er opprinnelig utviklet fra det kliniske intervjuet Eating Disorder Examination (EDE) (Cooper & Fairburn, 1987), ansett som ett av de fremste instrumentene innen utredning og diagnostisering av SF (Mond et al., 2004). EDE-Q 6.0 er i likhet med EDE delt inn i fire subskalaer; restriksjon, bekymring for spising, bekymring for kroppsfigur og bekymring for vekt.

EDE-Q11 måler to subskalaer; *bekymring for vekt* og *bekymring for kroppsfigur* (Cooper et al., 1989). Spørreskjemaet dekker de siste 28 dager og deltakerne må selv krysse av i hvilken grad de opplever utsagn eller spørsmål. Svaralternativene er gradert fra Ingen dager (0), 1-5 dager (1), 6-12 dager (2), 13-15 dager (3), 16-22 dager (4), 23-27 dager (5) til Alle dager (6). Et eksempel på spørsmål til subskala *bekymring for vekt*: «På hvor mange av de siste 28 dagene ... Har du hatt en klar frykt for at du kan gå opp i vekt?» og eksempel fra *bekymring for figur*: «På hvor mange av de siste 28 dagene ... Har du følt deg tykk?» (Friborg et al., 2013). For å få scoren på hver subskala regnes gjennomsnittet ut fra leddene (spørsmålene) under hver subskala. For samlet, eller global score, summeres subskalaene og totalsummen deles på antall subskalaer (for eksempel 4). Subskalascorere er rapportert som gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD). Høyere score på EDE-Q11 indikerer større grad av FSA og SF. Cutoff-score for klinisk område i forskningsstudier er satt til 4 (Friborg et al., 2013; Mond et al., 2008). EDE-Q11 gir tilsvarende vurdering som EDE i et relativt kort selvrapporтерingsformat. I denne oppgaven brukes en godkjent, norsk oversettelse av EDE-Q11 (Rø, Reas, & Lask, 2010).

Studier som har målt validitet har funnet høy grad av enighet mellom EDE-Q11 og EDE (Carter, Aimé, & Mills, 2001; Fairburn & Beglin, 1994). Internasjonale test-retest reliabilitet har også blitt demonstrert (Mond et al., 2004). Rø et al. (2010) fant tilfredsstillende resultater på intern konsistens og test-retest reliabilitet.

3.3.2 Drive for Leanness Scale

Drive for Leanness Scale (DLS) (Smolak & Murnen, 2008) ble brukt for å måle både FSA og kroppsopplevelse. Drive for leanness refererer til en motiverende interesse for å ha relativt lav mengde kroppsfett, samtidig som man har tonede, godt trente muskler (Smolak & Murnen, 2008). DLS er et spørreskjema brukt for å måle kvinner og menns ønske om slankhet (Smolak & Murnen, 2008). DLS ble utviklet for å danne et nytt og stabilt instrument som skulle være relasjon til, men også skille seg ut fra andre instrumenter som måler kroppsbilde; Eating Disorder Inventory; Drive for Thinness Subscale (Garner, 2004b) og Drive for Muscularity Scale (McCreary & Sasse, 2000). DLS inneholder seks items eller påstander som vurderer ønske og holdninger om slankhet, der de vurderes på en skala; 1 (aldri), 2 (sjeldent), 3 (noen ganger), 4 (ofte), 5 (nesten alltid) og 6 (alltid). Et eksempel på påstand er: «Målet mitt er å ha veldefinerte muskler». Itemsene blir summert til en poengsum, der høy sum indikerer høyt ønske om slankhet (Smolak & Murnen, 2008). Instrumentet viser tilfredsstillende test-retest reliabilitet, konstruksjonsvaliditet, intern konsistens og faktorvaliditet (Smolak & Murnen, 2008; Tod, Edwards, & Hall, 2013; Tod et al., 2012).

3.3.4 Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4

Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4) (Schaefer et al., 2015) ble brukt for å måle kroppsopplevelse. Instrumentet er et spørreskjema som måler sosiokulturelle faktorer som bidrar til aksept av rådende utseendeidealer (Schaefer et al., 2015). SATAQ-4 baserer seg på fem subskalaer som tar utgangspunkt i internalisering og press. Subskalaene som omhandler internalisering er 1) *idealet og ønsket om en slank kropp eller ha lite kroppsfett* og 2) *idealet eller ønsket om en muskulær og atletisk kropp*. Subskalaene som omhandler press er; opplevelsen av utseenderelatert press fra 3) *jevndrende*, 4) *familie* og 5) *media* (Schaefer et al., 2015). Spørreskjemaet består av 22 påstander deltakerne selv skal rangere fra 1 (Veldig uenig), 2 (Ganske uenig), 3 (Verken/eller), 4 (Ganske enig), til 5 (Veldig enig). Høyere score indikerer større grad av bekræftelse av sosiokulturelle faktorer som påvirker utseendeidealer. På bakgrunn av HBI-prosjektet inkluderes kun subskalaene 1 (for eksempel «Jeg tenker mye på å se tynn ut»), 2 (for eksempel «Det er viktig for meg å se atletisk ut») og 3 (for eksempel «Jeg føler press fra media om å se bedre ut»). SATAQ-4 viser tilfredsstillende intern konsistens, faktorstruktur og sammenfallende validitet ved målinger av kroppsbilde, forstyrret spiseatferd og selvtilit (Llorente et al., 2015; Schaefer et al., 2015; Yamamiya et al., 2016).

3.4 Validitet og reliabilitet

For å vurdere kvaliteten i kvantitative instrumenter er det to sentrale kriterier som ligger til grunn; validitet og reliabilitet (Polit & Beck, 2017). Disse kriteriene brukes for å høyne troverdigheten i instrumentet (Allsop & Saks, 2013; Liamputtong, 2010). Validitet (gyldighet) betegner i hvilken grad resultatene, fra et forsøk eller instrument, faktisk viser det man har i hensikt å måle eller undersøke (Hassmén & Hassmén, 2008). Det er tolkningen av data som valideres, ikke selve målemetodene eller testene. Validitet handler om i hvilken grad man kan trekke slutninger basert på resultatene (Thomas, Silverman, & Nelson, 2005). Validitet er et enhetlig begrep, men det er vanlig å snakke om en rekke validitetsbegrep, for eksempel indre (intern) og ytre (ekstern) validitet. Det er spesielt i den eksperimentelle forskningen intern validitet blir diskutert. Det berører relasjoner mellom det som inngår i selve undersøkelsen, og fremfor alt, forholdet mellom den avhengige og uavhengige variabelen (Hassmén & Hassmén, 2008). Denne formen for validitet er knyttet til spørsmålet om det er mulig å uttale seg om kausalitet mellom den avhengige og uavhengige variabelen. Ekstern validitet handler på den andre siden om hvorvidt resultatene kan generaliseres til større grupper, situasjoner og miljøer. Dersom en studie har lav ekstern validitet betyr det at forskerne utelukkende bare kan uttale seg om gruppen som undersøkes, og i den spesifikke situasjonen gruppen undersøkes i. På den andre siden, ved høy ekstern validitet, kan resultatene anses som gyldige for andre grupper, selv utenfor undersøkelseskonteksten (Hassmén & Hassmén, 2008). Det skilles også mellom innholdsvaliditet, kriterierelatert validitet og begrepsvaliditet (Polit & Beck, 2017).

Reliabilitet (pålitelighet) er forbundet med målesikkerhet (Liamputtong, 2010). Jo mindre varierende resultater i gjentatte målinger, jo høyere reliabilitet (Polit & Beck, 2017). En studie kan ikke bli ansett som valid hvis den ikke er reliabel – dersom studien ikke er konsekvent og gir de samme resultatene — da kan den ikke stoles på (Thomas et al., 2005). Derimot kan en studie være reliabel, uten å være valid, men lav reliabilitet *er* bevis på lav validitet (Polit & Beck, 2017). Tre aspekter ved reliabilitet er viktig for kvantitativ forskning; stabilitet (at instrumentet måler det samme ved ulike anledninger), intern konsistens (at de ulike items i et instrument måler det samme) og ekvivalens (grad av enighet hos to eller flere selvstendige observatører om hvordan score et instrument) (Polit & Beck, 2017).

3.5 Databehandling

3.5.1 Bakgrunnsvariabler

Det ble gjennom HBI-prosjektet samlet informasjon om blant annet respondentenes kjønn, alder, vekt, høyde, timer FA per uke, menstruasjonsstatus, prevensjonsmidler, innvandrerstatus, studieretning, søvn – og spisevaner. Opprinnelige tekstvariabler som vekt, høyde, timer FA per uke ble konvertert til rene numeriske variabler før analyser (for eksempel 14 timer og 30 minutter FA ble omgjort til 14,5 timer). Ved spørsmål om hyppighet av en rekke ulike aktivitetsformer (for eksempel styrketrening, ballidrett, dans, teknisk, yoga) per uke besvarte elevene følgende kategorier: 1 (*Aldri*), 2 (*< 1 gang per uke*), 3 (*1 gang per uke*) eller 4 (*Flere ganger per uke*). På bakgrunn av videre analyser ble utholdenhetstrening og styrketrening omgjort til dikotome variabler og fikk disse verdiene: 0 (*1 gang per uke eller mindre*) og 1 (*Flere ganger per uke*).

Menstruasjonsstatus ble rapportert gjennom 1 (*Har fått mens*) og 2 (*Har ikke fått mens*) og bruk av prevensjonsmidler (p-piller, p-ring, p-stav og lignende) gjennom 1 (*Ja*) og 2 (*Nei*). Respondentene rapporterte innvandrerstatus som *Etnisk norsk*, *Innvandrer* eller *Øvrig*.

Kroppsmasseindeks (KMI) ble regnet ut ved formelen $KMI = vekt (kg) / høyde (m)^2$.

Klassifisering av KMI er basert på kriterier fra Cole, Flegal, Nicholls og Jackson (2007).

Kategoriene er som følger:

Undervekt $\leq 18.5 \text{ kg/m}^2$

Normalvekt 18.5 – 24.9 kg/m^2

Overvekt 25 – 29.9 kg/m^2

Fedme $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Klassifisering av FSA ble basert på EDE-Q cutoff ≥ 4 . En gjennomsnittscore på over eller lik 4 ble kategorisert som FSA (Friborg et al., 2013; Mond et al., 2008). En score over cutoff indikerte at en spesifikk holdning eller atferd ble rapportert mer enn halvparten av de siste 28 dagene og ble brukt for å definere FSA fordi det er funnet predikerende for SF i tidligere studier (Thein-Nissenbaum et al., 2011).

DLS-score ≥ 3.5 ble kategorisert som en høy verdi ved måling av ønske om slankhet (Smolak & Murnen, 2008).

3.5.2 Statistiske verktøy

Alle statistiske analyser ble utført gjennom IBM SPSS Statistics versjon 23.

Preliminære analyser ble gjort gjennom prinsippal komponentanalyse (varimax rotasjon) på instrumentene EDE-Q11 (Friborg et al., 2013), DLS (Smolak & Murnen, 2008) og SATAQ-4 (Schaefer et al., 2015). Faktoranalyse er en statistisk analyseteknikk for å vurdere hvorvidt de innsamlede indikatorvariablene (items) korrelerer så mye, at de kan sies å uttrykke det samme underliggende fenomen (komponenter) (Ottesen & Thing, 2015; Thomas et al., 2005).

Faktoranalyser måler begrepsvaliditeten hos et instrument (Hassmén & Hassmén, 2008).

Styrken på sammenhengen mellom den enkelte variabel og komponent vises gjennom størrelsen på faktorladningen. I følge Tabachnick og Fidell (2001) er en tommelfingerregel at faktorladninger $\geq .70$ blir sett på som svært gode, $\geq .63$ veldig gode, $\geq .55$ gode, og $\geq .45$ er greit nok. Antall komponenter ble avgjort gjennom egenverdier over 1. Videre ble det foretatt indre reliabilitetstest (intern konsistens) for å måle styrken på stabilitet i instrumentene (Cortina, 1993; Hassmén & Hassmén, 2008). Størrelsen på Cronbach's alpha forklarer forbindelsene; jo sterkere forbindelser, desto høyere blir den utregnede alphas-koeffisienten, som varierer mellom 0 og 1 (Hassmén & Hassmén, 2008; Polit & Beck, 2017). Alphaverdier $\geq .70$ blir sett på som akseptabelt (Cortina, 1993; Hassmén & Hassmén, 2008).

Pearsons produkt-momentkorrelasjonsanalyse ble foretatt for å undersøke bivariate sammenhenger mellom sentrale kontinuerlige variabler. Preliminære analyser ble foretatt for å sørge for ingen overtredelse av antatt normalfordeling og linearitet (Pallant, 2013).

Korrelasjon beskriver det lineære forholdet mellom to, eller flere, kontinuerlige variabler, både retningen og styrken av forholdet (Pallant, 2013). Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient (r) er designet for kontinuerlige variabler og koeffisienter med verdier fra -1 til +1. Fortegnet indikerer hvorvidt det er en negativ korrelasjon (når en variabel øker, synker den andre) eller en positiv korrelasjon (når en variabel øker, øker også den andre). Størrelsen på den absolutte verdien (uten å se på fortegnet) viser en indikasjon på styrken av forholdet (Pallant, 2013). En korrelasjon på 0 tilsvarer ingen forhold i det hele tatt, mens en korrelasjon på 1 indikerer perfekt positiv korrelasjon, og motsatt, -1 indikerer perfekt negativ korrelasjon. Pallant (2013, p. 139) beskriver følgende retningslinjer for å tolke Pearson r : liten $r = .10$ til $.29$, medium $r = .30$ til $.49$ og stor $r = .50$ til 1.0 .

For videre undersøkelser av forholdet mellom FSA og negativ kroppsopplevelse ble det utført en lineær multippel regresjonsanalyse. Regresjonsanalyser undersøker hvor godt et sett uavhengige variabler kan predikere et spesielt utfall (avhengig variabel). Analysene vil også gi en indikasjon på hvilken variabel som best kan predikere et utfall. I tillegg gjør regresjonsanalyser det mulig å se hvorvidt en variabel fortsatt kan predikere et utfall når effektene av andre variabler blir kontrollert for, og gjør det dermed mulig å fastslå statistisk signifikans (Pallant, 2013).

Håndteringen av missingverdier ble gjort gjennom «listwise deletion», der tilfeller med noen form for savnede verdier blir forkastet. Dette er en teknikk som blir sett på som standard for filtrering av missingverdier (Little, 1992). I denne oppgavens tilfelle vil kun data fra jenter med komplette data inkluderes i analysene.

Deskriptive data blir presentert som frekvens (prosent), gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD), avhengig av datas beskaffenhet. Signifikansnivået er satt til .05 for alle analyser.

4.0 Resultater

4.1 Preliminære analyser

I forkant av analyser for å belyse oppgavens hovedmål ble det foretatt eksplorative faktoranalyser for EDE-Q11, DLS og SATAQ-4; prinsippal komponentanalyse med varimax rotasjon (hvis relevant). Som vist i tabell 11, identifiserte faktoranalysen for EDE-Q11 én komponent.

Tabell 11. Prinsippal komponentanalyse, Cronbach's alpha og forklart varians av EDE-Q11

Identifiserte komponenter	
	1
EDE-Q_11	.90
EDE-Q_22	.88
EDE-Q_23	.87
EDE-Q_27	.86
EDE-Q_12	.86
EDE-Q_26	.86
EDE-Q_28	.86
EDE-Q_25	.85
EDE-Q_10	.83
EDE-Q_6	.60
EDE-Q_24	.56
Egenverdi	7.36
% av varians	66.88
Cronbach's alpha	.95

Note. EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire. Faktorladninger <.40 er fjernet, for klarhet.

Faktoranalysen for DLS identifiserte, likt som ved EDE-Q11, én komponent. Tabell 12 viser resultatene fra faktoranalysen.

Tabell 12. Prinsipal komponentanalyse, Cronbach's alpha og forklart varians av DLS

Identifiserte komponenter	
	1
DLS_4	.79
DLS_1	.78
DLS_5	.77
DLS_6	.76
DLS_2	.68
DLS_3	.66
Egenverdi	3.30
% av varians	55.01
Cronbach's alpha	.83

Note. DLS: Drive for Leanness Scale. Faktorladninger <.40 er fjernet, for klarhet.

Som vist i tabell 13, identifiserte faktoranalysen for SATAQ-4 tre komponenter. De tre faktorene, identifisert som 1, «ønske om slank kropp eller lite kroppsfett» (*f*), 2, «ønske om atletisk kropp eller muskler» (*a*) og 3, «press fra media» (*m*), representerer tre teoretisk distinkte dimensjoner. De ulike itemene er rapportert under den komponenten der de hadde høyest ladning. Ingen betydelige kryssladninger ble identifisert.

Tabell 13. Prinsipal komponentanalyse, Cronbach's alpha og forklart varians av SATAQ-4

Identifiserte komponenter			
	1	2	3
SATAQ-4_f3	.86		
SATAQ-4_f5	.86		
SATAQ-4_f8	.85		
SATAQ-4_f9	.76		
SATAQ-4_f4	.72		
SATAQ-4_a10		.88	
SATAQ-4_a2		.85	
SATAQ-4_a7		.80	
SATAQ-4_a6		.79	
SATAQ-4_a1		.70	
SATAQ-4_m19			.92
SATAQ-4_m21			.90
SATAQ-4_m22	.41		.84
SATAQ-4_m20	.45		.82
Egenverdi	6.75	2.79	1.44
% av varians	48.20	19.95	10.30
Cronbach's alpha	.93	.88	.95

Note. SATAQ: Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire, f = ønske om slank kropp/lite kroppsfett, a = ønske om atletisk kropp/muskler, m = press fra media. Faktorladninger <.40 er fjernet, for klarhet.

4.2 Deskriptiv statistikk og korrelasjon

Utvalget bestod av 104 jenter som gikk 2. trinn idrettslinjer ved VGS. Antall missing varierte avhengig av variabler. Hovedandelen av respondentene (92.3 %) beskrev seg selv som etnisk norske, resterende som innvandrere eller øvrig (henholdsvis 4.8 % og 2.9 %). Ytterligere beskrivelse av utvalget, som alder, vekt, høyde, KMI og fysisk aktivitetsnivå er presentert i tabell 14.

Tabell 14. Deskriptive data hos utvalget i studien

Jenter (N = 104)			
		Minimum	Maksimum
Alder, år	16.7 (.4)	16.0	17.0
Vekt, kg	59.4 (7.9)	45.0	90.0
Høyde, cm	168.2 (5.8)	149.0	181.0
KMI, kg/m ²	20.9 (2.6)	15.8	32.2
FA, t/uke*	13.6 (7.1)	2.0	40.0

Note. Resultatene er gitt i gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD). KMI: Kroppsmasseindeks, *FA: totalt fysisk aktivitetsnivå, inkluderer FA på skole og fritid.

Ved spørsmål om hyppighet av ulike former for FA, viste styrketrening og utholdenhetstrening seg som mest populært. Styrketrening én gang i uken eller mindre ble rapportert av 37.2 % av jentene, mens 62.8 % trente styrketrening flere ganger i uken (missing: 26 jenter). Lignende resultater viste seg ved spørsmål om utholdenhetstrening; henholdsvis 38.5 % og 61.5 % (missing: 26 jenter). Hos jentene som besvarte på spørsmål om menstruasjon rapporterte 98.7 % at de hadde fått menstruasjon og kun én respondent hadde ikke fått menstruasjon (missing: 27 jenter). Videre rapporterte 49.4 % av jentene bruk av prevensjonsmidler, mens 50.6 % rapporterte ingen bruk av prevensjonsmidler (missing: 27 jenter).

På bakgrunn av KMI hos utvalget (N = 100) ble 20 % av jentene klassifisert som undervektige, 74 % som normalvektige, 5 % overvektige og 1 % falt under kategorien fedme (missing: 4 jenter). Ved spørsmål om bruk av slankeprodukter rapporterte totalt 9 % bruk av slankeprodukter minst en gang i uken. Av disse rapporterte 6.4 % (N = 5) av jentene at de

bruke slankeprodukter én til to ganger per uke, mens 2.6 % ($N = 2$) rapporterte at de brukte slankeprodukter hver dag (missing: 26 jenter).

Basert på selvrappotering av FSA i utvalget ($N = 79$), ble 15 jenter (19 %) kategorisert med FSA (over cutoff-score) og resterende 64 jenter (81 %) som uten FSA (under cutoff-score) (missing: 25 jenter). Ved måling av kroppssopplevelse viste gjennomsnittscore på SATAQ-delmålingene *f* (ønske om en slank kropp eller lav kroppsvekt) og *m* (press fra media) hos utvalget henholdsvis 3.5 ($SD = 1.07$) og 3.3 ($SD = 1.18$). Av disse rapporterte 15.2 % høyest score ved alle items knyttet delmålingene *f* og *m*. Ved måleinstrumentet DLS var gjennomsnittscore på 3.8 ($SD = 1.00$), hvorav 4.2 % rapporterte en score på 6 (alltid) ved alle items.

Forholdet mellom FSA (målt gjennom EDE-Q) og kroppssopplevelse (målt gjennom DLS og SATAQ) ble utforsket ved å bruke en Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient. Resultatene presenteres i tabell 15. Det ble funnet en signifikant, positiv sammenheng mellom alle de sentrale variablene i studien. Forholdet mellom FSA (EDE-Q) og ønsket om en slank kropp eller ha lite kroppsfett (SATAQ_f), og press fra media (SATAQ_m) viste sterk, positiv korrelasjon, $r = .68$, $N = 79$, $p < .001$, der høyere ønske om en slank kropp eller ha lite kroppsfett, og press fra media, var assosiert med høyere forekomst av FSA. Forholdet mellom DLS og ønske om atletisk kropp eller muskler viste sterkest positiv korrelasjon, $r = .72$, $N = 79$, $p < .001$. Dikotome variabler (styrketrening og utholdenhetstrening) ble ekskludert da disse ikke var kontinuerlige variabler.

Tabell 15. Bivariat korrelasjon (Pearson r) mellom sentrale kontinuerlige variabler

	1	2	3	4	5
1. EDE-Q	-				
2. DLS	.45**	-			
3. SATAQ_f	.68**	.42**	-		
4. SATAQ_a	.28*	.72**	.35**	-	
5. SATAQ_m	.68**	.35**	.63**	.25**	-
6. KMI	.28*	.00	.07	-.06	.31**

Note. ** $p < .01$ (2-tailed) * $p < .05$ (2-tailed), EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire, DLS: Drive for Leanness Scale, SATAQ: Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire, f = ønske om slank kropp/lite kroppsfett, a = ønske om atletisk kropp/muskler, m = press fra media, KMI: kroppsmasseindeks.

I videre analyser ble variabelen SATAQ_a fjernet på grunn av høye korrelasjonsverdier i forhold til DLS.

4.3 Prediksjon av forstyrret spiseatferd

En lineær multippel regresjonsanalyse ble brukt for å vurdere om kontrollerte måleredskaper (SATAQ og DLS) vil kunne forutsi forekomst av FSA (EDE-Q), etter å ha kontrollert for påvirkning av KMI, timer FA per uke, styrketrening og utholdenhetstrening. Resultatene er presentert i tabell 16. De ulike variablene ble inkludert i steg 1, og kombinasjonen av disse forklarte 6 % av FSA. Kun KMI var en signifikant prediktor for FSA. I steg 2 ble delmålinger av SATAQ og DLS inkludert i analysen. SATAQ_f og SATAQ_m hadde de høyeste β -koeffisientene. Det var en positiv sammenheng mellom SATAQ_f og SATAQ_m og disse kunne predikere FSA med en forklart varians på 59 %.

Tabell 16. Prediksjon av forstyrret spiseatferd

	Forstyrret spiseatferd	
	Steg 1 β (<i>p</i> -verdi)	Steg 2 β (<i>p</i> -verdi)
KMI	.30 (.01)	.14 (.09)
FA, t/uke	.14 (.23)	.07 (.34)
Styrketrening	.05 (.71)	-.16 (.07)
Utholdenhetstrening	.01 (.96)	.09 (.25)
SATAQ_f		.42 (.00)
SATAQ_m		.33 (.00)
DLS		.17 (.05)
F (df)	2.13 (4)	16.84 (7)
Justert R ²	.06 (.07)	.59 (.00)

Note. KMI: kroppsmasseindeks, FA, t/uke: fysisk aktivitet, timer per uke, SATAQ: Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire, f = ønske om slank kropp/lite kroppsfett, m = press fra media. DLS: Drive for Leanness Scale. Signifikante koeffisienter i uthevet skrift.

5.0 Diskusjon

Hovedmålet med masterprosjektet var å se på sammenhengen mellom kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd hos jenter ved idrettslinjer på VGS, og videre kartlegge forekomst av forstyrret spiseatferd og grad av kroppsopplevelse hos jentene. Resultatene viste at det var en signifikant, positiv korrelasjon mellom negativ kroppsopplevelse og FSA hos jentene i dette masterprosjektets utvalg. Basert på cutoff-score rapporterte totalt 19 % av jentene at de hadde FSA. Videre viste resultatene at gjennomsnittet av jentene i ganske stor grad hadde en negativ kroppsopplevelse, og at de opplevde et sosiokulturelt press, der ønsket om å ha en slank kropp og press fra media påvirket jentene i størst grad. Det ble dokumentert at kombinasjonen av et ønske om en slank kropp eller ha lite kroppsfett og press fra media kunne predikere FSA med 59 %.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Forstyrret spiseatferd

Basert på selvrapporing viste resultatene i dette masterprosjektet at 19 % av jentene hadde FSA. Disse resultatene ser ut til å falle inn under hva som ble funnet av forekomst av FSA i en review av Bratland-Sanda og Sundgot-Borgen (2013). Der ble det presentert at forekomsten av FSA og SF hos kvinnelige idrettsutøvere varierte fra 6 - 46 % i de forskjellige studiene som ble presentert (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013). Blant annet kan resultatene fra dette masterprosjektet sammenlignes med resultater fra Nichols et al. (2006). Basert på et utvalg idrettsaktive jenter på VGS fant Nichols et al. (2006), ved bruk av måleinstrumentet EDE-Q, at 18.2 % av jentene hadde FSA. Disse resultatene ser ut til å stemme i stor grad med hva som ble funnet i masterprosjektet – både Nichols et al. (2006) og dette prosjektet valgte å utføre en tverrsnittstudie, utvalgene var like og det ble brukt samme måleinstrument med samme cutoff-score. Videre kan resultatene ses i sammenheng med KMI-kategorisering, der 20 % av jentene falt inn under kategorien undervektig. Lav kroppsvekt eller vekttap har lenge blitt sett på som et kjennetegn ved FSA (Skårderud, 2004). Den laveste KMI-verdien (15.8 kg/m^2) hos en av respondentene kan være et symptom på SF og vil kunne klassifiseres som alvorlig (American Psychiatric Association, 2013). I lys av dette fremheves viktigheten av å kartlegge lav KMI da jenter i denne aldersgruppen fortsatt vokser og utvikler seg, og en vektøkning er forventet (Joy et al., 2016).

Forekomsten av FSA i masterprosjektet er imidlertid betydelig lavere enn det for eksempel Thein-Nissenbaum et al. (2011) presenterte i sin studie av kvinnelige idrettsutøvere på VGS. I deres studie ble instrumentet EDE-Q brukt, likt som dette prosjektet, og resultatene viste en forekomst av FSA på 35.4 % (Thein-Nissenbaum et al., 2011). En mulig årsak til lavere forekomst i dette masterprosjektet kan være at deler av jentene i utvalget (13.2 %) til Thein-Nissenbaum et al. (2011) var utøvere i estetiske idretter som vektlegger en slank kropp, i motsetning til dette prosjektet som ikke har undersøkt forekomst av FSA på bakgrunn av inndeling i idretter. Videre i studien til Thein-Nissenbaum et al. (2011) var forekomst av FSA høyere hos jenter i estetiske idretter enn hos jenter i lagidretter, noe som kan gjøre at den generelle forekomsten av FSA hos utvalget ble høyere.

Ettersom dette masterprosjektet ikke har spesifisert hvilke idretter jentene som rapporterte FSA tilhørte, er det derfor vanskelig å si noe om mulig årsaksforhold. På en generell, idrettslig basis kan det ha oppstått en rekke ulike faktorer som videre kan ha ført til selvrapporert FSA. Blant annet er det i tidligere teori antydning at for tidlig spesialisering kan føre til FSA (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Det er ikke uvanlig at det skjer en form for idrettslig spesialisering hos jenter som er rundt 16 år gamle, ikke minst med tanke på overgangen fra ungdomsskole til idrettslinjer. I tillegg vil det i noen idretter være i akkurat denne alderen at overgangen fra juniornivå til seniornivå starter. Det kan også ha oppstått idrettsskader, overtrening eller sykdom i forbindelse med trening eller konkurranse, som kan ha ledet til FSA hos deler av utvalget i masterprosjektet (Sundgot-Borgen, 1994; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).

Sannsynlige årsaker til at tidligere presenterte studier finner varierende forekomst av FSA sammenlignet med dette masterprosjektet, kan være at de benytter ulike måleinstrumenter og en rekke diagnosekriterier for å kartlegge FSA. Rosendahl et al. (2009) fant eksempelvis en forekomst av FSA på 26.7 % hos idrettsaktive jenter på VGS sammenlignet med en kontrollgruppe av ikke-utøvere (36.1 %). I deres studie ble brukt et instrument kalt «EAT-26», et spørreskjema brukt for å kartlegge symptomer på FSA hos individer som ikke er av et klinisk utvalg. I EAT-26 ser det ut til at høyere score kan være tegn på økt patologisk spiseatferd (Garner et al., 1982). Resultatene i studien til Rosendahl et al. (2009) er høyere enn funnene i dette masterprosjektet, og kan forklares gjennom forskernes valg å inkludere tilfeller ved laveste terskel for FSA (score ≥ 10). Videre i en norsk studie av Martinsen et al. (2010) ble det funnet lavere forekomst av FSA hos jenter ved idrettslinjer på VGS (44.7 %)

enn hos et representativt utvalg jenter på «ordinær» VGS (70.9 %). Likevel er forekomst av FSA i deres studie betydelig høyere enn i dette masterprosjektet. En mulig årsak til at det forekommer forskjeller i så stor grad kan forankres i ulikheter ved definisjoner og metoder for å fastsette forekomst av symptomer på FSA. Martinsen et al. (2010) brukte måleinstrumentet EDI-2, et spørreskjema for å vurdere kliniske trekk ved FSA og SF. I tillegg ble det utviklet flere diagnosekriterier (blant annet $KMI < 17.9 \text{ kg/m}^2$, tidligere forsøk på å gå ned i vekt, amenoré, oppkast, slankepiller og lignende) for å fastslå forekomst FSA hos utvalget i studien. Dette masterprosjektet er på en annen side begrenset til ett kriterium; at det kun baserte seg på EDE-Q cutoff-score for å angi forekomst av selvrapporert FSA.

Det er vanskelig å ytterligere tallfeste forekomst av FSA i dette masterprosjektet da det mangler flere måleinstrumenter og kriterier for diagnostisering. En nyere, norsk studie (Torstveit et al., 2015) fant også høyere forekomst (50 %) av symptomer på FSA hos jenter ved idrettslinjer på VGS, enn det som ble registrert hos jentene i dette masterprosjektet. Torstveit et al. (2015) poengterte den høye forekomsten av FSA og begrunnet dette på bakgrunn av forskjellige kriterier brukt for å kartlegge FSA og SF i forskjellige studier. For å unngå falske, negative resultater ble det derfor inkludert flere kriterier, som for eksempel undervekt, slankehistorie, selvrapporert SF og bruk av avføringsmidler, diuretika og klyster (Torstveit et al., 2015). Dette understreker nok en gang utfordringene ved å sammenligne studier, da metoder som er benyttet varierer fra studie til studie.

Selv om resultatene som kom frem i dette masterprosjektet i noen grad viker fra forekomst av FSA i tidligere studier, kan det støtte resultater fra Pettersen et al. (2016). I deres studie ble det rapportert en forekomst av FSA på 18.7 % hos et utvalg kvinnelige idrettsutøvere på VGS, noe som er tilnærmet lik resultatene i dette masterprosjektet (Pettersen et al., 2016). Det skal imidlertid tas hensyn til bruk av måleinstrumentet EDI-2 og ulike utvalg. I dette masterprosjektet er ikke idrettsutøverne fordelt på idretter eller aktiviteter, i motsetning Pettersen et al. (2016) som tok utgangspunkt i jenter som drev med langrenn og skiskyting.

Skårderud (2004) har presisert at det finnes en gråsoner mellom jenter som blir diagnostisert med en klinisk SF og resterende som ikke fullstendig oppfyller diagnosekriteriene. Det er mulig at det finnes flere jenter i dette utvalget som kan klassifiseres med symptomer på FSA, men som ikke fullstendig oppnår kriteriet om EDE-Q-cutoff-score på ≥ 4 . Til tross for en lavere EDE-Q-score enn det som i forskningsartikler regnes som klinisk, kan symptomer på FSA likevel utgjøre en helserisiko og påvirke jentenes livsutfoldelse (Joy et al., 2016).

Motsigende, med tanke på sensitivitet og spesifisitet, vil «snillere» cutoff-kriterier kunne gi en økt andel falske positive resultater, noe som kan resultere i et urealistisk bilde av utvalget (Polit & Beck, 2017).

Beals (2002) fant gjennom måleinstrumentene BSQ og EDI ingen nåværende eller tidligere SF hos kvinnelige volleyballspillere på VGS. Likevel viste resultatene at 35 % av volleyballspillerne rapporterte bekymring omkring kroppsvekt, 10 % rapporterte fremprovosert oppkast, 26 % fastet og 15 % brukte slankepiller for vektkontroll (Beals, 2002). Resultatene er høyere sammenlignet med resultatene funnet hos utvalget i masterprosjektet, der det totalt var 9 % av jentene som rapporterte bruk av slankeprodukter minst én gang i uken. I en annen studie av Roberts et al. (2003), ved bruk av EAT-26, ble det konkludert at jenter på VGS som deltok i idrett ikke var en signifikant prediktor for SF, dette til tross en forekomst av SF på 8.4 %. En mulig årsak til høyere forekomst i dette masterprosjektet kan forklares gjennom fremskrittene som har blitt gjort i løpet av det siste tiåret når det gjelder kartlegging av FSA og SF hos idrettsutøvere (Stice et al., 2012). En nylig studie med et utvalg kvinnelige idrettsutøvere, på samme alder som jentene i dette masterprosjektet, ble det rapportert gjennom EAT-26 en forekomst av FSA på 8.1 % og ut fra de lave gjennomsnittresultatene ble risikoen for FSA vurdert som lav (Prather et al., 2016). Den lave forekomsten kan forklares på bakgrunn av at utvalget var fotballspillere og tidligere teori i større grad rapporterer FSA hos jenter som deltar i idretter der kroppsvekt –og fasong er en viktig del av idrettsprestasjoner (Giel et al., 2016; Prather et al., 2016).

5.1.2 Kroppsopplevelse

Jentene i dette utvalget rapporterte DLS-gjennomsnittscore på 3.8 ($SD = 1.00$), hvorav 4.2 % rapporterte en score på 6 ved alle items. Resultatene indikerte at jentene i gjennomsnitt «ofte» eller «nesten alltid» hadde et ønske om at kroppen skulle være slank, mens 4.2 % «alltid» hadde et ønske om slankhet. Basert på tidligere kategorisering av Smolak og Murnen (2008), som undersøkte ønske om slankhet hos et utvalg kvinnelige collegestudenter mellom 17 og 22 år, kan resultatene som forekommer i dette masterprosjektet falle inn under kategorien «høyt ønske om slank kropp». En mulig forklaring på disse resultatene kan ligge i at jenter på denne alderen står ovenfor en utviklingsperiode med påfølgende nye utfordringer, og det kan tenkes at jentene i lys av dette blir usikre på seg selv og eget utseende (Giel et al., 2016).

Ved bruk av måleinstrumentet SATAQ-4 rapporterte jentene en gjennomsnittscore på 3.5 og 3.3 ved delmålingene *f* (ønske om en slank kropp eller lav kroppsvekt) og *m* (press fra media). Av disse rapporterte 15.2 % høyest score (5 – «veldig enig») ved alle items knyttet til delmålingene *f* og *m*. Disse resultatene tyder på at jentene bekreftet påvirkning av sosiokulturelle utseendeidealer. Dette stemmer med tidligere teori som beskriver idrettsmiljøer som en risikofaktor for mulig negativ kroppssopplevelse og FSA (Skårderud, 2004). På bakgrunn av tidligere teori av Sundgot-Borgen (1993) kan det tenkes at et opplevd press om å oppnå «riktig» fysikk i forhold til idrettslige krav, mulig ha vært en årsak til at jentene rapporterte slik de gjorde. Gjennomsnittscorene tilsvarer at jentene «vippet» mellom å være «verken eller» enige til «ganske» enige om utsagnene i måleinstrumentet. Sammenlignet med Buchholz et al. (2008), som blant annet brukte SATAQ for å måle kroppssopplevelse hos et utvalg kvinnelige gymnaster i samme aldersklasse som dette utvalget, var resultatene i deres studie høyere enn hva som forekom i dette masterprosjektet. Buchholz et al. (2008) fant at nesten én av tre av gymnastene rapporterte bekymring rundt utseende. Denne forskjellen kan utdypes gjennom gymnastkulturens krav om en slank kropp, som ofte forbindes med gode prestasjoner og resultater (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). I tillegg er visse personlighetstrekk, som for eksempel perfektjonisme og sterkt konkurranseinstinkt, er ofte assosiert med gymnaster. Disse personlighetstrekkene kan også kobles til symptomer på FSA og negativ kroppssopplevelse (de Oliveira Coelho et al., 2014).

Årsaken til påvirkningen av det sosiokulturelle presset er i dette tilfellet vanskelig å beskrive, men ut fra tidligere teori kan disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer mulig ha påvirket jentene slik at de bekreftet utseendeidealer (Skårderud, 2004; Sundgot-Borgen, 1994). Press om vektreduksjon fra trenere, for tidlig spesialisering, samt treners atferd og innflytelse er velkjente risikofaktorer for bekymring omkring kropp og hvordan jenter opplever kroppen sin (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010; Varnes et al., 2013). Det er også kjent at eget og andres ønske om å bli slankere for å forbedre idrettsprestasjoner, kan oppstå i idretter der vektreduksjon er en del av forberedelsene før konkurranse (Buchholz et al., 2008; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). At jentene i utvalget bekrefter et sosiokulturelt press rundt utseendeidealer støtter resultatene til Giel et al. (2016) der negative tanker omkring egen kropp var spesielt tydelig hos jenter i tekniske, estetiske og utholdenhetsidretter sammenlignet med jenter i ballidretter. Sosiokulturell påvirkning på kroppssopplevelse gjennom internett og

andre sosiale medier er funnet i tidligere studier som en mulig årsak til internalisering av misvisende kroppsideal (Swami et al., 2009). Dette bekreftes ved, i dette tilfellet, en positiv korrelasjon mellom ønsket om en slank kropp eller lite kroppsfett (SATAQ_f) og press fra media (SATAQ_m) ($r = .63, N = 79, p < .001$). Korrelasjonen understreker viktigheten av å være oppmerksom på hva som blir sagt i ulike medier og hvordan kvinner fremstilles, både generelt i samfunnet men også i idrettsmiljøer.

Abbott og Barber (2011) fant derimot at idrettsaktive jenter på VGS i større grad mente at kroppen deres hadde en praktisk verdi, i motsetning til en estetisk verdi, sammenlignet med jenter som drev med generell FA. Det var viktigere for jentene som drev med idrett at kroppen skulle fungere godt slik at de kunne utforske verden enn at den skulle være attraktiv. Det er tenkelig at jentene i studien til Abbott og Barber (2011) som hadde en positiv kroppsopplevelse i mindre grad opplevde et sosiokulturelt press. En mulig årsak kan være at opplevd aksept fra jevnaldrende jenter i idrettsmiljøer medvirket til økt selvtillit (Abbott & Barber, 2011; Kelly et al., 2005). Likevel fant Abbott og Barber (2011) signifikante forskjeller når det kom til kroppsopplevelse hos jenter i estetiske idretter sammenlignet med jenter idretter som ikke vektla en slank kropp og lite kroppsfett. Gaspar et al. (2011) konkluderte at FA hadde en beskyttende effekt på negativ kroppsopplevelse. En mulig forklaring på dette er at FA gir en rekke helsegevinster, blant annet psykologisk velvære, økt selvtillit og bedret mestringsstrategier, som alle er forbundet med positiv kroppsopplevelse (Andrew et al., 2016a). Videre kan dette relateres til teori om at jenter med familie som oppfordrer til FA og godt kosthold, vil i større grad gjøre grad være fornøyd med kroppen sin (Kelly et al., 2005). En studie av Karr et al. (2013) viste at kvinnelige idrettsutøvere på VGS hadde lav forekomst av negativ kroppsopplevelse på tvers av ulike idretter. I tillegg kom det frem at desto mer jentene trodde på seg selv, desto bedre kroppsopplevelse hadde de (Karr et al., 2013). Den lave forekomsten av negativ kroppsopplevelse så ut til å kunne forklares gjennom kroppslig aksept og selvtillit (Andrew et al., 2016b; Karr et al., 2013).

Resultatene i masterprosjektet er tilnærmet likt eller noe lavere sammenlignet med andre studier på bakgrunn av instrumenter som måler omtrent det samme. Studien av Buchholz et al. (2008) skiller seg fra masterprosjektet i form av deres utvalg var basert på en idrett der en slank kropp er i fokus, og dette masterprosjektet ikke presiserte type idrett. Giel et al. (2016) målte på sin side, likt som dette masterprosjektet, graden av kroppsopplevelse opp mot FSA, men brukte et mindre kjent instrument «Frankfurt Body Concept Scales» (FKKS) for å måle

negativ kroppsopplevelse.

5.1.3 Kroppsopplevelse og forstyrret spiseatferd

I dette masterprosjektet ble det funnet at KMI, antall timer FA per uke, styrketrening og utholdenhetstrening til sammen kunne predikere FSA med 6 %. Kombinasjonen av alle disse variablene var ikke en signifikant prediktor for FSA. Dette støtter teori om at det å være idrettsutøver i seg selv ikke er en risikofaktor eller prediktor for FSA (Sudi et al., 2004). Derimot var variabelen KMI alene en signifikant prediktor for FSA, noe som bekreftes i studien av Karr et al. (2013) der det ble antydnet at høyere KMI er assosiert med negativ kroppsopplevelse.

Resultatene i dette masterprosjektet viste at et ønske om en slank kropp eller ha lite kropps fett kombinert med press fra media kunne predikere FSA med hele 59 %. Dette sosiokulturelle presset har blitt utdypet av Reel et al. (2013) som fant lignende resultater i sitt utvalg av kvinnelige gymnaster, svømmere og stupere på omtrent samme alder som jentene i masterprosjektet. I deres studie kom det frem at presset kvinnelige idrettsutøvere opplever i idrettsmiljøer er forskjellig fra det sosiokulturelle presset jenter opplever ellers i samfunnet. Reel et al. (2013) fant også at negative kommentarer rettet mot utseende hadde en svært negativ effekt på deres utøvere, og man skal ikke se bort fra at slike kommentarer kan ha påvirket jentene på idrettslinjer i masterprosjektet. Videre fant Reel et al. (2013) at de negative kommentarene hadde størst effekt på jenter som allerede hadde en negativ kroppsopplevelse. På bakgrunn av dette kan det tenkes at negative kommentarer fra individer i idrettsmiljøer rettet mot jenter i masterprosjektet, som allerede hadde et negativt forhold til sin kropp, mulig kan ha forsterket deres negative kroppsopplevelse. Trolig kan dette i større grad ha satt jentene i risiko for å utvikle FSA (Reel et al., 2013).

Forekomst av utilfredshet rundt kropp (16.9 %) viste seg som mest fremtredende karakteristikk ved FSA hos juniorutøverne i langrenn og skiskyting i studien til Pettersen et al. (2016). Det ble dermed antydnet at jentene i større grad var misfornøyd med kroppene sine, i motsetning til å ha usedvanlig mange bekymringer omkring kroppsvekt og dietter, eller frykt for å gå opp i vekt. Funnene til Pettersen et al. (2016) støtter opp under resultatene i masterprosjektet, der forholdet mellom FSA og ønsket om en slank kropp eller ha lite kropps fett viste en positiv korrelasjon hos jenter ved idrettslinjer på VGS. Det er viktig å ta disse resultatene på alvor da forskning antyder at en negativ kroppsopplevelse er en

risikofaktor for å utvikle FSA eller en klinisk SF (Voelker et al., 2015).

Videre viste resultatene i dette masterprosjektet positiv korrelasjon mellom FSA og «drive for leanness» (DLS) ($r = .45$, $N = 79$, $p < .001$), noe som indikerer at jenter med FSA i dette utvalget hadde et ønske om en slank kropp. Likevel er ikke denne korrelasjonen like sterk som SATAQ_f, og en mulig forklaring bak dette er at jentene ved idrettslinjer i større grad opplever negativ sosiokulturell påvirkning enn et eget generelt ønske om en slank kropp (Sundgot-Borgen, 1994). I lys av dette kan det tenkes at jentene i masterprosjektet påvirkes av kulturelle trender, eksempelvis «strong is the new skinny», som kan lede til «drive for leanness», og er tidligere funnet at har en negativ effekt på jenters kroppsopplevelse (Tiggemann & Zaccardo, 2015). Da 62.8 % av jentene i dette masterprosjektet rapporterte at de trente styrketrening flere ganger i uken, kan det være at jentene ikke nødvendigvis ønsket å bli slankest mulig, men i større grad få sterkere og mer definerte kropper (Tiggemann & Zaccardo, 2015). Morissette et al. (2015) fant på en annen side at bekymring omkring kroppsvekt og kroppsfasong var omtrent likt utbredt hos kvinnelige idrettsutøvere og kontroller på VGS. Derimot var forekomsten av jenter som prøvde å gå ned i vekt høyere hos kontroller enn hos utøvere. Disse resultatene var ikke signifikante, men motstrider likevel tidligere forskning som har antydnet at det er høyere grad av negativ kroppsopplevelse og større risiko for forekomst av FSA hos idrettsaktive jenter sammenlignet med jenter som ikke er idrettsaktive (Joy et al., 2016; Sundgot-Borgen, 1993).

At den systematiske påvirkningen av tynnhetsidealet allerede ser ut til å oppstå i idrettsmiljøer hos jenter helt ned til 11-årsalder (Buchholz et al., 2008), samtidig som det er funnet høy forekomst av engstelse rundt kropps fett og dietter hos idrettsaktive jenter i ungdomsårene (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004; Swami et al., 2009), er det mulig at elevene i dette prosjektet opplevde disse utfordringene og hadde symptomer på negativ kroppsopplevelse og FSA allerede før de startet på VGS. Tidligere forskning insinuerer at deltakelse i idrett kan lede til negativ kroppsopplevelse og FSA (Morissette et al., 2015). Likevel burde man ta i betraktning at dette er en tverrsnittstudie, og det blir dermed vanskelig å si noe om hvorvidt jentene hadde utviklet en negativ kroppsopplevelse og FSA i barne- og ungdomsalder eller om dette har blitt utviklet etter jentene startet ved idrettslinjer på VGS. Det er tidligere antydnet at sykdomsdebut av SF vanligvis oppstår før jentene har blitt 25 år (de Oliveira Coelho et al., 2014), samtidig som det finnes indikasjoner på at FSA blant barn og unge fortsatt er økende (Herpertz-Dahlmann et al., 2011). Derfor skal man ikke se bort fra muligheten for at noen av tilfellene av FSA i dette utvalget allerede ble utviklet i barne- og ungdomsalder. Dette leder

videre til en teori som hevder at jenter med FSA kan ha tendenser til å aktivt søke seg inn i idrettsmiljøer, og i dette tilfellet idrettslinjer, fordi det er attraktivt og gjør det lettere å opprettholde forstyrret atferd og den lave kroppsvekten (Skårderud, 2004).

Ytterligere forskning viser, på en annen side, at positiv kroppsopplevelse gjør det vanskeligere å utvikle uheldige tanker og holdninger til mat og FSA (Gillen, 2015). Da gjennomsnittet av jentene i masterprosjektet rapporterte at de var omtrent midt mellom ytterpunktene av SATAQ-skalaen om opplevd sosiokulturell påvirkning, kan det tyde på at jentene i noen grad hadde en positiv kroppsopplevelse og dermed muligens vært motstandsdyktige ovenfor press og slik redusert risikoen for å utvikle FSA (Voelker et al., 2015; Wood-Barcalow et al., 2010).

5.2 Diskusjon av metode

I dette avsnittet vil det diskuteres noen sentrale styrker og begrensninger som kan være av betydning for masterprosjektet.

5.2.1 Tverrsnittstudie

I motsetning til for eksempel eksperimentelle (RCT) studiedesign, er det ikke mulig å trekke slutninger om årsakssammenhenger rundt forekomst av FSA og kroppsopplevelse i en tverrsnittstudie (Halvorsen, 2008). Likevel kan man skape en assosiasjon mellom variabler, som for eksempel sammenhengen mellom kroppsopplevelse og FSA hvis det stilles noen krav til antall respondenter og studiens metode (Allsop & Saks, 2013). Tverrsnittstudier blir også kalt forekomststudier, fordi studiene beskriver utvalget der og da, og hvis utvalget er stort og representativt, kan det være lettere å generalisere til andre populasjoner (Liamputtong, 2010; Polit & Beck, 2017). Denne typen studiedesign kan være mindre tidkrevende og kan også være kostnadseffektive når det er snakk om mindre prosjekter slik som dette masterprosjektet (Polit & Beck, 2017). Eksempelvis undersøkte Martinsen (2009) i sitt masterprosjekt symptomer på FSA blant gutter og jenter ved toppidrettsgymnas i Norge, og for å fastslå forekomst av FSA ble det benyttet en tverrsnittsundersøkelse. Martinsen begrunnet valg av studiedesign på bakgrunn av kostnader, tid og mange respondenter (Martinsen, 2009).

Enda tverrsnittstudier kan bli brukt for å forske på tidsrelaterte fenomener, er de mindre overbevisende enn studier som konkret kan slutte endringer over tid. Problemet ligger som

oftest i sosiale og teknologiske endringer som karakteriserer vårt samfunn, og utgjør en uvisshet om hvorvidt atferdsendringer eller karakteristikk i utvalget er et resultat av tid snarere enn populasjonsforskjeller (Polit & Beck, 2017). Derfor kan denne studien kun si noe om hva som «rører seg» akkurat nå hos jenter ved idrettslinjer på VGS, og i liten grad forklare når, hvordan og hvorfor noen av jentene i dette utvalget rapporterte negativ kroppssopplevelse og FSA. I den grad dette prosjektet diskuterer mulige årsakssammenhenger mellom blant annet negativ kroppssopplevelse og FSA, er det basert på et teoretisk grunnlag. Ved at det i tidligere studier er benyttet omtrent samme design og målemetoder, er det mulig at dette masterprosjektet kan danne grunnlag for fremtidig forskning, eksempelvis RCT-studier med mål om å avdekke kausalitet.

5.2.2 Utvalg

I RCT-studier, slik som HBI-prosjektet, er deltakere tilfeldig utvalgt fra en større gruppe eller populasjon i håp om å kunne generalisere til en annen målgruppe (ytre validitet) (Polit & Beck, 2017). I studier som for eksempel undersøker FSA og FA, kan det være utfordrende å ta utgangspunkt i et randomisert utvalg, men kan derfor heller rekrutteres fra en bestemt populasjon (Thomas et al., 2005). Da dette prosjektet ville undersøke blant annet forekomst av FSA og graden av negativ kroppssopplevelse hos jenter ved idrettslinjer på VGS, måtte de allerede utvalgte elevene fra HBI-prosjektet oppfylle en rekke inklusjons –og eksklusjonskriterier. Svakheten med dette er at respondenter som egentlig er tilgjengelige kanskje blir avvikende fra den ønskede populasjonen (Polit & Beck, 2017). I dette tilfellet ble 1337 jenter ekskludert fra videre analyser da de ikke gikk på idrettslinjer.

Antall respondenter er av stor interesse i kvantitativ forskning og det finnes ingen klare retningslinjer på hvor stort utvalget skal være, men vanligvis er større utvalg bedre enn små. Da utvalget i dette prosjektet totalt endte på 104 respondenter kan det være vanskeligere å generalisere resultatene til en større populasjon, og er derfor en metodisk svakhet (Polit & Beck, 2017). I følge Allsop og Saks (2013) er det tenkelig at desto større utvalget er, desto mer presise vurderinger vil bli foretatt i forskningen. Gjennom poweranalyser kan forskere anslå hvor stort utvalget bør være for å teste hypoteser (Polit & Beck, 2017). Hvis det er forventet betydelige funn, er det ikke påkrevet et stort utvalg, men motsatt; det ikke er forventet funn av betydning, er det nødvendig med større utvalg. Likevel er ikke store utvalg en sikkerhet hvis det skulle vise seg at utvalgsdesignet var mangelfullt, for eksempel ved at deler av utvalget ikke var representativt (Polit & Beck, 2017). Enda utvalget i

masterprosjektet ble mindre ettersom flere jenter ble ekskludert, er det en styrke at utvalget faktisk gikk på idrettslinjer og at antallet respondenter gjorde utvalget stort nok til å utføre analyser. Sett i lys av tidligere studier, der størrelsen på utvalgene varierer fra 75 individer til nærmere 300 individer eller mer (Kong & Harris, 2015; Tackett et al., 2016; Torstveit et al., 2015), er dette masterprosjektets utvalg ikke av de svakeste og styrker derfor prosjektets evne til å generalisere til jenter ved idrettslinjer i flere deler av landet. Presisjon gjennom utvalg er ikke den eneste vurderingen en forsker må ta hensyn til – vanligvis er et større utvalg respondenter forbundet med høyere kostnader. De aller fleste prosjekter har en økonomisk begrensning, dermed er det også begrenset hvor stort utvalget kan være (Allsop & Saks, 2013). Masterprosjektets utvalg kan til en viss grad støttes av at dette på grunn av utvalgsbegrensninger og det var ønskelig at masterprosjektet skulle ha lave kostnader.

Det er mulig at forekomsten av FSA ville vært noe høyere dersom jenter fra flere forskjellige studieretninger på VGS ble inkludert i studien. Martinsen et al. (2010) fant for eksempel høyere forekomst av FSA (70.0 %) hos kontrollgruppen bestående av jenter ved «ordinære» VGS enn jenter som gikk idrettsgymnas i intervensjonsgruppen (44.7 %). I en senere studie av Martinsen og Sundgot-Borgen (2013) ble det også undersøkt forekomst av FSA og kliniske SF hos et utvalg jenter ved toppidrettsgymnas mot kontroller ved «ordinære» VGS. I første del av studien ble brukt spørreskjema (EDI-2) og i andre del ble foretatt kliniske intervjuer. Resultatene viste at i første del var det høyere forekomst av FSA blant jenter i kontrollgruppen (72.4 %) sammenlignet med jentene ved toppidrettsgymnas (46.2 %). I andre del ble det derimot funnet en forekomst av klinisk SF på 14 % hos jentene ved toppidrettsgymnas, noe som var høyere enn hos jentene ved «ordinære» VGS (5.1 %) (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013). I lys av dette kan mangel på utvalg for sammenligning i masterprosjektet ses på som en begrensning, da prosjektets problemstilling kun legger vekt på jenter ved idrettslinjer på VGS uten å drøfte resultater opp mot et annet utvalg. På en annen side var det av interesse å beskrive nettopp dette utvalget, og ikke andre utvalg, som førte til utelukkning av utvalg for sammenligning.

5.2.3 Datainnsamling og instrumenter

Datainnsamlingen som foregikk gjennom et internettbasert undersøkelsessystem i HBI-prosjektet ga både styrker og begrensninger. Da masterprosjektet tok utgangspunkt i data fra pretest var det allerede sikret at spørreskjemaet ville være velegnet og forståelig for utvalget. I forkant av gjennomføringen av HBI-prosjektet avvirket prosjektgruppen en omfattende

pilotering av spørreskjemapakken der det ble åpnet for at uklarheter skulle lukes bort og eventuelle «nye» komponenter skulle tilføyes. Pilotstudien ble gjennomført i mars-april 2016 av elever ved to VGS ($N = 120$). Dette styrket data som ble samlet inn under pretest og som videre ble sendt til dette masterprosjektet.

Instrumentene brukt for å måle kroppssopplevelse og FSA er alle validerte, etablerte og brukt i tidligere studier på utvalg av idrettsutøvere, og kan derfor anses som egnet til å besvare prosjektets mål og problemstillinger. Dette styrker prosjektet og gir mulighet for å sammenligne resultatene som fremkommer med andre, lignende studier. Likevel er det er vanskelig å konkludere om forekomst av FSA i dette prosjektet fordi resultater fra brukte instrumenter alene ikke gir tilstrekkelige data for diagnostisering. Det samme gjelder måling av negativ kroppssopplevelse - instrumentene kan bare til en viss grad si noe om forekomst. Selv om det finnes mange, gode instrumenter for å måle negativ kroppssopplevelse og FSA, er ikke alle disse nødvendigvis spesielt tilegnet idrettsutøvere (Torstveit et al., 2008). EDE-Q11 er hovedsakelig basert på et bekvemmelighetsutvalg, der deltakere er registrert i behandlingsinstitusjoner (Friborg et al., 2013) og dermed kan det bli vanskelig å generalisere til andre populasjoner. Imidlertid er EDE-Q et velkjent screeninginstrument med god kvalitet og har blitt brukt i studier med utvalgt bestående av idrettsutøvere (Barrack et al., 2008; Thein-Nissenbaum et al., 2011).

I dette masterprosjektet ble KMI-verdier inkludert hovedsakelig for å beskrive utvalget og for å se om forekomst av FSA og lav KMI hadde likheter. Dette ble gjort da lav kroppsvekt og lav KMI blir benyttet som et kriterium i DSM-V for å stadfeste symptomer og forekomst av FSA og kliniske SF (American Psychiatric Association, 2013). Det ble valgt å benytte Coles standard for undervekt ved registrering av KMI hos de idrettsaktive jentene i masterprosjektet (Cole et al., 2007). Coles standard gir en fordel i form av at verdiene er tilpasset ungdom i samme aldersgruppe. En begrensning ved skalaen er at den er basert på barn og unges kronologiske alder, og ikke pubertetsstatus. Det er kjent at KMI er høyere hos mer utviklingsmodne jenter (Stice, 2002) og at forsinket pubertetsstatus er forbundet med en slankere kropp hos jenter (Cole et al., 2007). En justering med hensyn til pubertet ville gjort det mulig å forhindre eventuelle bias ved Coles standard. Det er også kjent at utregning av KMI ikke tar hensyn til kroppssammensetning, noe som er spesielt uheldig for idrettsutøvere. Idrettsaktive jenter med stor muskelmasse, lav fettprosent og lav kroppshøyde kan for eksempel feilaktig bli kategorisert som overvektige (Cole et al., 2007). At respondentene i

masterprosjektet selv rapportere høyde og vekt kan sies å være et usikkert mål. Jenter som har vært usikre på deres høyde og vekt kan ha fått feil verdier ved utregning av KMI.

5.2.4 Bias ved selvrapporing

Det finnes imidlertid ulike feilkilder ved bruk av spørreskjema, blant annet systematiske feil (bias) (Liamputtong, 2010). Som oftest ved spørreskjemaer skjer slike bias gjennom feilrapportering. Dette kan for eksempel være under – eller overrapportering som kan skape systematiske skjevheter og feil i forskningsresultater. En annen form for bias som mulig kan ha oppstått i datainnsamlingen er respondentenes sosiale ønskverdighet (Polit & Beck, 2017). Dette er et fenomen som kan oppstå dersom, i dette tilfellet, de idrettsaktive jentene vil fremstå i bedre lys for å ikke skille seg for mye ut. Dermed kan det hende at jentene har svart det som er antatt sosialt gjeldende, noe som ikke er uvanlig blant jenter i samme aldersgruppe som respondentene. For øvrig er bedømmelse og aksept av jevnaldrende en mulig risikofaktor for FSA, og det er mulig dette igjen kan påvirke sosial ønskverdighet og (feil)rapportering (Polit & Beck, 2017; Skårderud, 2004). Det finnes også ekstreme og ettergivende bias, der respondenten enten uttrykker ekstreme holdninger (svært enig/svært uenig) eller passivitet. Forskere kan redusere slike bias ved å være tydelige og utvikle spørreskjema der språket er tilpasset respondentene, skape en tolerant og ikke-dømmende atmosfære ved datainnsamling, og ikke minst, garantere konfidensialitet (Polit & Beck, 2017). Til tross for informasjon om anonymisering kan jentene ha vært engstelig for konsekvensene ved rapportering av FSA og dermed ikke vært fullstendig ærlige (Sundgot-Borgen, 1994).

Selvrapporingen av kroppssopplevelse og FSA gir rom for over – og underrapportering, og er mulig bias i denne studien. Tidligere forskning har antydnet underrapportering hos idrettsutøvere når det kommer til symptomer på FSA (Skårderud, 2004; Sundgot-Borgen, 1994). Dette kan ses i sammenheng med at individer med FSA og SF kan ha en feil oppfatning egen kropp og mangel på anerkjennelse av nåværende lav kroppsvekt og upassende atferd i forhold til mat og FA – de klarer ikke realistisk se sine problemer og aksepterer ikke alvorligheten (Skårderud, 2004). Derfor er det mulig at det forekommer underrapporteringer for å fremstå friskere eller redusere alvorlighetsgraden av sykdomsbildet. Når det kommer til idrettsutøvere kan man i tillegg stå i fare for å feilaktig klassifisere symptomer eller atferd som minner om FSA (Sundgot-Borgen, 1994). Utøverne kan være så motivert for å forbedre prestasjoner at de reduserer kroppsvekt – og fasong, og videre rapporterer slike symptomer uvitende om at den type atferd ikke ses på som akseptabelt

(Torstveit et al., 2008). Ved tolkning av resultatene fra undersøkelsen må det derfor tas i betraktning at jentene selv har rapportert symptomer på negativ kroppssopplevelse og FSA, og at dette ikke er klinisk diagnostiserte tilstander.

Annen responsbias kan forekomme ved misforståelser eller forskjellig tolkning av ord og språkbruk i spørreskjema. I dette tilfellet kan det ha oppstått forskjellig oppfatning av hva som inngår i ordet «slankeprodukter». Dette er trolig et uttrykk som defineres forskjellig fra individ til individ. Noen mener slankeprodukter kun inkluderer piller eller kapsler, shakes eller barer, andre kan se på vanndrivende midler som slankeprodukter, mens enkelte ser på for eksempel superfood som et slankeprodukt. Derfor kan det ha oppstått situasjoner der det har forekommet feilrapportering, og dermed kan jenter feilaktig bli kategorisert med FSA eller ikke FSA.

5.2.5 Statistiske analyser

Jo høyere regresjonskoeffisienter, desto mer presis blir prediksjonen av FSA. Likevel kan studiens ytre validitet svekkes av antall (N) respondenter per uavhengige variabel i regresjonsanalysen, og er dermed en metodisk svakhet. Dersom resultatene skal kunne generaliseres stilles det krav til størrelsen på utvalget (Pallant, 2013). Jo flere variabler man inkluderer i analysene, desto høyere krav stilles til antall individer i utvalget (N). Det finnes forskjellige retningslinjer på hvor stort utvalget skal være, men det er vanlig å se på minimum 10-15 individer per uavhengige variabel (Pallant, 2013; Thomas et al., 2005). Hvis utvalget er for lite i forhold til variabler brukt i regresjonsanalysen, vil det kunne gi illegitime, høye regresjonskoeffisienter (Thomas et al., 2005). Det kan stilles kritikk til studiens størrelse på utvalget på grunn av varierende rapportering ved de ulike variablene. Det gjennomgående utvalget (omtrent $N = 79$) er i nedre grense for regresjonsanalyser med mer enn fem uavhengige variabler. På tross av dette ble det gjennomført en stegvis regresjon, og dermed fikk variablene som ble inkludert i steg 1 i regresjonsanalysen også regresjonskoeffisienter i steg 2. En svakhet knyttet til regresjonsanalyser som er utviklet for et spesielt utvalg, er at regresjonsanalysen ikke vil være like nøyaktig dersom den blir anvendt på andre utvalg. Variablene som er med på å predikere FSA hos idrettsaktive jenter på VGS vil kanskje ikke være de samme dersom utvalget hadde vært jenter på «ordinære» VGS (Thomas et al., 2005).

For å ytterligere forsikre om at det ikke ble trukket feil slutninger basert på resultater, ble det i dette masterprosjektet kontrollert for konfunderende variabler. Konfunderende variabler kan

forstyrre forståelsen av forholdet mellom den avhengige variabelen og de uavhengige variablene (Polit & Beck, 2017). Å kontrollere for KMI, antall timer FA per uke, styrketrening og utholdenhetstrening, reduserte risikoen for at sammenhengen mellom negativ kroppsopplevelse og FSA i realiteten skyldtes en tredje variabel.

5.3 Praktiske implikasjoner og videre forskning

En av masterprosjektets begrensninger ligger i tverrsnittdesignets karakteristikk som gjør det vanskelig å fastslå årsaken til negativ kroppsopplevelse og FSA. Videre forskning burde derfor inkludere kvalitative metoder slik at det er mulig å gjøre et dypdykk i hva som «rører seg» hos jenter ved idrettslinjer på VGS. Kvalitative intervjuer vil kunne bidra til å skape en forståelse av hvordan og hvorfor jenter opplever påvirkning og press fra utseendeidealer. Dette skaper muligheter til å utvikle intervensjoner med forebyggende formål. Det er også ønskelig å undersøke forekomst av klinisk SF i samme utvalg. Kliniske intervjuer burde, så godt det lar seg gjøre økonomisk, foretas av kyndig personell for å presist kartlegge forekomst av klinisk SF hos idrettsaktive jenter. For å bidra i det forebyggende arbeidet kan kontrollerte, longitudinelle studier gi innsikt i utviklingen over tid hos lignende utvalg og bidra til forståelse av hvilke faktorer som påvirker idrettsaktive jenter i denne alderen til å utvikle et negativt syn på egen kropp.

Til ytterligere eksperimentell forskning (RCT) kan det tenkes at et større utvalg, for eksempel ved å inkludere flere kommuner i Norge, vil gjøre det mulig å generalisere resultater til en større populasjon av jenter ved idrettslinjer på VGS. Et utvalg for sammenligning bestående av jenter ved «ordinære» VGS kan medregnes for å drøfte utvikling og forekomst av negativ kroppsopplevelse og FSA opp mot jenter på idrettslinjer. Videre er det behov for undersøkelser som kan bidra til samstemmighet av hvilke symptomregistreringer som best kan predikere FSA, og spesielt hvilke som egner seg for idrettsutøvere. Dette kan bidra til å skape et bedre skille mellom symptomer som er av kort – eller langvarig, klinisk relevans og symptomer som ikke er av klinisk relevans, men som likevel bør oppfølges og forebygges. Det er ønskelig med noe mer teoribasert forskning som forklarer hvordan man kan redusere forekomst av negativ kroppsopplevelse og FSA hos kvinnelige idrettsutøvere i denne aldersgruppen.

Av resultatene som forekom i dette masterprosjektet understrekes den sosiokulturelle påvirkningen som finnes i dagens samfunn. For å bedre forstå det kausale forholdet mellom internett, sosiale medier, kroppsopplevelse og FSA er det viktig at fremtidig forskning vektlegger forebyggende tiltak slik at elevers holdninger rundt kropp endres. Kontrollerte intervensjonsstudier, som for eksempel HBI-prosjektet, bidrar blant annet med å skape holdningsendringer og hjelper elever på VGS til å stille seg kritisk til trender som skjer i samfunnet og på internett. Det best tenkelige målet for fremtidig forskning vil være å øke kunnskapsnivået om FA, trening, kosthold og restitusjon hos jenter ved idrettslinjer på VGS, samtidig som forskningens mål er å redusere forekomst av negativ kroppsopplevelse og FSA. Den økte vektleggingen på sykdomsforebygging og helsepromotering i samfunnet burde innlemmes i idrettskultur – og forskning.

6.0 Konklusjon

Dette masterprosjektet har undersøkt sammenhengen mellom kroppssopplevelse og FSA, og videre forekomst av FSA og grad av negativ kroppssopplevelse. Det ble funnet en positiv korrelasjon mellom negativ kroppssopplevelse og FSA, og dermed ble prosjektets hovedproblemstilling og tilhørende hypotese bekreftet. Basert på cutoff-score i instrumentet EDE-Q11 viste resultatene en forekomst av selvrapportert FSA på 19 % og videre rapporterte gjennomsnittet av jentene høye verdier av negativ kroppssopplevelse. Resultatene i prosjektet stemmer omtrentlig med tidligere forskning som har antydnet at idrettsutøvere kan kjenne seg utilfreds med egen kropp og i lys av dette utvikle FSA. Det må likevel tas i betraktning at det benyttes ulike måleinstrumenter og metodedesign på tvers av studier, og gjør det dermed vanskelig å sammenligne opp mot resultatene i dette masterprosjektet. Analyser og funn i masterprosjektet gir inntrykk av at jenter ved idrettslinjer på VGS befinner seg i en gruppe med risiko for å utvikle FSA. En lineær multippel regresjonsanalyse viste at et ønske om en slank kropp eller ha lite kroppsfett kombinert med opplevd press fra media kunne predikere FSA med hele 59 %. Disse resultatene tyder på at det sosiokulturelle presset jentene rapporterte i masterprosjektet preger deres hverdag og synet på seg selv. Dette fremhever viktigheten av å kartlegge drivkreftene bak sosiokulturelt press og det blir i fremtiden betydningsfullt å finne løsninger på problemet. Det er rimelig å anta at endrede holdninger rettet mot idrettslige krav til utøvere og normer innad i idrettsmiljøer vil kunne bidra til positiv kroppssopplevelse hos jenter. Dessuten er det avgjørende å bli bevisst hvordan trenere, veiledere, familie og venner kommuniserer med utøvere og ikke minst hvordan kvinnelige idrettsutøvere fremstår i media, på internett og andre sosiale medier.

På bakgrunn av dette burde det iverksettes ulike forebyggende tiltak og utvikles en handlingsplan for å redusere negativ påvirkning og opplevd press hos jenter ved idrettslinjer på VGS, slik at også negativ kroppssopplevelse og FSA reduseres.

7.0 Referanseliste

- Abbott, B. D., & Barber, B. L. (2011). Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of Sport and Exercise, 12*(3), 333-342.
- Allsop, J., & Saks, M. (2013). *Researching health : qualitative, quantitative and mixed methods* (2nd ed.). Los Angeles, California: Sage.
- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Gorrell, S., & Anderson, D. A. (2016). Running to win or to be thin? An evaluation of body dissatisfaction and eating disorder symptoms among adult runners. *Body Image, 17*, 43-47.
- Anderssen, S. A., & Stromme, S. (2001). Fysisk aktivitet og helse-anbefalinger. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 121*(17), 2037-2041.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2015). The protective role of body appreciation against media-induced body dissatisfaction. *Body Image, 15*, 98-104.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016a). Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. *Body Image, 18*, 34-42.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016b). Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. *Developmental Psychology, 52*(3), 463-474.
- Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M. D., . . . Wilson, G. T. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry, 170*(11), 1237-1239.
- Augestad, L. B., & Flanders, W. (2002). Eating disorder behavior in physically active Norwegian women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 12*(4), 248-255.
- Augestad, L. B., Saether, B., & Göttestam, K. (1999). The relationship between eating disorders and personality in physically active women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 9*(5), 304-312.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. *Body Image, 2*(3), 285-297.
- Bailey, N., & Waller, G. (2017). Body checking in non-clinical women: experimental evidence of a specific impact on fear of uncontrollable weight gain. *International Journal of Eating Disorders, 00*, 000.
- Barrack, M. T., Rauh, M. J., Barkai, H.-S., & Nichols, J. F. (2008). Dietary restraint and low bone mass in female adolescent endurance runners. *The American Journal of Clinical Nutrition, 87*(1), 36-43.
- Beals, K. A. (2002). Eating behaviors, nutritional status, and menstrual function in elite female adolescent volleyball players. *Journal of the American Dietetic Association, 102*(9), 1293-1296.

- Beals, K. A. (2004). *Disordered eating among athletes: A comprehensive guide for health professionals*. Champaign: Human Kinetics.
- Beckner, B. N., & Record, R. A. (2016). Navigating the thin-ideal in an athletic world: influence of coach communication on female athletes' body image and health choices. *Health Communication, 31*(3), 364-373.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 428-438.
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine, 1*-10.
- Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*(1), 44-49.
- Black, C., & Wilson, G. T. (1996). Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 20*(1), 43-50.
- Bowker, A., Gadbois, S., & Cornock, B. (2003). Sports participation and self-esteem: Variations as a function of gender and gender role orientation. *Sex Roles, 49*(1-2), 47-58.
- Bratland-Sanda, S. (2012). *Fri! Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. Bergen: ROS: Rådgivning om spiseforstyrrelser.
- 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.
- Britton, L. E., Martz, D. M., Bazzini, D. G., Curtin, L. A., & LeaShomb, A. (2006). Fat talk and self-presentation of body image: Is there a social norm for women to self-degrade? *Body Image, 3*(3), 247-254.
- Brook, U., & Tepper, I. (1997). High school students' attitudes and knowledge of food consumption and body image: implications for school based education. *Patient Education and Counseling, 30*(3), 283-288.
- Buchholz, A., Mack, H., McVey, G., Feder, S., & Barrowman, N. (2008). BodySense: An evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eating Disorders, 16*(4), 308-321.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4th ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Byrne, S., & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: a review of the literature. *Journal of Science and Medicine in Sport, 4*(2), 145-159.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: science and practice, 12*(4), 421-433.
- Calogero, R. M., & Pedrotty-Stump, K. N. (2010). Incorporating exercise into eating disorder treatment and recovery. In M. Maine, B. H. McGilley, & D. Bunnell (Eds.), *Treatment*

- of eating disorders: Bridging the research to practice gap* (pp. 425-443). London: Elsevier Inc.
- Carrigan, K. W., Petrie, T. A., & Anderson, C. M. (2015). To Weigh or Not to Weigh? Relation to Disordered Eating Attitudes and Behaviors among Female Collegiate Athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 37*(6), 659-665.
- Carter, J. C., Aimé, A. A., & Mills, J. S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders, 30*(2), 187-192.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image, 1*(1), 1-5.
- Cash, T. F., & Hicks, K. L. (1990). Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. *Cognitive Therapy and Research, 14*(3), 327-341.
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image, 1*(4), 363-372.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126-131.
- Clark, L., & Tiggemann, M. (2007). Sociocultural influences and body image in 9 to 12-year-old girls: The role of appearance schemas. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(1), 76-86.
- Clausen, L., Rokkedal, K., & Rosenvinge, J. H. (2009). Validating the eating disorder inventory (EDI-2) in two danish samples: A comparison between female eating disorder patients and females from the general population. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 462-467.
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(1), 101-110.
- Cobb, K. L., Bachrach, L. K., Greendale, G., Marcus, R., Neer, R. M., Nieves, J., . . . Luetters, C. (2003). Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 35*(5), 711-719.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *Bmj, 335*(7612), 194-197.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 199-208.
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry, 154*(6), 807-812.
- 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.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98-104.

- Cumella, E. J. (2006). Review of the Eating Disorder Inventory–3. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 116-117.
- Dalley, S. E., & Vidal, J. (2013). Optimism and positive body image in women: The mediating role of the feared fat self. *Personality and Individual Differences, 55*(5), 465-468.
- De Bruin, A. P., Oudejans, R. R., & Bakker, F. C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise, 8*(4), 507-520.
- De Bruin, A. P., 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.
- de Oliveira Coelho, G. M., da Silva Gomes, A. I., Ribeiro, B. G., & de Abreu Soares, E. (2014). Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access Journal of Sports Medicine, 5*, 105-113.
- de Oliveira Coelho, G. M., de Abreu Soares, E., & Ribeiro, B. G. (2010). Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite, 55*(3), 379-387.
- Deering, S. (2001). Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/gynecologists. *Primary Care Update for Ob/Gyns, 8*(1), 31-35.
- Dubnov-Raz, G., Mashiach-Arazi, Y., Arieli, R., Raz, R., & Constantini, N. (2016). Eating attitudes and pre-competition rapid weight loss in young taekwondo fighters. *Harefuah, 155*(6), 343-347.
- Engelsen, B. K., & Laberg, J. C. (2001). A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry, 55*(2), 129-135.
- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders, 8*(1), 63-74.
- 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.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified”(NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy, 43*(6), 691-701.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416.
- Fay, K., & Lerner, R. M. (2013). Weighing in on the issue: A longitudinal analysis of the influence of selected individual factors and the sports context on the developmental trajectories of eating pathology among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(1), 33-51.
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science, 9*(3), 190-195.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(3), 327-345.

- Fiske, L., Fallon, E. A., Blissmer, B., & Redding, C. A. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: Review and recommendations for future research. *Eating Behaviors, 15*(3), 357-365.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Koehler, L. G., Danzi, L. E., Riddell, M. K., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image, 9*(1), 43-49.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition, 2*(3a), 411-418.
- Friborg, O., Reas, D. L., Rosenvinge, J. H., & Rø, Ø. (2013). Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): the predictive role of a nested general (g) and primary factors. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 22*(3), 195-203.
- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image, 7*(3), 205-212.
- Fulkerson, J. A., Keel, P. K., Leon, G. R., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders, 26*(1), 73-79.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory 2: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004a). The Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). *International Journal of Eating Disorders, 35*(4), 478-479.
- Garner, D. M. (2004b). *Eating disorder inventory-3 (EDI-3)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(02), 273-279.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 11*(3), 263-284.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(04), 871-878.
- Gaspar, M. J. M., Amaral, T. F., Oliveira, B. M., & Borges, N. (2011). Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children—A cross-sectional study. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(5), 563-569.
- 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*, 553-562.
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image, 13*, 67-74.

- Gledhill, L. J., Cornelissen, K. K., Cornelissen, P. L., Penton-Voak, I. S., Munafò, M. R., & Tovée, M. J. (2016). An interactive training programme to treat body image disturbance. *British Journal of Health Psychology, 22*(1), 60-76.
- Goossens, L., & Braet, C. (2010). Screening for eating pathology in the pediatric field. *International Journal of Pediatric Obesity, 5*(6), 483-490.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., & Warren, M. P. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology, 30*(6), 823.
- Greenleaf, C., Petrie, T. A., Carter, J., & Reel, J. J. (2009). Female collegiate athletes: prevalence of eating disorders and disordered eating behaviors. *Journal of American College Health, 57*(5), 489-496.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd ed.). London: Routledge.
- Gross, J., Rosen, J. C., Leitenberg, H., & Willmuth, M. E. (1986). Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(6), 875-876.
- Gualandi, M. (2013). Medical complications in eating disorders. In R. Strumia (Ed.), *Eating Disorders and the Skin* (pp. 17-30). Heidelberg: Springer.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5th ed.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU idrottsböcker.
- Hausenblas, H. A., & Mack, D. E. (1999). Social physique anxiety and eating disorder correlates among female athletic and nonathletic populations. *Journal of Sport Behavior, 22*(4), 502-513.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K., & Seitz, J. (2011). Anorexia nervosa in childhood and adolescence: course and significance for adulthood. *Der Nervenarzt, 82*(9), 1093-1099.
- Hoch, A. Z., Pajewski, N. M., Moraski, L., Carrera, G. F., Wilson, C. R., Hoffmann, R. G., . . . Gutterman, D. D. (2009). Prevalence of the female athlete triad in high school athletes and sedentary students. *Clinical Journal of Sport Medicine, 19*(5), 421-428.
- Holm-Denoma, J. M., Scaringi, V., Gordon, K. H., Van Orden, K. A., & Joiner, T. E. (2009). Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *International Journal of Eating Disorders, 42*(1), 47-53.
- Holmqvist, K., & Frisén, A. (2012). "I bet they aren't that perfect in reality:" Appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. *Body Image, 9*(3), 388-395.
- Jacobi, C., Abascal, L., & Taylor, C. B. (2004). Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *International Journal of Eating Disorders, 36*(3), 280-295.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*(1), 19-65.

- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), 1-16.
- Joiner Jr, T. E., Wonderlich, S. A., Metalsky, G. I., & Schmidt, N. B. (1995). Body dissatisfaction: A feature of bulimia, depression, or both? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 339-355.
- 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.
- Kapstad, H., Nelson, M., Øverås, M., & Rø, Ø. (2015). Validation of the Norwegian short version of the Body Shape Questionnaire (BSQ-14). *Nordic journal of psychiatry*, 69(7), 509-514.
- Karlsson, J., Bahr, R., & Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Karr, T. M., Davidson, D., Bryant, F. B., Balague, G., & Bohnert, A. M. (2013). Sport type and interpersonal and intrapersonal predictors of body dissatisfaction in high school female sport participants. *Body Image*, 10(2), 210-219.
- Kato, K., Jervas, S., & Culpepper, D. (2011). Body image disturbances in NCAA Division I and III female athletes. *The Sport Journal*, 14(1).
- Kelly, A. M., Wall, M., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2005). Adolescent girls with high body satisfaction: who are they and what can they teach us? *Journal of Adolescent Health*, 37(5), 391-396.
- Keski-Rahkonen, A., Sihvola, E., Raevuori, A., Kaukoranta, J., Bulik, C. M., Hoek, H. W., . . . Kaprio, J. (2006). Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 754-762.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors*, 5(1), 13-25.
- 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(2), 141-160.
- Koyuncu, M., Tok, S., Canpolat, A. M., & Catikkas, F. (2010). Body image satisfaction and dissatisfaction, social physique anxiety, self-esteem, and body fat ratio in female exercisers and nonexercisers. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 38(4), 561-570.
- Krane, V., Choi, P. Y., Baird, S. M., Aymar, C. M., & Kauer, K. J. (2004). Living the paradox: Female athletes negotiate femininity and muscularity. *Sex Roles*, 50(5/6), 315-329.
- Krane, V., Waldron, J., Michalenok, J., & Stiles-Shipley, J. (2001). Body image concerns in female exercisers and athletes: A feminist cultural studies perspective. *Women in Sport & Physical Activity Journal*, 10(1), 17-54.
- Langdon, S. W., & Petracca, G. (2010). Tiny dancer: Body image and dancer identity in female modern dancers. *Body Image*, 7(4), 360-363.
- Liamputtong, P. (2010). *Research Methods in Health : foundations of evidence-based practice*. Victoria, Australia: Oxford University Press.

- Little, R. J. (1992). Regression with missing X's: a review. *Journal of the American Statistical Association*, 87(420), 1227-1237.
- Llorente, E., Gleaves, D. H., Warren, C. S., Pérez-de-Eulate, L., & Rakhkovskaya, L. (2015). Translation and validation of a spanish version of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire-4 (SATAQ-4). *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 170-175.
- Lohne-Seiler, H., & Torstveit, M. K. (2012). Viktigheten av fysisk aktivitet og trening blant eldre. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 165-174.
- MacDonald, D. E., Dimitropoulos, G., Royal, S., Polanco, A., & Dionne, M. M. (2015). The Family Fat Talk Questionnaire: Development and psychometric properties of a measure of fat talk behaviors within the family context. *Body Image*, 12, 44-52.
- Martinsen, M. (2009). *Symptomer på spiseforstyrrelser blant gutter og jenter ved toppidrettsgymnas i Norge*. (Master's Thesis, Norges Idrettshøgskole), Marianne Martinsen, Oslo.
- Martinsen, M., Bahr, R., Borresen, R., Holme, I., Pensgaard, A. M., & Sundgot-Borgen, J. (2014). Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc*, 46(3), 435-447.
- 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.
- Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sports Exerc*, 45(6), 1188-1197.
- Martz, D. M., & Rogers, C. B. (2016). Understanding and treating women's body image and eating disorders. *North Carolina Medical Journal*, 77(6), 426-429.
- McArdle, W. D., Katch, V. L., & Katch, F. I. (2010). *Exercise physiology : nutrition, energy, and human performance* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCarthy, D. M., Simmons, J. R., Smith, G. T., Tomlinson, K. L., & Hill, K. K. (2002). Reliability, stability, and factor structure of the Bulimia Test–Revised and Eating Disorder Inventory–2 scales in adolescence. *Assessment*, 9(4), 382-389.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304.
- Meen, H. (2000). Fysisk aktivitet hos barn og unge i relasjon til vekst og utvikling. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120(24), 2908-2914.
- Mehler, P. S., Birmingham, L. C., Crow, S. J., & Jahraus, J. P. (2010). Medical complications of eating disorders. In C. M. Grilo & J. E. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (pp. 66-80). New York: The Guilford Press.
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 174-189.
- Mikulan, R., & Piko, B. F. (2012). High School Students' Body Weight Control: Differences between Athletes and Non-Athletes. *Collegium Antropologicum*, 36(1), 79-86.
- Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 489-503.

- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(5), 551-567.
- Mond, J. M., Myers, T. C., Crosby, R. D., Hay, P. J., Rodgers, B., Morgan, J. F., . . . Mitchell, J. E. (2008). Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(5), 612-622.
- Morissette, É., Laramée, C., Drapeau, V., Couture, S., Valois, P., Goulet, C., . . . Lamarche, B. (2015). Determinants of Restrictive Dietary Behaviors among Female High School Athletes. *Health Behavior and Policy Review*, *2*(5), 378-387.
- Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J., Burke, L., Carter, S., Constantini, N., Lebrun, C., . . . Ljungqvist, A. (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.
- Muia, E. N., Wright, H. H., Onywera, V. O., & Kuria, E. N. (2016). Adolescent elite Kenyan runners are at risk for energy deficiency, menstrual dysfunction and disordered eating. *Journal of Sports Sciences*, *34*(7), 598-606.
- Nattiv, A., Loucks, A. B., Manore, M. M., Sanborn, C. F., Sundgot-Borgen, J., & Warren, M. P. (2007). The female athlete triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *39*(10), 1867-1882.
- Nevonen, L., & Broberg, A. (2001). Validating the eating disorder inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *6*(2), 59-67.
- Nichols, J. F., Rauh, M. J., Lawson, M. J., Ji, M., & Barkai, H.-S. (2006). Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *160*(2), 137-142.
- Norring, C., & Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *78*(5), 567-575.
- Offord, D. R., Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Jensen, P. S., & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(7), 686-694.
- Ohring, R., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: Correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(4), 404-415.
- Ottesen, L. S., & Thing, L. F. (2015). *Metoder i idræts- og fysioterapiforskning* (2nd ed.). København: Munksgaard.
- Palla, B., & Litt, I. F. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, *81*(5), 613-623.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th ed.). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Peric, M., Zenic, N., Sekulic, D., Kondric, M., & Zaletel, P. (2016). Disordered eating, amenorrhea, and substance use and misuse among professional ballet dancers: Preliminary analysis. *Medycyna Pracy*, *67*(1), 21-27.

- Pernick, Y., Nichols, J. F., Rauh, M. J., Kern, M., Ji, M., Lawson, M. J., & Wilfley, D. (2006). Disordered eating among a multi-racial/ethnic sample of female high-school athletes. *Journal of Adolescent Health, 38*(6), 689-695.
- Pesa, J. A., Syre, T. R., & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of Adolescent Health, 26*(5), 330-337.
- 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), 1-6.
- Picard, C. L. (1999). The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate athletes. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(5), 583-594.
- Plateau, C. R., Arcelus, J., Leung, N., & Meyer, C. (2017). Female athlete experiences of seeking and receiving treatment for an eating disorder. *Eating Disorders, 25*(3), 273-277.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, Penn: Wolters Kluwer.
- Prather, H., Hunt, D., McKeon, K., Simpson, S., Meyer, E. B., Yemm, T., & Brophy, R. (2016). Are Elite Female Soccer Athletes at Risk for Disordered Eating Attitudes, Menstrual Dysfunction, and Stress Fractures? *PM&R, 8*(3), 208-213.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 36*(4), 389-401.
- Probst, M., Pieters, G., Vancampfort, D., & Vanderlinden, J. (2008). Body experience and mirror behaviour in female eating disorders patients and non clinical subjects. *Psihologijske Teme, 17*(2), 335-348.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (2002). *Body image : a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Quatromoni, P. A. (2008). Clinical observations from nutrition services in college athletics. *Journal of the American Dietetic Association, 108*(4), 689-694.
- Quatromoni, P. A. (2017). A Tale of Two Runners: A Case Report of Athletes' Experiences with Eating Disorders in College. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 117*(1), 21-31.
- Rauh, M. J., Nichols, J. F., & Barrack, M. T. (2010). Relationships among injury and disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density in high school athletes: a prospective study. *Journal of Athletic Training, 45*(3), 243-252.
- Reel, J. J., & Gill, D. L. (1996). Psychosocial factors related to eating disorders among high school and college female cheerleaders. *The Sport Psychologist, 10*(2), 195-206.
- Reel, J. J., Petrie, T. A., SooHoo, S., & Anderson, C. M. (2013). Weight pressures in sport: Examining the factor structure and incremental validity of the weight pressures in sport—Females. *Eating Behaviors, 14*(2), 137-144.
- Reinking, M. F., & Alexander, L. E. (2005). Prevalence of disordered-eating behaviors in undergraduate female collegiate athletes and nonathletes. *Journal of Athletic Training, 40*(1), 47.

- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 325-344.
- Richman, E. L., & Shaffer, D. R. (2000). If you let me play sports. *Psychology of Women Quarterly, 24*(2), 189-199.
- Roberts, T. A., Glen, J., & Kreipe, R. E. (2003). Disordered eating and menstrual dysfunction in adolescent female athletes participating in school-sponsored sports. *Clinical Pediatrics, 42*(6), 561-564.
- Robinson, K., & Ferraro, F. R. (2004). The relationship between types of female athletic participation and female body type. *The Journal of Psychology, 138*(2), 115-128.
- Rome, E. S., Ammerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., . . . Sawyer, S. M. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics, 111*(1), e98-e108.
- Rosen, J. C., Vara, L., Wendt, S., & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders, 9*(5), 519-528.
- 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.
- Roux, H., Ali, A., Lambert, S., Radon, L., Huas, C., Curt, F., . . . Godart, N. (2016). Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC Psychiatry, 16*(339), 1-11.
- Rozin, P., & Fallon, A. (1988). Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: a comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 342-345.
- 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.
- Salk, R., & Engeln-Maddox, R. (2012). Fat talk among college women is both contagious and harmful. *Sex Roles, 66*(9/10), 636-645.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(1), 39-48.
- Sanford-Martens, T. C., Davidson, M. M., Yakushko, O. F., Martens, M. P., & Hinton, P. (2005). Clinical and subclinical eating disorders: An examination of collegiate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology, 17*(1), 79-86.
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., Calogero, R. M., . . . Kelly, M. (2015). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *Psychological Assessment, 27*(1), 54-67.
- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2014). The development and validation of the physical appearance comparison scale-revised (PACS-R). *Eating Behaviors, 15*(2), 209-217.
- Scheffers, M., van Busschbach, J. T., Bosscher, R. J., Aerts, L. C., Wiersma, D., & Schoevers, R. A. (2017). Body image in patients with mental disorders: Characteristics, associations with diagnosis and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry, 74*, 53-60.

- Shephard, R. J., & Bouchard, C. (1994). Principal components of fitness: relationship to physical activity and lifestyle. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 19(2), 200-214.
- Skårderud, F. (2004). *Sterk/svak : håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502.
- Smith, P. M., & Ogle, J. P. (2006). Interactions Among High School Cross-Country Runners and Coaches: Creating a Cultural Context for Athletes' Embodied Experiences. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34(3), 276-307.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 1(1), 15-28.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5(3), 251-260.
- Statens Helsetilsyn, & World Health Organization, W. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Steinfeldt, J. A., Zakrajsek, R., Carter, H., & Steinfeldt, M. C. (2011). Conformity to gender norms among female student-athletes: Implications for body image. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(4), 401-416.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444.
- 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.
- Stice, E., South, K., & Shaw, H. (2012). Future directions in etiologic, prevention, and treatment research for eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 845-855.
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678.
- Stodden, D. F., Goodway, J. D., Langendorfer, S. J., Robertson, M. A., Rudisill, M. E., Garcia, C., & Garcia, L. E. (2008). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: An emergent relationship. *Quest*, 60(2), 290-306.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474.
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., . . . Pivarnik, J. M. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.
- Stunkard, A. J., Sørensen, T., & Schulzinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research Publications-Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 60, 115-120.

- Sudi, K., Öttl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K., & Müller, W. (2004). Anorexia athletica. *Nutrition, 20*(7), 657-661.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition, 3*(1), 29-40.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 26*(4), 414-419.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine, 14*(1), 25-32.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 20*(2), 112-121.
- Swami, V., & Harris, A. S. (2012). Dancing toward positive body image? Examining body-related constructs with ballet and contemporary dancers at different levels. *American Journal of Dance Therapy, 34*(1), 39-52.
- Swami, V., Steadman, L., & Tovée, M. J. (2009). A comparison of body size ideals, body dissatisfaction, and media influence between female track athletes, martial artists, and non-athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 10*(6), 609-614.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714-723.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- Tackett, B. P., Petrie, T. A., & Anderson, C. M. (2016). The frequency of weigh-ins, weight intentionality and management, and eating among female collegiate athletes. *Eating Behaviors, 23*, 82-85.
- Terry, P. C., Lane, A. M., & Warren, L. (1999). Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers. *Journal of Science and Medicine in Sport, 2*(1), 67-77.
- Thein-Nissenbaum, J. M., Carr, K. E., Hetzel, S., & Dennison, E. (2014). Disordered Eating, Menstrual Irregularity, and Musculoskeletal Injury in High School Athletes A Comparison of Oral Contraceptive Pill Users and Nonusers. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach, 6*(4), 313-320.
- Thein-Nissenbaum, J. M., Rauh, M. J., Carr, K. E., Loud, K. J., & McGuine, T. A. (2011). Associations between disordered eating, menstrual dysfunction, and musculoskeletal injury among high school athletes. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 41*(2), 60-69.
- Thelen, M. H., Mintz, L. B., & Vander Wal, J. S. (1996). The Bulimia Test—Revised: Validation with DSM-IV criteria for bulimia nervosa. *Psychological Assessment, 8*(2), 219-221.
- Thiel, A., & Paul, T. (2006). Test–retest reliability of the Eating Disorder Inventory 2. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(4), 567-569.

- Thiemann, P., Legenbauer, T., Vocks, S., Platen, P., Auyeung, B., & Herpertz, S. (2015). Eating disorders and their putative risk factors among female German professional athletes. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 269-276.
- Thomas, J. R., Silverman, S. J., & Nelson, J. K. (2005). *Research methods in physical activity* (5th ed.). Champaign: Human Kinetics.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7-14.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29-41.
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2015). "Exercise to be fit, not skinny": The effect of fitspiration imagery on women's body image. *Body Image*, 15, 61-67.
- Tod, D., Edwards, C., & Hall, G. (2013). Drive for leanness and health-related behavior within a social/cultural perspective. *Body Image*, 10(4), 640-643.
- Tod, D., Hall, G., & Edwards, C. (2012). Gender invariance and correlates of the Drive for Leanness Scale. *Body Image*, 9(4), 555-558.
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108-118.
- Torstveit, M. K., Agedal-Mortensen, K., & Stea, T. H. (2015). More than half of high school students report disordered eating: a cross sectional study among Norwegian boys and girls. *PloS One*, 10(3), e0122681.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The body appreciation scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129.
- VanHeest, J. L., Rodgers, C. D., Mahoney, C. E., & De Souza, M. J. (2014). Ovarian suppression impairs sport performance in junior elite female swimmers. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46(1), 156-166.
- Varnes, J. R., Stelfoxson, M. L., Janelle, C. M., Dorman, S. M., Dodd, V., & Miller, M. D. (2013). A systematic review of studies comparing body image concerns among female college athletes and non-athletes, 1997–2012. *Body Image*, 10(4), 421-432.
- Voelker, D. K., Reel, J. J., & Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 149-158.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). "But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106-116.
- World Health Organization, W. (2004). *International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10* (2nd ed. Vol. 3). Geneva: World Health Organization.

- Wyssen, A., Bryjova, J., Meyer, A. H., & Munsch, S. (2016). A model of disturbed eating behavior in men: The role of body dissatisfaction, emotion dysregulation and cognitive distortions. *Psychiatry Research, 246*, 9-15.
- Yamamiya, Y., Shimai, S., Schaefer, L., Thompson, J., Shroff, H., Sharma, R., & Ordaz, D. (2016). Psychometric properties and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4) with a sample of Japanese adolescent girls. *Body Image, 19*, 89-97.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Måleinstrumenter brukt i masterprosjektet

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til elever

Vedlegg 3: Godkjenning fra Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig
Forskningsetikk (REK Sør-Øst)

Utvalgte instrumenter fra HBI-prosjektet brukt i masterprosjektet

Drive for Leanness Scale

Nedenfor er det noen meninger om kropp. Hvor ofte stemmer disse for deg?

1 (aldri), 2 (sjeldent), 3 (noen ganger), 4 (ofte), 5 (nesten alltid), 6 (alltid)

Jeg synes de kroppene som ser finest ut er de som er veldefinerte

Personer som har en fast og veldefinert kropp er svært disiplinerte

Målet mitt er å ha veldefinerte muskler

Personer som har en veltrent kropp og ser atletiske ut er de mest attraktive

Det er viktig å ha veldefinerte magemuskler

Klær ser finere ut på personer som har veldefinerte muskler

Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4)

Tenk på utseendet ditt og hva du synes om det. Spørsmålene gjelder forskjellige sider ved utseendet ditt, slik som vekt, fasong, muskler, kroppsfett og generelt utseende. Hvor enig er du i utsagnene nedenfor?

Veldig	Ganske	Verken	Ganske	Veldig
Uenig (1)	uenig (2)	/eller (3)	enig (4)	enig (5)

1. Det er viktig for meg å se atletisk ut
2. Jeg tenker mye på å se muskuløs ut
3. Jeg ønsker at kroppen min skal se veldig tynn ut
4. Jeg ønsker at kroppen min skal se ut som om den har lite kroppsfett
5. Jeg tenker mye på å se tynn ut
6. Jeg bruker mye tid på å gjøre ting som får meg til å se mer atletisk ut
7. Jeg tenker mye på å se atletisk ut
8. Jeg ønsker at kroppen min skal se veldig slank ut
9. Jeg tenker mye på å ha veldig lite kroppsfett

Vedlegg 1

10. Jeg bruker mye tid på å gjøre ting som får meg til å se mer muskuløs ut

Media:

19. Jeg føler press fra media om å se bedre ut

20. Jeg føler press fra media om å se tynnere ut

21. Jeg føler press fra media om å forbedre utseendet mitt

22. Jeg føler press fra media om å få mindre kroppsfett

Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q11)

Velg det tallet til høyre som du synes passer best. Husk at spørsmålene kun handler om de siste fire ukene (28 dagene). På hvor mange av de siste 28 dagene...

Ingen dager 1-5 dager 6-12 dager 13-15 dager 16-22 dager 23-27 dager Alle dager

Har du hatt et klart ønske om å ha en helt flat mage?

Har du hatt en klar frykt for at du kan gå opp i vekt?

Har du følt deg tykk?

Har du hatt et sterkt ønske om å gå ned i vekt?

På hvor mange av de siste 28 dagene ...

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

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

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?

Hvor misfornøyd har du vært med vekten din?

Hvor misfornøyd har du vært med figuren din?

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)?

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



Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i forskningsprosjektet

“Sunt kroppsbilde”

Bakgrunn og hensikt

Dette prosjektet har til hensikt å undersøke om det er mulig å fremme et godt forhold til egen kropp, forebygge kroppsmisnøye og redusert livskvalitet blant både jenter og gutter i videregående skole. Forskningsprosjektet du inviteres inn i gjennomføres på vegne av Norges Idrettshøgskole, og i samarbeid med Universitetet i Tromsø, Universitetet i Agder og Høgskolen i Sørøst-Norge. Det er selvfølgelig helt frivillig å delta i denne undersøkelsen. Du kan også trekke deg fra studien etter at du har sendt inn spørreskjemaet, eller si nei til senere spørreskjemaundersøkelser eller et eventuelt intervju selv om du nå samtykker til deltagelse.

Hva innebærer studien?

Dersom din skole, i en tilfeldig uttrekning, blir trukket som intervensjonsskole, vil det bli gjennomført et undervisningsopplegg som inngår i ordinær skoletid og går over en tre måneders periode. I løpet av denne tiden vil det gjennomføres 3 x 90 minutters undervisningsbolker med tema som selvfølelse, perfektjonisme, kropp, media, kosthold og fysisk aktivitet. Det vil også være noen små individuelle hjemmeoppgaver som tar minimalt med tid. Dersom din skole blir trukket til å delta i en såkalt kontrollgruppe, betyr det at dere ikke får noen annen undervisning enn det som er planlagt fra skolens side når det gjelder de temaene som er nevnt ovenfor. Skolen vil allikevel bli tilbudt en fagdag i etterkant av intervensjonsperioden, hvor ovenfor nevnte tema inngår.

Dersom du sier ja til å delta i studien (uavhengig av om din skole havner i intervensjonsgruppa eller i kontrollgruppen), vil du via en lenke i denne e-posten bli forespurt om du kan tenke deg å svare på et spørreskjema før, rett etter, ved 3, og 12 måneder etter dette 3-mnd programmet (for forsøksgruppa) er gjennomført. På de skolene som trekkes som intervensjonsskole, vil et tilfeldig utvalg av elevene kunne bli forespurt om å delta i et intervju for å kartlegge hvordan elevene opplevde det å være med i en slik undersøkelse (programmets brukervennlighet). Dersom du sier ja til å delta i spørreskjemaundersøkelsen men ikke skulle ønske å delta i et eventuelt senere intervju er det helt greit, og du kan eventuelt si nei til det dersom du skulle bli en av de som trekkes ut til intervju.

Spørreskjemaet er sammensatt av flere ulike spørreskjema og det er spørsmål knyttet til livsstil (kosthold, aktivitet og søvn), sosiale medier, kroppsbildet, selvfølelse og hvordan du har det. Spørreskjemaet kan gjennomføres på PC, Mac, nettbrett og smarttelefoner. Dersom vi skulle få ytterligere midler til dette forskningsprosjektet vil det også være mulig ved en senere anledning å gjøre noen oppfølgende undersøkelser. Det er imidlertid IKKE det du svarer på nå, men det er til informasjon dersom du ved en senere anledning skulle få en ny henvendelse fra prosjektgruppen. Det vil ved den potensielle nye forespørselen, selvsagt være mulig å takke nei til deltagelse.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelene ved å delta i dette forskningsprosjektet vil kunne være at du lærer noe nytt om de temaene som inngår i undervisningspakken, at du opprettholder eller bedrer dine livsstilsvaner, ditt kroppsbilde og din selvfølelse. Temaene vil også inngå i måloppnåelsene i fag som norsk og kroppsøving, og deltagelse vil derfor kunne være gunstig med tanke på

Vedlegg 2

utvikling innenfor disse fagene. I tillegg vil du som eventuelt velger å besvare de fire spørreskjemaene som kommer i denne perioden være med i trekningen av Universal gavekort på kr. 2000,-. Vi har gjort denne type forskning i andre videregående skoler (rene toppidrettsgymnas og ved vanlig videregående skoler) UTEN at det har medført/vært meldt inn noen ulemper ved deltakelse i prosjektet. Men, det kan selvfølgelig ikke utelukkes at enkelte kan føle at det blir en uheldig opplevelse ved økt fokus på noen av de ovenfor nevnte tema. Dersom det skulle skje så kan prosjektleder kontaktes og hun har da ansvaret for å svare på dine spørsmål og veilede deg videre slik at du kan få kontakt med en helsesøster eller annen voksenperson som du kan snakke med.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres vil bli behandlet uten navn og aidentifisert. Det betyr at de opplysningene du gir i spørreskjemaet vil ikke kunne knyttes til ditt navn når data behandles. Prosjektledelsen vil så ha en liste der ditt nummer (kode) er knyttet til deg slik at, dersom din skole er intervensjonsskole, så kan prosjektleder kontakte deg dersom du er en av de som blir trukket ut og forespurt om et senere intervju. Det er altså kun prosjektleder som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. De det gjelder har taushetsplikt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Du samtykker til deltagelse ved å gå inn på linken som er vedlagt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke, og kreve innsamlede opplysninger slettet dersom dette er aktuelt. Videre opplyses det om at du i henhold til helseforskningsloven paragraf 50 er dekket av pasientskadeloven (NPE ordningen). Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder og professor Jorunn Sundgot-Borgen på telefon 92241745/jorunn.sundgot.borgen@nih.no

Obs!

Dersom du nå velger å delta i denne første spørreskjemaundersøkelsen trykker du på linken og velger alternativet "jeg samtykker" for å gå videre og du vil da få tilgang til selve spørreundersøkelsen.

Du vil da komme videre til selve spørreundersøkelsen:

Link:

Frist for å besvare spørreskjema:

Mvh



Prosjektleder
Professor Jorunn Sundgot-Borgen
92241745
jorunn.sundgot-borgen@nih.no



Phd. kandidat
Christine Sundgot-Borgen
90754948
c.s.borgen@nih.no



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Claus Henning Thorsen	Telefon: 22845515	Vår dato: 10.03.2016	Vår referanse: 2016/142/REK sør-øst C
			Deres dato: 12.01.2016	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Jorunn Sundgot-Borgen
Norges idrettshøgskole
Postboks 4014 Ullevål Stadion
0806 Oslo

2016/142 Sunn kroppsopplevelse: et intervensjonsprosjekt

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) i møtet 18.02.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Et sunt kroppsbylde er viktig for både jenter og gutter og fungerer som en prediktor for god livskvalitet. Mange ungdommer har et problematisk kroppsbylde og norske studier viser at opptil 60% av jentene og 45% av guttene i videregående skole er misfornøyd med kroppen sin. Kroppsmisnøye er forbundet med psykiske problemer og lidelser. Betydningen av å utvikle effektive programmer for å fremme en sunn kroppsopplevelse blant ungdom er åpenbar. Den planlagte RCT-studien har et helsefremmende formål, ved det at programmet skal fremme et positivt forhold til egen kropp og dermed til å redusere forekomsten av de negative konsekvensene av en dårlig kroppsopplevelse blant ungdom på norske videregående skoler. Prosjektet søker å oppnå dette ved å undersøke effekten og aksept av et nytt skolebasert intervensjonsprogram rettet mot selvfølelse, sunn livsstil (spise- og fysisk aktivitet vaner og søvnkvalitet), dysfunksjonell perfektjonisme og mediekunnskap hos elever i videregående skole i Norge

Vurdering

Man skal i prosjektet undersøke effekt og aksept av et nytt skolebasert intervensjonsprogram rettet mot selvfølelse, sunn livsstil (spise- og fysisk aktivitetsvaner og søvnkvalitet), dysfunksjonell perfektjonisme og mediekunnskap hos elever i videregående skole i Norge.

Det legges i søknaden betydelig vekt på at programmet har en helsefremmende tilnærming, samtidig som det erkjennes at det kan argumenteres for at intervensjonsprogrammet kan bidra til et uheldig fokus på de forhold som programmet forsøker å forhindre, noe som foranlediger behov for back up og personlig oppfølging. Komiteen mener at prosjektgruppen har reflektert godt omkring dette, og forutsetter at den i søknaden skisserte prosedyre for oppfølging av elever med behov for støtte blir en realitet.

Komiteen har generelt vært skeptisk til skoleforskning hvor klasseromsetningen benyttes ved besvarelse av sensitive spørreskjemaer. I denne studien har man forlatt klasseromsetningen, elevene besvarer spørsmålene i hjemmemiljø uten risiko for påvirkning fra medelever, noe komiteen anser som en tilstrekkelig betryggende løsning.

Vedlegg 3

Det er lagt opp til elektronisk samtykke via mail. Forutsatt at samtykket kun gjelder det de svarer på, og ikke oppkobling til helseopplysninger (journal), mener komiteen at løsningen kan aksepteres. Komiteen kan imidlertid ikke akseptere at man aktivt må si nei til deltakelse, og kan for øvrig heller ikke se at skulle være behov for en slik fremgangsmåte.

Komiteen vil i den forbindelse påpeke at man selvfølgelig står fritt til å trekke seg fra studien (ved gjenkjenning via IP-adresse) også etter at man har besvart og sendt inn spørreskjemaene.

Prosjektet skal benytte et stort antall spørreskjemaer. Disse er navngitt i en oversikt, men komiteen ber for ordens skyld om at skjemaene oversendes.

Informasjonsskrivene

Komiteen har merket seg at det i informasjonsskrivet til elevene fremgår følgende: «*Vi vil også innhente karakterer på alle elevene fra et eget register.*» Komiteen kan ikke se at innhenting av karakterer er omtalt eller begrunnet i søknad eller protokoll, og komiteen forutsetter derfor at dette tas ut.

Komiteen mener videre at det bør tydeliggjøres at det er frivillig å delta. Det er naturlig at dette tas inn i informasjonsskrivets første avsnitt **Bakgrunn og hensikt**. Videre bør det opplyses om antallet spørreskjemaer, og at noen av disse berører psykisk helse.

I informasjonsskrivet til rektor er man i teksten ikke tydelig nok på å spørre om deltakelse. Skrivet er også upresist og generelt forhold til hvilke data som skal samles inn.

For begge informasjonsskrivs vedkommende mangler informasjon om retten til å trekke seg fra studien, og at man kreve innsamlede opplysninger slettet dersom dette blir aktuelt. Videre bør det opplyses at deltakerne i henhold til helseforskningsloven § 50 er dekket av pasientskadeloven (NPE-ordningen).

Komiteen ber om at informasjonsskrivene revideres, og anbefaler at man ved revisjonen ser hen til malen for informasjonsskriv som ligger på REKs hjemmesider.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

1. Spørreskjemaene som skal benyttes i prosjektet oversendes komiteen til orientering
2. Informasjonsskrivene revideres i henhold til ovennevnte og sendes komiteen til orientering.

Vedtak

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles, jf. helseforskningslovens §§ 9 og 33.

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

Tillatelsen gjelder til 01.03.2019. Av dokumentasjons- og oppfølgingshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 01.03.2024. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Dersom det skal gjøres 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, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Vedlegg 3

Klageadgang

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

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim
prof.dr.med.
leder REK sør-øst C

Claus Henning Thorsen
Rådgiver

Kopi til: *turid.sjostedt@nih.no; Norges idrettshøgskole: postmottak@nih.no*