

Mastergradsoppgave

Marius Johnsen

Spiseforstyrrelser og kroppspress
blant gruppetimeinstruktører
og personlige trenere
ved norske treningsentre.



Høgskolen i Telemark

Fakultet for allmennvitenskapelige fag



Høgskolen i Telemark

**Spiseforstyrrelser og
kroppspress blant
gruppetimeinstruktører og
personlige trenere ved norske
treningsentre.**

Marius Johnsen
[15.05.15]

Forord

Jeg vil gjerne takke min veileder Solfrid Bratland-Sanda, for all veiledning og gode tilbakemeldinger under arbeidet med min masteroppgave.

Spesielt vil jeg takke min samboer Kine. Du har vært motiverende, hjelpsom og omtensksom i denne perioden. Du har vært en viktig støttespiller i denne prosessen, både faglig og som gledesspreder. Vår datter, Hennie, har også gitt meg mye glede og motivasjon under et intensivt år. Takk for at dere er dere.

Jeg vil også få takke min familie for at dere alltid er der for meg, og at dere har gitt meg muligheten til å gjennomføre en mastergrad ved HIT. Dere betyr mye for meg.

Sammendrag

Spiseforstyrrelser og kroppspress er aktuelt i dagens samfunn. Kroppsmisnøye og ønsket om tynnhet får mange til å ty til ekstreme metoder, som overdreven trening, dietter og dopingmidler for å nå «den perfekte kroppen». Dette kan føre til store konsekvenser som anorexia nervosa, bulimia nervosa og andre uspesifiserte spiseforstyrrelser. Tidligere studier har vist at gruppetimeinstruktører er en utsatt gruppe for å utvikle spiseforstyrrelser (Höglund & Normén, 2002). Denne studien tar for seg forekomsten av spiseforstyrrelser og kroppspress blant gruppetimeinstruktører og personlig trenere ved norske treningssentre.

Utvalget i denne studien kommer fra ulike treningssentre i Østfold og Telemark. Det ble sendt ut et spørreskjema på e post til de ansatte ved sentrene. Spørreskjemaet ble distribuert via Questback og inkluderte standardiserte spørsmål fra diagnoseverktøyet Eating Disorders Inventory 2 (EDI-2), samt noen ustandardiserte spørsmål (alder, kjønn, utdanning, arbeidserfaring osv.). Totalt deltok 107 personer i undersøkelsen, hvorav 84 kvinner og 23 menn.

Hovedfunnene i studien er at spiseforstyrrelser blant gruppetimeinstruktører og personlige trenere (PT) forekommer, spesielt blant kvinner. Totalt var det 4,7 % som av deltakerne som rapporterte om spiseforstyrrelser, 3,8 % av disse er kvinner. Kvinner opplever størst press om en «veltrent kropp», mens menn opplever størst press om en «veltrent» og «muskuløs kropp». Generelt opplever kvinner et høyere kroppspress enn menn. Minst press opplever kvinner om en «tynn kropp».

En årsak til at utvalget opplever størst press om en veltrent kan være at medlemmer ved treningssentre ofte velger instruktører etter kroppslig utseende (Evans et.al, 2005). Dette kan også være en årsak til en høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant denne yrkesgruppen enn hos den generelle befolkningen.

Konklusjonen fra denne studien er at det er en høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant gruppetimeinstruktører og PT'er sammenlignet med den generelle befolkningen. Likevel er forekomsten mye lavere sammenlignet med tidligere studier der forekomsten har vært på 27 – 40 % (Höglund & Normén 2002). Kvinner opplever generelt et høyere kroppspress enn menn, men minst press opplever de om en «tynn kropp». Dette er med på å bekrefte begrepet «strong is the new skinny».

Innhold

Sammendrag	2
Forkortelser	5
1.0 INTRODUKSJON	5
1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling	7
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Hypoteser	7
2.0 TEORI	8
2.1 Hva er spiseforstyrrelser?	8
2.2 Anorexia Nervosa (AN)	9
2.3 Bulimia Nervosa (BN)	11
2.4 Patologisk overspisingslidelse	11
2.5 Uspesifiserte spiseforstyrrelser	12
2.6 Hvem utvikler spiseforstyrrelser?	12
2.7 Kroppsbilde, kroppspress og kroppsidealer	14
2.8 Lav energi tilgjengelighet	19
2.9 Idrett og spiseforstyrrelser	20
2.11 Spiseforstyrrelser hos gruppetimeinstruktører	22
2.12 Fitness.....	23
2.13 Personlig trener	24
2.14 Gruppetimeinstruktør	25
2.15 Gruppetimeinstruktørers evne til å oppdage spiseforstyrrelser	25
3.0 METODE	27
3.1 Deltakere	27
3.2 Spørreundersøkelser	27
3.3 Innsamling av data	28

3.4 Spørreskjemaet	28
3.5 EDI -2	29
4.0 RESULTATER	31
4.1 Beskrivelse av utvalget	31
4.2 Ønske om tynnhet	32
4.4 Opplevelser om kroppspress	34
4.5 Forekomst av spiseforstyrrelser	37
5.0 DISKUSJON	40
5.1 Resultater	40
5.2 Metode	44
5.3 Styrker og svakheter ved studien	46
5.4 Praktisk betydning av studien	47
5.5 Videre forskning	48
6.0 KONKLUSJON	49
7.0 REFERANSELISTE	50

Forkortelser

AN	Anorexia Nervosa
BMI	Body mass index
BN	Bulimia Nervosa
DSM 5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EDI-2	Eating Disorders Inventory 2
EDNOS	Eating disorder not otherwise specified, uspesifiserte spiseforestyrrelser
GK	Generell kroppssammenligning
KSS	Kroppsangst i sosiale sammenhenger
MK	Muskelrelatert kroppssammenligning
NHI	Norsk helse informatikk
PT	Personlig trener
ROS	Rådgivning om spiseforstyrrelser
VK	Vektrelatert kroppssammenligning
WHO	World Health Organization
ØM	Ønske om muskularitet

1.0 Introduksjon

Nordmenns dagligdagse aktivitet er i endring. I løpet av de siste 10 til 15 årene har stadig flere nordmenn blitt medlemmer av et treningssenter (Vik, 2011). Treningssentre og helseklubber har blitt en enorm global business (Andreasson, Johansson, 2014). Over de to siste tiårene har fitness industrien økt med nesten 90 millioner medlemmer og 750 000 ansatte i USA, Europa og Australia. I Norge har ca 1/3 av landets voksne befolkning medlemskap på et treningssenter (Bratland-Sanda, Sundgot-Borgen, 2014) I de aller fleste sentrene tilbys det gruppetimeaktiviteter som ledes av en sertifisert instruktør. Personlig veiledning og trening tilbys også gjennom en personlig trener (Vik, 2011).

Treningssenter har blitt et sted der menn og kvinner kan utvikle idealkroppen (Andreasson, Johansson, 2014). Tidligere forskning har vist klare forskjeller mellom menn og kvinner når det kommer til kroppsideal. Det mannlige idealet er en V – formet kropp med store biceps, bryst og skuldre. Menn vil gjerne øke kroppsvekten i muskelmasse for å nå den ønskede V – formen (Furnham, Badmin, Sneade, 2002). Derimot er det kvinnelige idealet preget av tynnhhet, med fokus på smale hofter, rumpe og lår. Dog er det tydelig tegn på at den ideale kvinnelige figuren som blant annet blir beskrevet i media er i forandring fra en tynn figur til en kroppsfigur som er både tynn og muskeltonet eller atletisk (Benton & Karazsia, 2014). De høye standardene for kroppsideal som er gitt av det vestlige samfunnet kan føre til kroppsmisnøye, spiseforstyrrelser, bruk av dopingpreparater og slankemidler (Labre, 2002). Tidligere forskning viser at det er høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant gruppetimeinstruktører ved treningssentre enn hos den generelle befolkningen (Höglund og Normén 2002).

På grunn av det høye kropps fokuset i treningsbransjen vil det være interessant å se på forekomsten av spiseforstyrrelser og opplevd kroppspress blant gruppetimeinstruktører og personlige trenere. Med utgangspunkt i problemstilling og hypoteser vil jeg legge frem teori, resultater og diskusjon for å bekrefte eller avkrefte mine hypoteser.

1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å se på forekomsten av spiseforstyrrelser blant gruppetimeinstruktører og personlige trenere på norske treningssentre. Det har tidligere vært gjort lignende undersøkelser av blant annet Höglund, Normén, (2002). I denne studien ble det avdekket høye tall på selvrapportert spiseforstyrrelser og det vil være naturlig å sammenligne dette med resultatene fra denne undersøkelsen. I tillegg vil det være interessant å kartlegge eventuelle opplevelser av kroppspress blant gruppetimeinstruktører og personlig trenere.

1.2 Problemstilling

1. Hva er forekomsten av spiseforstyrrelser blant gruppetimeinstruktører og personlige trenere på norske treningssentre?
2. I hvilken grad opplever evt. denne yrkesgruppen kroppspress?

1.3 Hypoteser

Med utgangspunkt i tidligere forskning og teori vil følgende hypoteser bli bekreftet eller avkreftet:

1. Flere kvinnelige enn mannlige ansatte ved treningssentre lider av spiseforstyrrelser.
2. Kvinner har et større ønske om tynnhet enn menn.
3. Menn ønsker en mer muskuløs kropp.
4. Personlige trenere og gruppetimeinstruktører er yrkesgrupper med høy risiko for å utvikle spiseforstyrrelser.

2.0 Teori

2.1 Hva er spiseforstyrrelser?

Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2000).

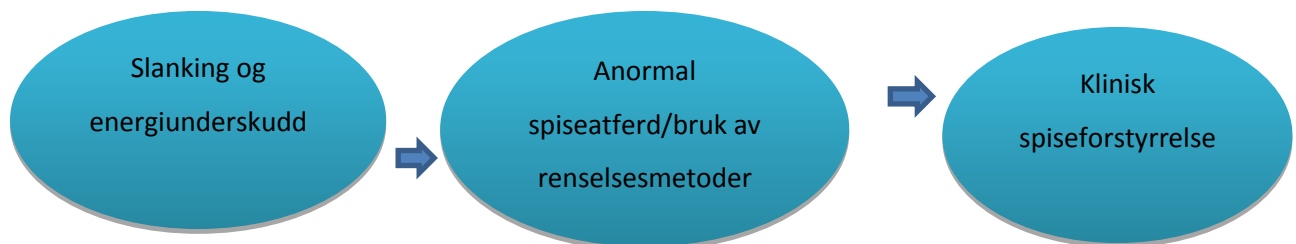
Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser. En person som har en spiseforstyrrelse har ikke bare et vanskelig forhold til mat, men også til egne tanker og følelser. Spiseforstyrrelser karakteriseres av overopptatthet av mat, kroppsvekt og utseende. Hun eller han kjenner seg styrt av disse tankene i hverdagen, og det kan hemme den daglige fungeringen. Tankene rundt vekt og utseende kan lede til sykelige reguleringsmetoder som fasting, overspising og oppkast, og overdreven trening. Disse metodene blir hovedfokuset i hverdagen, og familie, skole og jobb får gjerne mindre oppmerksomhet (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013). Sykdommen er ofte langvarig og går følgelig ut over personens livskvalitet. Spiseforstyrret adferd fører også til belastninger på kroppen. Dette er belastninger som i seg selv kan skape behandlingstrengende somatiske tilstander, som for eksempel alvorlig undervekt, elektrolyttforstyrrelser, dårlig tannstatus osv (Skårderud, 2000). Spiseforstyrrelser er videre forbundet med høy dødelighet (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

Spiseforstyrrelser er i hovedsak knyttet til vestlig kultur, da man ser færre tilfeller av spiseforstyrrelser i andre kulturer. I vestlig kultur er kroppsform et symbol på psykologisk og sosial mestring. Spiseforstyrrelser er et relativt nytt fenomen. Det finnes eksempler på sykdommen tidligere, men ikke i nærheten av samme omfang som i senere tid (Skårderud, 2000).

Spiseforstyrrelser kan deles inn i tre varianter av grunnform: *nekteren*, *overspiseren* og *renseren*. Nekteren lukker munnen, hun nekter for at hun spiser lite. Hun kan oppleve at hun spiser nok og på den måten få opplevelsen at hun er stor. Overspiseren mister ofte kontrollen over matinntaket. Overspisinger blir planlagt med faste ritualer eller de kan være svært impulspreget, som f. eks å spise rett fra fryseren. Med dette følger det ofte skam og selvforakt. Renseren kaster svært ofte opp maten hun har spist. Men renseren kan også være en som faster eller overtrener (Skårderud, 2000).

Forstyrret spiseadferd er et tidlig tegn på spiseforstyrrelse. Et anstrengt forhold til mat, kropp og utseende, samt vektkontrollerende metoder kan over tid utvikles til en klinisk spiseforstyrrelse. Sundgot-Borgen & Torstveit beskriver dette i sin kontinuummodell:

Figur 1: Kontinuummodell fra forstyrret spiseadferd til en klinisk spiseforstyrrelse (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).



De kliniske spiseforstyrrelsene kan deles inn i ulike diagnosegrupper: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, patologisk overspisingslidelse (binge eating disorder) og uspesifiserte spiseforstyrrelser (eating disorder not otherwise specified, EDNOS) (Morrison, 2014). I Norge benytter vi oss av «the international classification of diseases» (ICD- 10) og "Diagnostic and statistical manual of mental disorders» (DSM) for diagnostisering av disse sykdommene (Bjørnelv, 2004).

2.2 Anorexia Nervosa (AN)

Anorexia Nervosa (AN) er å begrense hva og hvor mye man spiser (Skårderud, 2000). AN rammer nesten 1 % av alle kvinner, og ca 0,3 % av menn, og har vært kjent i nesten 200 år (Morrison, 2014). AN kjennetegnes ved stor rigiditet og overopptatthet av mat, trening, vekt, og kroppsform. I tillegg forekommer gjerne kroppssjekking, som kan bestå av gjentakende vektmålinger, kjenne etter ribbein, klype i hudfolder eller ved å bekrefte kroppsvekt ved å prøve at spesielle klær passer (Øverås, 2015). Vanligvis beholder de fleste med anoreksi maten, men de kan kaste opp dersom de føler at de har spist for mye. Mange overtrener for å forbrenne kalorier og gå ned i vekt, men de fleste med AN begynner å sulte seg som

metode for å gå ned i vekt. Til slutt kan dette føre til at de ikke klarer å spise. De ser ikke lenger et realistisk bilde av hvor tynne de er, de ser seg heller som tykke og store. En person med AN tenker mat og kalorier hele tiden, med et konstant kalorieregnskap i hodet. De fleste utvikler anoreksi i tenårene, men sykdommen kan også oppstå i voksen alder. Spesielt utsatt kan man være ved dramatiske forandringer i livet, som f.eks. etter svangerskap, ved skilsmisse, dødsfall, ved mishandling e.l. (Skårderud, 2000).

Tabell 1: DSM-V har 3 hovedkriterier for å definere Anorexia Nervosa (Morrison,2014).

1	Vegring mot opprettholdelse av normal kroppsvekt i forhold til alder og kroppshøyde (personen har en kroppsvekt på under 85 % av forventet kroppsvekt)
2	Intens frykt for å legge på seg eller bli fet, selv om personen er undervektig
3	Forstyrret opplevelse av egen kroppsvekt og kroppsform, urimelig evaluering av kroppsvekt og kroppsform ved selvvurdering, eller benektelse av alvorret med nåværende lave kroppsvekt.

Fra den tidligere brukte DSM-IV har blant annet amenoré (fravær av menstruasjon) blitt fjernet som et kriterie for diagnosen AN. Det er vanlig at AN pasienter mister menstruasjonen, men er det altså ikke lenger et kriteria for diagnosen. Dette betyr at gutter endelig vil kunne få diagnosen AN. Forekomsten av AN blant gutter har dermed tidligere vært ukjent, men det forskes stadig på området.

Pasienter med AN får ofte lav hjerterytme og lavt blodtrykk, samt unormale lab verdier (blodmangel, lav beintetthet og EKG forandringer). Personer med AN har seks ganger så høy dødelighet som resten av befolkningen (Morrison, 2014). Basert på BMI-skalaen kan alvorlighetsgraden av AN bli kategorisert på følgende måte (alvorlighetsgraden avhenger også av funksjonsnivå) (Morrison, 2014):

Mild – BMI > 17

Moderat – BMI 16-17

Alvorlig – BMI 15-16

Ekstrem- BMI < 15

2.3 Bulimia Nervosa (BN)

Bulimia nervosa (BN) kjennetegnes ved overspising, etterfulgt av kompenserende adferd som oppkast, bruk av avføringsmidler, overdreven trening og lignende. Overspising kan være alt fra noen brødkiver til å spise i timevis i flere omganger med oppkast, flere ganger om dagen. De fleste som har bulimi er normalvektige. Mange av de som får bulimi utvikler det i tenårene, dette kan sees i sammenheng med store forandringer i livet. Personer med bulimi spiser for å stoppe en sult, som kan være både fysisk og psykisk. Det å kaste opp kan føles som en lettelse, renselse eller rus, men det kan også oppleves som en ydmykelse (Skårderud, 2000). Mange med AN opplever at det etter hvert kan bli vanskelig å ha kontroll på det strenge matinntaket. Dermed kan en del av de som har anoreksi gå over til å få bulimi. Personer med BN tyr også ofte til avføringsmidler, andre medikamenter og overdreven trening for å oppnå målene sine. BN er mer vanlig en AN da det berører 1-2 % av kvinner, men en mye mindre andel av menn. BN er oftest funnet blant personer som driver med gymnastikk, dans og blant modeller. Av ukjente grunner har det blitt færre personer med BN de siste 20 årene. Pasienter med BN har gjerne sammensatte sykdommer, særlig humør- og angstforstyrrelser, men også problemer med impulsivitet og stoff bruk (Morrison,2014).

Nesten halvparten av pasientene med BN blir friske. Selv om dødeligheten er høyere blant BN pasienter sammenlignet med friske personer i samme aldersgruppe, er det mye lavere dødelighetsrate i forhold til AN. Selvmordsraten er også høyere blant personer med BN enn for resten av befolkningen (Morrison,2014).

2.4 Patologisk overspisingslidelse

Patologisk overspisingslidelse (Binge eating disorder) har nylig blitt klassifisert som en diagnose (Morrison, 2014; Schmidt, Tetzlaff, Hilbert, 2015; Duarte, 2015). Overspising starter ofte i tenårene eller starten av 20 - årene. Hovedkriteriet for patologisk overspisingslidelse er gjentagende overspisingepisoder uten kompenserende atferdsmetoder som f.eks oppkast, bruk av avføringsmidler og trening osv. (Schmidt et.al., 2015). Lidelsen opptrer ofte i sammenheng med slankekurer og når en person føler seg nedfor og nervøs. De to sentrale punktene i denne lidelsen er mengden av konsumet, og mangelen på kontroll av matvaner

(Morrison, 2014). I motsetning til pasienter med AN og BN veksler ikke pasienter med patologisk overspisingslidelse mellom ulike spiseforstyrrelser. Patologisk overspisingslidelse er den mest vanlige spiseforstyrrelsen, og rammer omtrent 2 % av den voksne befolkning og halvparten av dette igjen når det gjelder tenåringer. Lidelsen rammer dobbelt så mange kvinner som menn (Morrison, 2014). Selv om patologisk overspisingslidelse er assosiert med fedme, har bare ¼ av overvektige pasienter denne overspisingslidelsen (Morrison, 2014). Patologisk overspisingslidelse har som nevnt nylig blitt anerkjent som en diagnose, og har dermed ikke vært en del av tidligere utgaver av DSM (Morrison, 2014, Schmidt et.al., 2015). Siden EDI-2 som tar utgangspunkt i DSM-IV blir brukt som metode i denne oppgaven, inkluderes dermed ikke patologisk overspisingslidelse som en spiseforstyrrelse her.

2.5 Uspesifiserte spiseforstyrrelser

Eating disorders not otherwise specified (EDNOS) er også en klinisk spiseforstyrrelse. Personer som får denne diagnosen møter noen, men ikke alle kriteriene som er satt for AN og BN. Det som er typisk for EDNOS er at personen går fra perioder med overspising til lite eller fraværende matinntak. Man ser også at personer med EDNOS ofte driver overdreven trening for å kompensere for overspisingen (Skårderud, 2000). Personer med EDNOS kan videre utvikle AN eller BN over tid.

EDNOS er den mest utbredte diagnosen av de kliniske spiseforstyrrelsene (Höglund & Normèn, 2002). En studie gjort av Sundgot-Borgen & Torstveit (2004) viser at dette også gjenspeiler seg hos norske idrettsutøvere. En svensk studie som så på selvrapporterte spiseforstyrrelser hos kvinnelige gruppetimeinstruktører viste at de fleste rapporterte om EDNOS (Höglund & Normèn, 2002)

2.6 Hvem utvikler spiseforstyrrelser?

Årsaksmekanismer for å utvikle en spiseforstyrrelse kan være sammensatte. Her følger en modell med 3 nivåer som forsøker å beskrive utviklingen av spiseforstyrrelser:

1. Disponerende faktorer:

Det kan finnes en sårbarhet i en person som i møte med andre utløsende faktorer kan resultere i spiseforstyrrelser. En slik sårbarhet kan være lite spesifikk og trenger ikke å

handle spesielt om mat. Fra tvillingstudier kan man se at *genetiske* forhold faktisk kan øke sjansen for å utvikle anoreksi eller bulimi. En annen faktor er personlighet. Vi vet at perfeksjonistiske, tvangspregede og rigide personlighetstrekk kjennetegnes ved anoreksi. Med perfeksjonisme menes negativ perfeksjonisme, dvs. at man stiller ekstreme krav til seg selv, men at det aldri blir bra nok (Skårderud, 2000). En personlighet med mer impulspregede trekk knyttes til bulimi.

Samhandling med foreldre spiller også en viktig rolle. Foreldre er viktige for barna. De tidligste og nærmeste forholdene er med på å forme oss som mennesker. Fravær av foreldre, overbeskyttelse, utforsigbarhet og uklare grenser kan hemme utviklingen av barnets trygghet. Ulike forhold i familien kan også spille en vesentlig faktor, der familiehistorikk med psykiatri, rusmisbruk og konflikter er klare risikofaktorer. Overvekt i familien kan også være en medvirkende faktor, og en stressende hverdag også føre til dårlige måltidsrutiner (Skårderud, 2000).

Som tidligere nevnt knyttes spiseforstyrrelser hovedsakelig til vestlig kultur. Vi ser daglig eksempler på kroppsfokusering i alt fra klesmodeller til plakater av idealkroppen på treningssentre. Videre er mange av våre kjente idealer svært tynne, som f.eks. Victoria Beckham og Angelina Jolie (Skårderud, 2000). Dette kan påvirke en sårbar person negativt, og dermed øke risikoen for utvikling av spiseforstyrrelser.

2. Utløsende faktorer

De utløsende faktorene, eller "triggerne" for utvikling av spiseforstyrrelser kan være mange. Eksempler på slike faktorer kan være tap og konflikter, mobbing og ekstrem slanking. Tidlig pubertet kan gi en følelse av å være annerledes, som igjen kan føre til at man vil slanke seg. Videre kan sen pubertet også føre til at man føler seg annerledes og mislykket. Store prestasjonskrav, skader (noe som er mest relevant for idrettsutøvere) og endret livsstil kan også være medvirkende faktorer (Skårderud, 2000).

3. Vedlikeholdene faktorer

Alvorlig vekttap og underernæring kan bidra til å vedlikeholde spiseforstyrrelsen. Familie og miljø kan også spille en rolle i de vedlikeholdende faktorene. En velfungerende familie kan fort bli mindre velfungerende når et familiemedlem har utviklet spiseforstyrrelser. Lidelsen kan da få kontroll over familien. Det kan bli krangler, opphisselse, foreldre kan bli aggressive og fortvilte, de andre søsknene blir stilt i andre rekke, og personen med spiseforstyrrelse føler ofte en stor skyldfølelse i tillegg til sine opprinnelige problemer (Skårderud, 2000). Miljøet rundt personen kan også bli en negativ påvirkning. Man blir et problem, og blir da også behandlet som et.

Disse 3 nivåene kan altså være med på å forklare hvorfor noen personer utvikler spiseforstyrrelser, og som vi ser er det svært mange faktorer som kan spille inn (Skårderud, 2000).

2.7 Kroppsbilde, kroppspress og kroppsidealer

Kroppsbilde defineres som en persons antagelser, tanker og følelser om egen kropp (Alipour, Farhangi, Dehghan, Alipour, 2015). Kroppsbilde referer altså til subjektive tolkninger av egen kropp, og har kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige dimensjoner (Kong & Harris, 2015). Kroppsbildet kan forandre seg ut ifra forskjellige situasjoner, og blir påvirket av kulturelle normer og kroppsformer dannet i media (Kong & Harris, 2015). Kroppsmisnøye oppstår når det er forskjeller mellom en persons syn på egen kropp, spesielt angående kroppsform og vekt, og den kroppen som er ment å være idealet. Kroppsmisnøye er forbundet med ønske om tynnhet, slanking, forstyrret spiseatferd og utvikling av kliniske spiseforstyrrelser (Kong & Harris, 2015).

Tidligere forskning viser at det har vært klare forskjeller på hvordan menn og kvinner vil at kroppen skal se ut. Menn vil gjerne ha en viss form på kroppen, mens kvinner gjerne vil gå ned i vekt. Det mannlige idealet er en V – formet kropp med store biceps, bryst og skuldre. Derimot er det kvinnelige idealet å være tynn, med fokus på smale hofter, rumpe og lår. Menn vil gjerne øke kroppsvekten i muskelmasse for å nå den ønskede V – formen (Furnham, Badmin, Sneade, 2002). Dog er det tydelig tegn på at den ideale kvinnelige figuren som blant annet blir beskrevet i media er i forandring fra en tynn figur til en kroppsfigur som

er både tynn og muskeltonet eller atletisk (Benton & Karazsia, 2014). Den økende preferansen mot en mer atletisk kropp ser vi tydelig ved et økende fokus på trening, muskeltoning og muskularitet i tillegg til tynnhet i populærkultur (Benton & Karazsia, 2014). Spesielt det kvinnelige kroppsidealet er i endring mot et mer muskuløst utseende (Grogan, Evans, Wright & Hunter, 2004). Den skiftende trenden i kroppsidealet setter en standard for attraktivitet som er både tynn og muskeltonet (Benton & Karazsia, 2014). Nyere forskning viser også at ønske om muskularitet er relevant hos begge kjønn (Kyrejto et.al., 2008). I en undersøkelse som omhandlet tenåringer svarte 91 % av guttene og 78 % av kvinnene at de ønsket å bli mer muskuløse, kun 4 % av kvinnene ønsket at de var mindre muskulære (Kyrejto et.al., 2008). En annen undersøkelse gjort på amerikanske universitetsstudenter viser at både kvinner og menn identifiserer muskularitet som viktig for deres ideale fysikk (Kyrejto et.al., 2008). Undersøkelsen til Kyrejto et. al (2008) viser at menn fortsatt hadde et høyere ønske om muskularitet, men når formen for muskularitet skiftet fra muskelstørrelse til muskel toning scoret kvinner og menn like høyt.

Kroppsbilde har fått mye oppmerksomhet de siste 20 årene, spesielt på grunn av forbindelsen med kroppsmisnøye og fysiske og psykiske helseproblemer (Ricciardelli 2008). Kvinner er ofte mer misfornøyde med kroppen sin enn menn, de vil oftere klassifisere seg som overvektige, veie seg oftere og slanke seg mer regelmessig. De er også generelt mer misfornøyd med utseende enn det menn er (Furnham et.al., 2002). De mest markante forskjellene mellom kjønnene er synet på vekt, kroppsform, og spesielt da formene (Furnham et.al., 2002). Ricciardelli (2008) skriver at en stor andel av menn er misfornøyd med kroppen sin, men av andre årsaker enn kvinner. Menn ønsker seg en muskuløs kropp med minimalt kroppsfett, mens kvinner i hovedsak ønsker seg en tynnere kropp (Ricciardelli 2008). Kvinner ser seg oftere som overvektig når de ved objektive standarder ikke er det, mens menn ofte ser på seg selv som undervektige (Furnham et.al, 2002). Undervekt har også forskjellig betydning for menn og kvinner. Menn ser på undervekt som noe negativt, mens kvinner ser på det som positivt (Furnham et.al., 2002). Kroppsmisnøye blant menn har vist å ha sammenheng med en rekke usunne atferder, som treningsavhengighet, ekstrem vektløfting og bruk av prestasjonsfremmende dopingmidler. Samlet er disse problemene relatert til ønsket om muskularitet (Ricciardelli 2008).

I den vestlige kulturen blir slanking og trening brukt som primære strategier for å forandre på sin egen kropp. Selv om kroppsmisnøye i hovedsak er et vestlig problem er det tydelig at det er en økning i andre kulturer også (Alipour et.al., 2015). Menn og kvinner slanker seg dessuten av forskjellige grunner, og de grunnene forandrer seg med alder. Flere forskere har slått fast at slankeatferd er en viktig faktor for utvikling av spiseforstyrrelser (Furnham et.al., 2002). Videre er trening en måte å hurtig miste vekt på, eller en måte å unngå ubehagelige spørsmål om vekttap.

Empiriske undersøkelser viser at tenåringsjenter er signifikant mindre fornøyd med sin egen kropp enn jevnaldrende gutter (McReary & Sasse, 2000). I tre store undersøkelser rapporterer 24 - 46 % av tenåringsjenter og 12 – 26 % av tenåringsgutter om kroppsmisnøye (Mäkinen, Puukko-Viertomis, Lindberg, Simes, Aalberg, 2012). Jenter er dermed mer mottagelige for å starte med dietter og andre vektreduksjonsmetoder for å oppnå en ønsket tynn kropp. Ønsket om tynnhet har blitt så stort at mellom halvparten og $\frac{2}{3}$ av alle tenåringsjenter går på en slags diett (McReary & Sasse, 2000). Kulturelle faktorer er med på å forsterke at tynnhet gjør kvinner attraktive. F.eks. så har skuespillere, modeller og kvinner i skjønnhetskonkurranser mye mindre kurver, midjemål og kroppsvekt enn den gjennomsnittlige kvinnen. Leker som unge jenter leker med er også med på å forsterke urealistiske forventninger til kvinners kropp, f. eks så er kroppsformen til Barbie så urealistisk at den kun forekommer for 1 av 100 000 kvinner. Ken dukken er mer realistisk og kan forekomme i 1 per 50 mann (McReary & Sasse, 2000).

Forskning har vist at ønske om tynnhet er ganske sjelden for gutter og menn, men når det først oppstår er det pga yrkesrettede grunner eller idrettslige prestasjoner (svømmere, brytere eller løpere osv). Forskning om den antatte mannlige idealkroppsformen avslører to konsistente funn; menn vil alltid ønske en muskulær og menn tror alltid at kvinner ser etter muskularitet i deres idealmann. Det siste har blitt bekreftet ut i fra empiriske undersøkelser, der kvinner rangerer menn med større Pectoralis muskler som mer attraktive enn menn med mindre utviklet brystkasse (McReary & Sasse, 2000). Som de kvinnelige Barbie-dukkene gir også de mannlige action figurene urealistiske forventninger til muskularitet blant gutter. En undersøkelse viser blant annet at actionfiguren G.I Joe har blitt urealistisk muskuløs over de

siste 30 årene. Figurene har fått kroppsformer som ikke engang de mest avanserte kroppsbyggerne klarer å oppnå (McReary & Sasse, 2000).

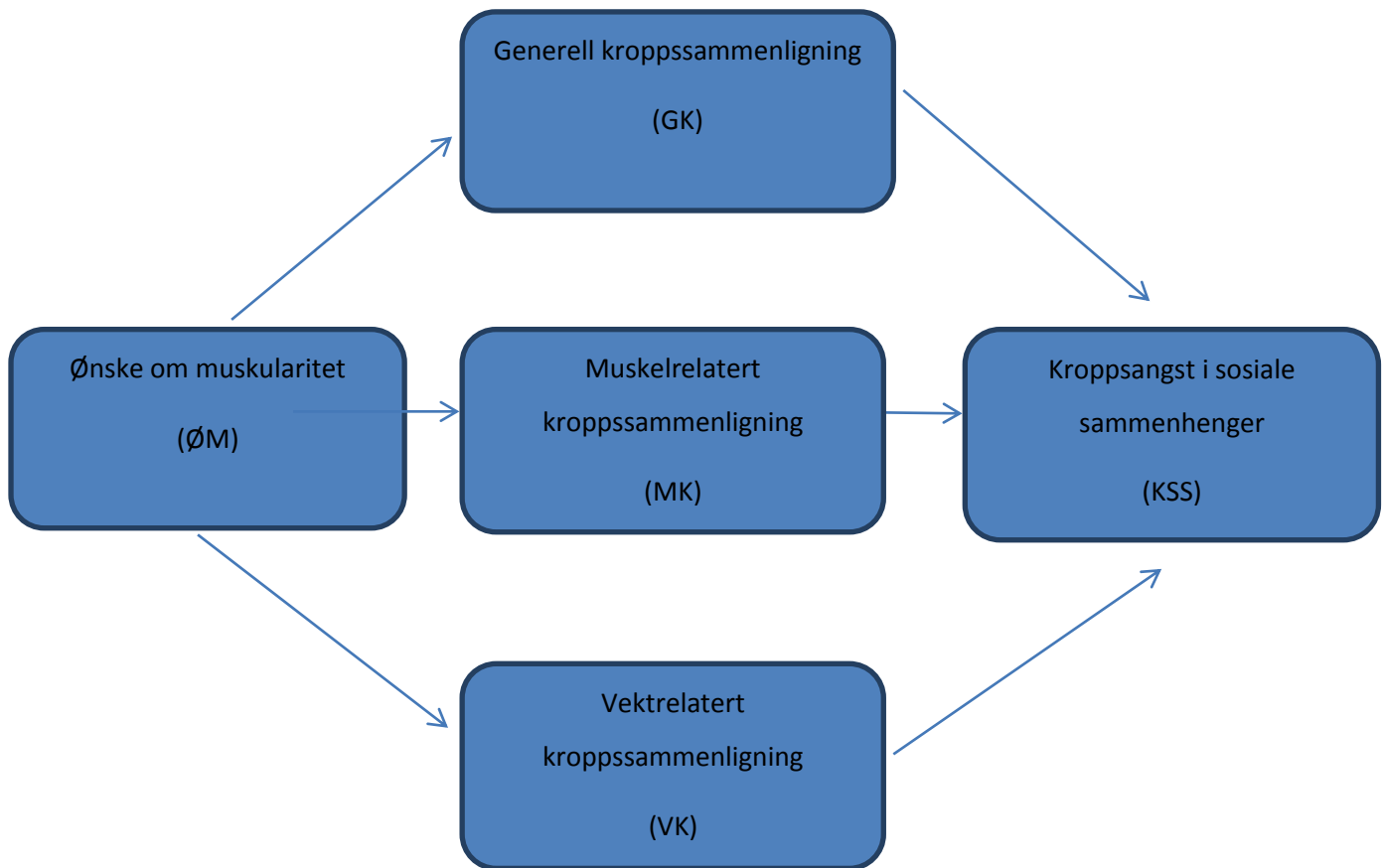
Det er økende tendens til at gutter og menn i den vestlige verden utvikler signifikante kroppsforstyrrelser. En årsak til dette kan være målet om å oppnå høy sosial standard gjennom den muskulære og veltrente kroppen (Hale, Roth, DeLong, Briggs, 2009). Ønsket om mer muskularitet blant gutter og menn kan komme av bekymringer rundt egen kropp, ved at de ikke ser seg som like muskulær som den gjennomsnittlige mannlige kroppen. Forskning på kroppsbygge og kroppsform viser nemlig at unge menn ser på seg selv som tynnere og mindre muskulære enn de egentlig er. Så mye som 28 – 68 % av alle normalvektige tenåringsgutter forsøker eller ønsker å gå opp i vekt. Halvparten av gutter og menn har et ønske om større pectoralis, biceps, håndledd, skuldre, overarmer og en flatere mage. Forskning viser også at menn er mer motivert for styrketrening enn hva kvinner er. Videre er det tydelig at jo oftere gutter og menn deltar på styrketrening, desto mer fornøyd er de med sin egen kropp, uavhengig av eventuell muskeløkning (McReary & Sasse, 2000). Det har derimot blitt gjort funn som tilsier at treningsavhengigheten og ønsket om muskularitet reduseres ettersom menn blir eldre og får et mer balansert liv (Hale et. al, 2009).

Som ønsket om tynnhet kan ønsket om muskularitet ha ødeleggende fysiske og psykiske konsekvenser. De fysiske konsekvensene kan igjen føre til et større ønske om muskularitet. I motsetning til ønsket om tynnhet der de ofte bruker avføringsmidler, ekstrem slanking og oppkast, så overspiser menn, men kaster ikke opp etterpå (McReary & Sasse, 2000).

Undersøkelsen til McReary & Sasse (2000) viser videre at de som har et høyere ønske om muskularitet, også trener mer vekter og går på diett for å få en mer markert kropp. Dette gjelder for både kvinner og menn. Det å ville bli mer muskulær fører til en større sannsynlighet for bruk av anabole steroider og andre prestasjonsfremmende midler. Bivirkninger ved anabole steroider kan være svært alvorlige, som hjerteinfarkt, nyre- og leverskader og et redusert immunforsvar (McReary & Sasse, 2000).

Som vi ser er det mange faktorer som kan påvirke kroppsbildet til kvinner og menn. Cash (2002) forsøker å beskrive sammenhengen i sin kognitive adferdsmodell, der han argumenterer med at bekymringer vedrørende egen kropp kan føre til negative følelser rundt kroppsbildet.

Figur 2: Cash (2002) sin kognitive-atferds modell.



Spesiell relevans for ønsket om muskularitet (ØM) har kroppsangst i sosiale sammenhenger (KSS). KSS beskriver angsten og ubehaget mennesker føler ved å vise kroppen sin offentlig, f. eks i badedrakt eller andre tettsittende klær. De føler at utseende deres blir evaluert og de blir devaluert som person. Derfor predikerer Cash's modell en positiv korrelasjon mellom ØM og KSS. Denne sammenhengen har også blitt støttet av tidligere studier (McCreary & Saucier, 2008). Cash's kognitive adferdsmodell foreslår at sammenhengen mellom ØM og KSS er en følge av kroppssammenligning. For eksempel viste det seg at graden av hvordan kvinner sammenlignet kroppen sin med andre var assosiert både med et negativt kroppsbilde og spiseforstyrrelser (McCreary & Saucier, 2008). Forekomsten av kroppssammenligning blant menn er foreløpig ukjent, men forskning som er gjort på området viser at det sannsynligvis forekommer (McCreary & Saucier, 2008). Forskning tyder på at grad av ØM blant menn også er assosiert med andre faktorer som lavere selvtillit og tilfredshet i livet, samt høyere frekvens av depresjoner (McCreary & Saucier, 2008).

Undersøkelsen til McCreary & Saucier (2008) skulle teste modellen til Cash (2002) blant høgstudenter, og se på sammenhengen mellom ØM og tre former for kroppssammenligning; generell kroppssammenligning (GK), muskelrelatert kroppssammenligning (MS) og vektrelatert kroppssammenligning (VK), samt kroppsangst i sosiale sammenhenger (KSS). De deltakerne som scoret høy på ØM hadde en tendens til å gjøre store GK, MS og VK. Det viste seg også at de som gjorde hyppige kroppssammenligninger også scoret høyt på KSS, og at sammenhengen mellom ØM og MS var større enn sammenhengen mellom ØM og VK (McCreary & Saucier, 2008). Tidligere forskning har i liten grad dreid seg om kvinner når det gjelder ØM. Den forskningen som har blitt gjort viser derimot at kvinner har et ønske om muskularitet, men ikke like sterkt som menn (McCreary & Saucier, 2008). Undersøkelsen viste at ØM for menn dreier seg om vekt og muskularitet i de ulike dimensjonene for kroppssammenligning, mens det for kvinner hovedsakelig dreier seg om VK og GK. Ut ifra undersøkelsen til McCreary & Saucier er det tydelig at det er vekt- og muskelrelaterte kroppssammenligninger som fører til KSS. I tillegg viser den at ØM har sammenheng med MK for begge kjønn. McCreary & Saucier (2008) konkluderer med at tabellen til Cash (2002) kan generaliseres som et verktøy i undersøkelser om ØM.

Spiseforstyrrelser har lenge vært sett på som en «kvinne lidelse». Men man ser nå en økende forekomst blant menn (Furnham et.al., 2002). Noe av årsaken til dette kan være at sykdommen har blitt mer akseptert, noe som kan føre til at flere menn erkjenner at de har et problem med mat og misnøye rundt egen kropp. Som tidligere nevnt har også diagnosekriteriene for AN blitt endret. Amenoré er fjernet som kriterium, og dermed kan menn omsider tilfredsstille kriteriene for en AN diagnose.

2.8 Lav energi tilgjengelighet

I forhold til trening og idrett, og sammenhengen med energiinntak, har det over de to siste tiårene har det blitt økende bevis for at tre slektende betingelser utgjør *den kvinnelige utøvertriaden*: lav energi tilgjengelighet med eller uten spiseforstyrrelse, amenoré og osteoporose. Når energiinntaket ikke er tilstrekkelig, blir mengden energi som er tilgjengelig for grunnleggende fysiologiske funksjoner som fruktbarhet utilstrekkelig (Melin et.al., 2014). Derfor vil lavt energiinntak med eller uten spiseforstyrrelser over lengre tid være helsefarlig

for kvinnelige idrettsutøvere (Melin et.a.l, 2014). Forekomsten av lavt energiinntak er antatt å være høy blant kvinnelige idrettsutøvere (Melin et.al., 2014). Et lavt energiinntak (definert som ≤ 125 kJ/kg fettfri masse) i mer enn 5 dager reduserer nivået av glukose og leptin i blodet. I tillegg reduseres dannelsen av ulike hormoner i hypotalamus, samt at kortisol-nivået øker sammen med økt beinbrytning. Disse faktorene over tid forårsaker dermed amenoré ved et utilstrekkelig energiinntak. Amenoré er et vanlig funn når man screener kvinnelige idrettsutøvere i forhold til spiseforstyrrelser. Dette kan utsette den kvinnelige utøver, spesielt distanseløpere for større risiko for muskel- og skjelettskader (Rauh, Barrack, Jeanne, 2014). Mage-tarm problemer er også ofte rapportert blant kvinnelige utholdenhetsutøvere og ved pasienter med spiseforstyrrelser.

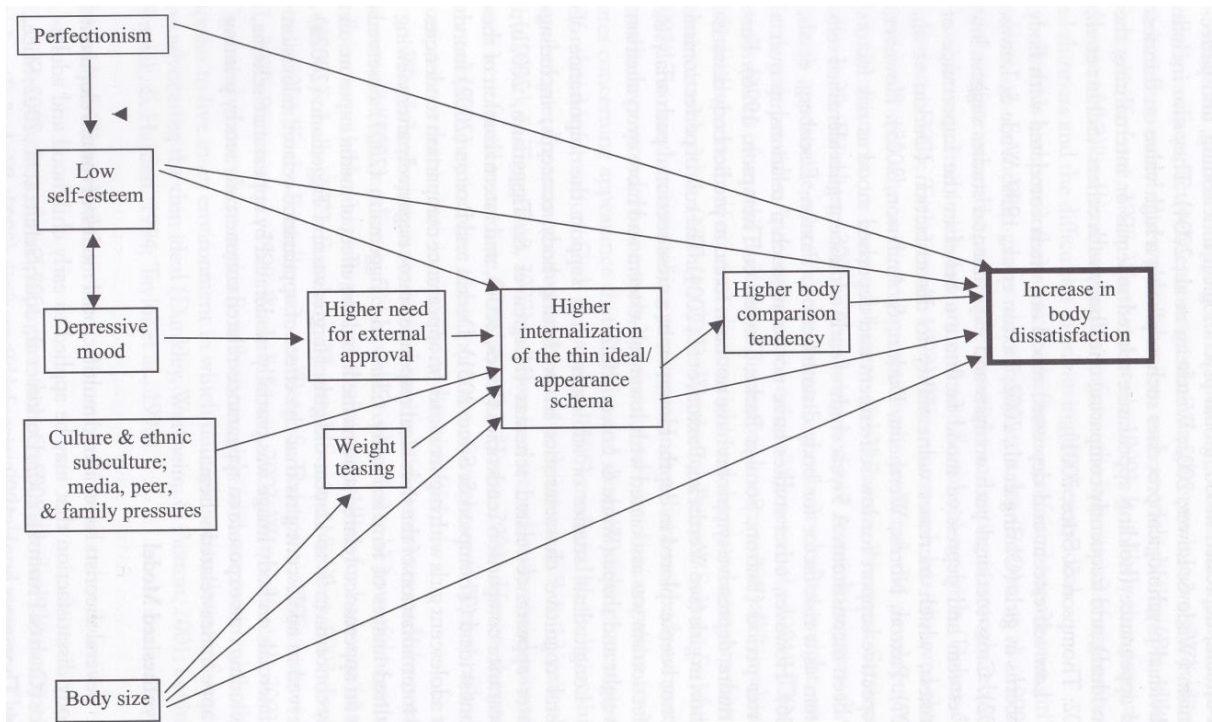
2.9 Idrett og spiseforstyrrelser

I dagens vestlige samfunn der fedme og høy grad av inaktivitet er store utfordringer, er det noe ironisk at det blir forsket på overdreven trening og ønske om muskularitet (Hale, Roth, DeLong, Briggs, 2009). Overdreven trening eller treningsavhengighet har blitt definert som et begjær for trening der den fysiske aktiviteten kommer ut av kontroll og resulterer i både fysiologiske og psykologiske symptomer (Hale et. Al., 2009).

Tidligere forskning viser at forekomsten av spiseforstyrrelser er større blant idrettsutøvere enn hos inaktive (Kong & Harris, 2015). Personer som drev med vekttrening og andre estetiske idretter er en gruppe som typisk kan utvikle spiseforstyrrelser (Melin, Torstveit, Bruke, Marks and Sundgot-Borgen, 2014). Sammenlignet med menn, trener kvinner oftere for å gå ned i vekt, med ønske om å oppnå en overlegen fysikk og maksimale idrettsprestasjoner (Kong & Harris, 2015). Det kan også skilles mellom en utøvers «sports» kropp og deres «sosiale» kropp. En idrettsutøver kan være fornøyd med kroppen sin i det sosiale miljøet, men misfornøyd med kroppen i det sportslige miljøet (Kong & Harris, 2015).

I modellen nedenfor ser vi flere faktorer som enten fører direkte til kroppsmisnøye eller en sammensetning av faktorer som fører til misnøye med egen kropp (Smolak, Thompson, 2009). Denne modellen er i hovedsak beregnet på jenter, men kan også overføres til menn.

Figur 3: viser faktorer som kan føre til kroppsmisnøye.



I modellen kan vi se at perfeksjonisme fører til en sårbarhet og lav selvtillit, som igjen fører til at personen trenger en bekreftelse på sin kropp fra andre. Krav til perfeksjonisme kan også føre direkte til kroppsmisnøye (Smolak, Thompson, 2009). Dette har et klart fellestrekk med idretten, da perfeksjonisme er en svært viktig faktor innen idrett. Personlighetstrekk som ambisiøsitet, flittighet, viljestyrke og perfeksjonisme kan vi se hos mange anorektikere og bulimikere, men de er også å finne hos idrettsutøvere på høyt nivå (Sundgot-Borgen, 1991). Disse trekkene er nærmest nødvendige for at en utøver skal nå helt til topps (Sundgot-Borgen, 1991). Idretten kan på denne måten være en medvirkende faktor i forbindelse med utvikling av spiseforstyrrelser (Sundgot-Borgen, 1991). I følge modellen kan også lav selvtillit og kroppsstørrelse direkte føre til kroppsmisnøye (Smolak, Thompson, 2009).

Furnham et.al (2002) gjennomførte en studie med 235 deltagere, hhv 111 gutter og 124 jenter i 16 – 18 års alderen. Hoveddelen av deltagerne hadde normal vekt og høyde i forhold til tabeller utgitt av den Britiske Hjerne Stiftelsen (1991). Undersøkelsen viste at jentene

oftere trente for å gå ned i vekt enn guttene, som derimot trente for å øke kroppsvekt og kroppsform. Resultatene fra undersøkelsen viste også at jentene var mindre fornøyde med kroppen sin enn det guttene var. Kroppsfokuset til guttene var ganske likt fordelt mellom å ville være tyngre eller slankere, mens jentene stort sett ville være slankere (74,6 %). Guttene var også i større grad fornøyd med sin nåværende kroppsvekt, da 35,2 % av guttene og 21,7 % av jentene var fornøyd.

2.11 Spiseforstyrrelser hos gruppetimeinstruktører

Det er bred enighet om at det er spesifikke idretter der utøverne har større risiko for å utvikle spiseforstyrrelser, som f.eks turn, vektløfting, løping og sykling (Melin et.al, 2014). Dette blir støttet av Kong & Harris (2015) som skriver at utøvere fra estetiske idretter hadde høyere forekomst av spiseforstyrrelser og symptomer på spiseforstyrrelser, hele 46,7 %. I idretter som ikke baserte seg på vekt eller kroppsform var forekomsten på 19,8 %. Mange av disse aktivitetene (dans, løping, vektløfting og turn) faller under arbeidsoppgaver og arbeidsdagen til gruppetimeinstruktører og personlige trenere ved treningssentre. De fleste gruppetimeinstruktører er kvinner, dette kan dermed være en utsatt gruppe. Höglund og Normén (2002) gjorde en studie om selvrapportert spiseforstyrrelser blant kvinnelige gruppetimeinstruktører. En andel på 20 % av kvinnene rapporterte en form for spiseforstyrrelse. Tidligere studier har vist forekomst av spiseforstyrrelser på 40 % blant gruppetimeinstruktører (Höglund og Normén 2002).

Trening og overtrening som kompensatorisk adferd ved anoreksia og bulimi er velkjent (Bratland-Sanda, Sundgot-Borgen, 2014). Undersøkelser viser at aerobic instruktører har høy skadehyppighet (Davis, Bahamonde, Gross, 2001), noe som kan ha sammenheng med lav energitilgjengelighet og beinskjørhet. Aerobic instruktører kan se på seg selv som forbilder og rollemodeller for den estetiske idealkroppen. Aerobic instruktører har påvist å ha god utholdenhet, og studier har påvist at erfarne aerobic instruktører er fysiologisk sammenlignbare med godt trente konkurranse utøvere (Williford, Blessing, Scharff-Olson, Keith & Smith, 1993). En godt trent kropp tegner ofte om dyktighet i faget, og kan forklare aerobic instruktørers holdning til trening for vekt kontroll ((Hutson, 2013).

Idrettsutøvere slanker seg ofte for å bedre prestasjonene sine, og etter press fra trenere, media og omgangskrets om å prestere på et høyere nivå (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).

Man kan trekke paralleller mellom idrettsutøverne og instruktørene i denne sammenheng. Det kan være press fra kollegaer og medlemmer om å ha en synlig godt trent kropp for å være et symbol på god helse og sunnhet. Det er også vist at det finnes en tendens til at medlemmer ved treningssentre velger instruktører etter kroppslig utseende (Evans et al., 2005). Dette vil være med på å forsterke kroppspresset på instruktørene. Videre nevner også Evans et.al (2005) at kvinnelige medlemmer velger sine instruktører ut fra hvor godt trente de så ut. Nylig forskning viser en stor sammenheng mellom kroppsvekt, utseende og fysisk autoritet (Hutson, 2013). Et «fit» fysisk utseende fører til kredibilitet i helse og fitnessindustrien (Hutson, 2013). Dette kan forklare det at medlemmer ofte velger instruktører ut fra utseende.

2.12 Fitness

Dagens treningssentre og helseklubber har blitt en enorm global business. Kroppsideal og det å lære bort øvelser og teknikker i fitness har blitt en internasjonal virksomhet (Andreasson, Johansson, 2014). Siden 1970 har det skjedd en global forandring og utbredelse. I følge The International Health Raquet & Sports Club Associaton(IHRSA) så omsatte fitness bransjen for 75,7 milliarder dollar i 2012 fra 153 000 treningssentre og 131,7 millioner medlemmer (Andreasson, Johansson, 2014). I Norge er omtrent 1/3 av den voksne befolkningen medlem ved et treningssenter (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014). Selv om det er enighet om at de fleste medlemmene ved treningssentre har helsefrembringende atferd har det blitt registrert forstyrret spiseatferd eller alvorlig spiseforstyrrelser blant så høyt som 28 % blant kvinnelige sentermedlemmer og 40 % blant instruktører (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014).

Kvinnens styrketrening er et ganske nytt fenomen, og har økt betraktelig i popularitet siden 1980- tallet. Kroppsbygging har tradisjonelt blitt sett på som en maskulin aktivitet (Grogan et.al, 2004).

I 1985 kom filmen Pumping Iron II som omhandlet 4 kvinner som forberedte seg til Ceasars Palace World Cup Championship. Denne filmen ble sett på som et gjennombrudd for de kvinnelige deltakerne i fitness. Den kan også bli sett på som startskuddet på en utvikling av den moderne fitness kulturen fra en maskulin aktivitet til en mer fritidsbasert aktivitet (Andreasson, Johansson, 2014).

Fra 1970 har det skjedd en massiv økning i kommersielle treningsentre, private fitness klubber, treningsbaserte kjeder, fitness magasiner og personlige trenere (Andreasson, Johansson, 2014). Fra 1990 har det blitt en eksplosjon i fitness franchise og en markant økning av mennesker som driver fitness. I Sverige i 1991 fantes det 300 treningsentre og ca 250 000 som mennesker trente der. På 80- tallet var sentrene få, og det var bare en liten gruppe entusiaster og bodybuildere som brukte sentrene (Andreasson, Johansson, 2014). Begrepet trening ble i hovedsak brukt på 1980-tallet, aerobic ble brukt på 90-tallet, mens i dag bruker de fleste begrepet fitness. Et vanlig fitness senter består ofte av store rom med ulike treningsapparater, en sone med frivekter, og gjerne adskilte rom til ulike gruppetime aktiviteter (Andreasson, Johansson, 2014). Tidlig på 90- tallet var det vanlig at menn befant seg i vektavdelingen, mens kvinnene befant seg andre steder i lokalet. Utover på 90- tallet fant kvinnene veien til styrkeavdelingen for å den den ønskelige faste idealkroppen. Treningsentrene forandret seg dermed fra typiske kjønnsfordelte soner til differensierte soner hvor kjønnsrollene lenger ikke spilte noen rolle (Andreasson, Johansson, 2014).

Treningsentrene sett utad har forandret seg og det er mulig å snakke om en fitness revolusjon. Der det tidligere dreide seg om bodybuilding har nå begrepet fitness overtatt. Bodybuilding blir ofte forbundet med dop, steroider, maskulinitet, svindling og vold, mens fitness blir derimot assosiert med helse, skjønnhet og ungdommelighet (Andreasson, Johansson, 2014). Utviklingen av fitnessindustrien er i hovedsak en internasjonal og global historie. Teknikkene, verktøyene og de fysiske øvelsene som blir brukt på treningsentre i dag er resultater av utvikling i den fysiske kulturen (Andreasson, Johansson, 2014). Kroppsidealer, øvelser og teknikker har vært sentrale i utviklingen av fitness sentrene og den globale bransjen.

2.13 Personlig trener

En personlig trener (PT) er en person som skreddersyr treningen for hver enkelt kunde og dokumenterer fremgang (Schroeder, 2013). En undersøkelse gjennomført på tidlig 2000-tallet viser at det var 62 000 personlige trenere i USA, og hver PT hadde i gjennomsnitt 18 kunder (Malek, Nalbone, Berger, Coburn, 2002). En god forståelse for ernæring, øvelsesutvalg, testing og evt sykdommer er viktig for å lage et optimalt treningsprogram for en kunde. Ulikt de fleste andre helsepersonell er det ingen formelle lisenser som må skaffes

for å kunne praktisere (Malek et.al 2002). Innenfor treningsmiljøet er personlige trenere høyt verdsatt for deres fysikk (Hutson, 2013). Samtidig har de minimal arbeidstrygghet og inntektsmengde. Gjennomsnittlig tjener en PT 150-180 kr timen, og de må ofte jobbe sene kvelder for å skaffe seg nok kunder. PT`ene må også fungere som selgere for å skaffe seg kunder, og for at kundene skal kjøpe fler timer (Hutson, 2013).

2.14 Gruppetimeinstruktør

En gruppetimeinstruktør har ansvaret for en hel klasse, og må sørge for å sette realistiske mål for klassen samtidig som instruktøren må ta individuelle hensyn (IDEA fitness journal 2011). Kunnskap og utvikling av treningsprogrammer er viktig for en gruppetimeinstruktør. I tillegg er det forventet fra kundenes at instruktøren er faglig dyktig og viser ferdigheter (Chang, 2003). Hvis en instruktør viser ferdigheter og at han/hun er faglig dyktig føler kundene at sikkerheten er i fokus og at de er i kompetente hender. Ferdigheten til instruktøren kan derfor ha mye å si for hvordan en kunde vil oppleve senteret som en helhet (Chang, 2003). Stadig forbedringer og utvikling av gruppetimene vil føre til at kundene blir mer interesserte og fornøyde (Chang, 2003). I tillegg til faglig dyktighet må en gruppetimeinstruktør også være sosialt dyktig og ha god kommunikasjon med sine klasser. Store deler av dagen går med til å snakke med medlemmer og deltakere i gruppetimene. Skryt, det å kunne navn på kunder, smile, og komme med individuelle tilbakemeldinger sees på som svært viktig i yrket (Chang, 2003).

2.15 Gruppetimeinstruktørers evne til å oppdage spiseforstyrrelser

Treningscenteret er en plass med sannsynligvis høy treningsintensitet, og det kan være et miljø som har stor vekt på dietter (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014). Allikevel kan det være vanskelig og oppdage spiseforstyrrelser. Gjennom mye kontakt med kundene vil instruktører være i en ideell posisjon til å oppdage tidlige tegn på spiseforstyrrelser og skaffe kundene profesjonell hjelp (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014). Likevel kan det virke som at kunnskapen om spiseforstyrrelser har en større sammenheng med utdanning, enn mange år som instruktør. En studie viser til at 32 % av gruppetimeinstruktører gjenkjente Anorexia Nervosa gjennom en klinisk case. Av disse ville 35 % snakket med medlemmet, mens 28 % ville rapportert problemet til senterlederen (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen,

2014). I 2004 kom det retningslinjer for identifisering og hvordan man skal behandle medlemmer med spiseforstyrrelser fra Fitness Australia og Center for Eating & Dieting Disorders. Disse retningslinjene fortalte at når et medlem har en spiseforstyrrelse skal dette rapporteres til senterleder. Det vil så bli bestemt hvem som skal kontakte medlemmet og videre handling, som eventuelt suspensjon fra treningssenteret. I Norge var det ingen slike retningslinjer før 2010. Sats, Elixia (Sats Elixia er nå sammenslått) og Spenst hadde dog egne prosedyrer på hvordan de skulle gå frem ved mistanke om spiseforstyrrelser blant medlemmer (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014).

I en undersøkelse gjort av Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen (2014) der 837 gruppetimeinstruktører deltok svarte 89 % at de hadde kunnskaper om spiseforstyrrelser, men færre enn halvparten viste hvordan de skulle gå frem ved en mistanke om dette. Likevel var det kun 29 % som, etter standardene satt i undersøkelsen, hadde tilstrekkelig kunnskap om spiseforstyrrelser. Dette kan tyde på uoverensstemmelser mellom faktisk kunnskap og gruppetimeinstruktørens oppfattelse av egen kunnskap, og dette kan svekke deres evne til å oppdage spiseforstyrrelser blant medlemmer og kollegaer. Det viste seg også at bare 20 % av instruktørene rapporterte overdreven trening som et symptom. Grunnen til dette kan være at de tilhører en subkultur hvor høy treningshyppighet er normalt. I denne sammenhengen er kunnskap mellom overdreven trening og spiseforstyrrelser svært relevant (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014). Et høyere antall gruppetimeinstruktører fortalte også at de ville rapportere spiseforstyrrelser hyppigere blant medlemmer enn blant ansatte pga. lojalitet til kollegaer og frykt for konsekvenser det kunne medføre (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2014).

3.0 Metode

3.1 Deltakere

Utvalget skulle inkludere gruppetimeinstruktører og personlige trenere fra norske treningsentre lokalisert i Telemark og Østfold. Både kvinner og menn ble invitert med i undersøkelsen, for å få et bilde på spiseforstyrrelser og kroppspress blant begge kjønn i disse yrkene. Totalt deltok 107 personlig trenere (n=51) og gruppetimeinstruktører (n=93) i undersøkelsen, hvorav 23 var menn og 84 var kvinner. Det var tydelig at mange av de ansatte hadde flere roller ved treningscenteret, altså at de jobbet som både gruppetimeinstruktør og PT. Alderen strakk seg fra 17 til 55 år med gjennomsnittsalder på 33,9 år.

3.2 Spørreundersøkelser

Denne studien tar for seg selvrappotering av spiseforstyrrelser via et spørreskjema blant norske gruppetreningsinstruktører og personlige trenere. Således er dette en tverrsnittsstudie. En spørreundersøkelse er en systematisk metode for å samle inn data om et bestemt tema fra et utvalg mennesker. Spørsmålene kan stilles som intervju (telefon, besøk) eller som et spørreskjema. Utspørringen er standardisert, det vil si at alle respondentene får de samme spørsmålene. Spørreundersøkelser er den mest brukte metoden for å samle inn data i samfunnsvitenskapen. Slike undersøkelser blir også ofte brukt til å utarbeide offisiell statistikk (Ringdal, 2012).

Spørreskjema som metode blir ofte brukt dersom temaet er svært omfattende, som f. eks ESS (European Social Survey). En annen grunn til at spørreskjemaer blir valgt er at det er kostnadsbesparende (Ringdal, 2012). Spørreskjema er også en fordel dersom temaet er sensitivt og respondentene vegrer seg for å svare ved et intervju ansikt til ansikt, eller frykter at det er andre personer tilstede ved et telefonintervju. Et spørreskjema kan sørge for at respondentene er helt anonyme. Dette skaper dog tilleggsproblemer, som at purringer må sendes til alle fordi en ikke vet hvem som har svart (Ringdal, 2012).

3.3 Innsamling av data

Gruppetimeinstruktører og personlige trenere ved treningssentrene Sats Elixia, Gymbox, Spenst, Friskis&Svettis og andre mindre sentre ble invitert til å være med på undersøkelsen. Kontakten med de ulike sentrene ble opprettet i juni/juli 2014. Spørreundersøkelsen ble distribuert i starten av oktober og fristen for besvarelse var opprinnelig 20. november 2014. Undersøkelsen ble distribuert på høsten slik at eventuell sommerferie ikke skulle komme i veien for deltagelse. Det viste seg å være vanskelig å få respondentene til å besvare undersøkelsen, og det var behov for å purre på mottakerne flere ganger. Fristen for besvarelse ble derfor utsatt to ganger og ble til slutt satt til 15. desember. Sentrene var i hovedsak lokalisert i Telemark og Østfold. Kriteriet for deltagelse i undersøkelsen var at instruktørene/PT`ene hadde minimum en fast time/kunde på sin ukeplan. Senterlederene ble først informert om undersøkelsen, og de skaffet så deres ansattes mailadresser. Jeg fikk totalt 201 mailadresser som undersøkelsen ble sendt ut til. Et informasjonsskriv vedrørende undersøkelsen var også vedlagt mailen. Av de 201 ansatte som ble kontaktet var det 10 som hadde sluttet i jobben, 6 personer var ute i permisjon og det var 14 personer der mailen ikke kom frem grunnet feil kontaktinformasjon. Undersøkelsen nådde derfor ut til 171 ansatte, og 108 besvarte undersøkelsen. Dette tilsvarer en svarprosent på 63,1 %.

3.4 Spørreskjemaet

Undersøkelsen bestod i å besvare et selvrappporterende spørreskjema via Questback (www.questback.com). Undersøkelsen ble estimert til å ta mellom 10 – 15 minutter å besvare, og bestod av 39 forskjellige spørsmål der enkelte spørsmål hadde flere underspørsmål. Det var ikke alle spørsmålene i spørreundersøkelsen som var relevante for denne oppgaven, da denne studien er en del av et større forskningsprosjekt. Spørreskjemaet bestod av noen standardiserte instrumenter og noen egenutviklede spørsmål. De egenutviklede spørsmålene handlet om alder, høyde, kroppsvekt, utdanning, treningsatferd og bakgrunn, samt bruk av doping, selvrapportert spiseforstyrrelser og kunnskap om senterets retningslinjer for håndtering av mistanke om dopingbruk eller spiseforstyrrelser blant medlemmer og/eller ansatte. De standardiserte instrumentene som var inkludert i spørreskjemaet var EDI 2 (Eating Disorders Inventory 2) med subskalaene Drive for thinnes (7 påstander) og body dissatisfaction (9 påstander).

3.5 EDI -2

EDI- 2 (The eating disorder inventory) ble inkludert i innhenting av data i denne masteroppgaven. EDI- 2 er et selvrappporterende spørreskjema som blir brukt i forbindelse med diagnostisering av spiseforstyrrelser. Det ble først utviklet i 1983 og inneholder subskalaer for å fange opp essensen og ulikhetene ved spiseforstyrrelser (Clausen, 2009). I 1991 ble 27 spørsmål lagt til de opprinnelige 64 spørsmålene. EDI-2 har blitt brukt i Skandinavia og resten av verden for å kartlegge spiseforstyrrelser i befolkningen, for å måle virkning av behandling, men også i nåværende kliniske vurderinger (Clausen, 2009). EDI-2 måler forskjellige kategorier av spiseforstyrrelser, men det er bare to av kategoriene som er interessante for resultatene i denne oppgaven; *ønske om tynnhet og kroppsmisnøye*. Totalt er det 16 spørsmål eller påstander i disse subskalaene, 7 påstander under ønske om tynnhet og 9 under kroppsmisnøye. Hvert av spørsmålene er kategorisert med 6 svaralternativer fra 1-6, der 1=alltid, 2=vanligvis, 3=ofte, 4=i blant, 5=sjeldent, 6=aldri. De ulike svaralternativene er igjen kodet med poengsummer for å gi et gjennomsnitt. Alltid=3 poeng, vanligvis=2 poeng, ofte =1 poeng, mens iblant, sjeldent og aldri er kodet med 0 poeng.

Påstandene i de to subskalaene er som følger:

Ønske om tynnhet:

- Jeg spiser godteri og karbohydrater uten å føle meg nervøs
- Jeg tenker på slanking
- Jeg får dårlig samvittighet etter overspising
- Jeg er livredd for å legge på meg
- Jeg overvurderer vektens betydning
- Jeg er svært opptatt av å bli tynnere
- Hvis jeg går opp noen hundre gram er jeg redd jeg vil fortsette å gå opp

Kroppsmisnøye

- Jeg tenker at magen min er for stor
- Jeg tenker at låra mine er for store

- Jeg tenker at magen min er akkurat riktig størrelse
- Jeg er fornøyd med formen på kroppen min
- Jeg liker formen på rumpen min
- Jeg tenker at hoftene mine er for store
- Jeg tenker at låra mine er akkurat passe store
- Jeg tenker at rumpen min er for stor
- Jeg tenker at hoftene mine er akkurat passe store

3.6 Statistikk

Statistikkprogrammet SPSS versjon 22 (Statistical Package for the Social Science) ble brukt til behandling av dataene i denne masteroppgaven. Programmet ble for første gang utviklet i 1960-årene (Ringdal, 2012), og er den mest brukte programpakken for samfunnsvitenskapene (Ringdal, 2010). SPSS ble brukt til behandling av dataene, til å lage krysstabeller, sammenligne kjønn, teste eventuelle signifikante forskjeller mellom kvinner og menn og for å få en beskrivelse av utvalget. Analyser som Q-Q plot, chi square, cross tabs, custom tables, frequencies og compare means ble benyttet. Q-Q plot ble gjennomført for å se om datamaterialet var normalfordelt. Datamaterialet fra spørreundersøkelsen ble direkte overført fra Questback til SPSS. Signifikante forskjeller beskrives med $p < 0,05$.

4.0 Resultater

4.1 Beskrivelse av utvalget

Utvalget i denne undersøkelsen bestod av personlige trenere og gruppetimeinstruktører ved norske treningssentre. Respondentene kom fra treningssentrene Sats Elixia, Spenst, Friskis&Svettis, Gymbox og noen andre mindre sentre. Utvalget av sentre var lagt til Telemark og Østfold.

Tabell 2: Deskriptive data om deltakerne.

	Mann n=23	SD	Kvinne n=84	SD	p	Median	Total n=107
Gjennomsnitt Alder	34,3	9,853	33,5	9,243	0,62	33	33,9
Gjennomsnittlig BMI	26,02	2,757	23,08	2,475	0,000*	23,33	23,69
Personlig trener	17		34				51
Gruppetimeinstruktør	16		77				93
Antall år i bransjen	6,7år	5,483	8,3år	5,827	0,217	6	7,5
Timer på egen trening / uke	6,7t	3,908	4,8t	2,661	0,006*	5	5,75

*=signifikant forskjell mellom kvinner og menn

Tabell 2 viser deskriptive data om respondentene i undersøkelsen. Utvalgets alder var normalfordelt, og dette gjaldt også for andre parametere som BMI, antall år i bransjen og antall treningstimer i uken. Dermed ble t-test for normalfordelte data benyttet for å teste eventuelle ulikheter. Gjennomsnittsalderen blant mennene (n=23) er 34,3 år, og for kvinnene (n=84) 33,5 år. Gjennomsnittlig alder for alle respondentene (n= 107) er 33,9 år. Mennene har jobbet i gjennomsnitt 6,7 år i treningsbransjen, mens kvinnene har jobbet i snitt 8,3 år. I gjennomsnitt så har hver ansatt i undersøkelsen jobbet i bransjen i 7,5 år. Totalt er det 51 ansatte som jobber som PT, hvorav 17 menn og 34 kvinner. Et antall på 93 av deltakerne i undersøkelsen angir at de jobber som gruppetimeinstruktør, hvorav 16 menn og 77 kvinner. Det er dermed tydelig at mange har flere roller ved treningssentrene, da flere fungerer både som PT og gruppetimeinstruktør. Gjennomsnittlig BMI for mennene er 26,02, og for kvinnene 23,08. Det viste seg å være en signifikant forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder BMI (p=0,000). Videre trener mennene gjennomsnittlig 6,7 timer i uken, mens kvinnene trener 4,8 timer i uken. Her var det igjen en signifikant forskjell mellom menn og kvinner (p=0,006).

4.2 Ønske om tynnhet

Når det gjelder *ønske om tynnhet* i EDI- 2, er den høyest mulige scoren man kan oppnå 21, og den laveste 0. Et antall på 54 av respondentene har fått 0 i score, hvorav 44 kvinner og 10 menn. Dette tilsvarer 53 % av kvinnene (n=81) og 43 % av mennene (n=23). Dette kan dermed tyde på at disse respondentene ikke har noen form for spiseforstyrrelser. For å oppnå 0 i score, må du svare *iblant*, *sjeldent* eller *aldri* på samtlige 7 spørsmål i subskalaen *ønske om tynnhet*. Ti av respondentene svarer *ofte* på et av spørsmålene og får score 1 i undersøkelsen. Cut off verdien for *ønske om tynnhet* i EDI-2 angis til ≥ 15 (Torstveit, Sundgot-Borgen, 2005). Det vil si at dersom en person scorer over er lik 15, så sannsynliggjør dette at en spiseforstyrrelse er tilstede. Tre deltakere har hhv fått scoren 15, 18 og 20 i denne studien, som dermed tyder på at disse har en form for spiseforstyrrelse. Det er også respondenter som har score på 8, 9, 10 og 11, som da antageligvis ligger i faresonen for å utvikle spiseforstyrrelser.

4.3 Kroppsmisnøye

Når det gjelder subskalaen om kroppsmisnøye i EDI-2, er høyest mulige score 27. Jo høyere scoren er, desto høyere er sannsynligheten for spiseforstyrrelse. Totalt 29 respondenter svarer *iblant, sjeldent* eller *aldri* på samtlige 9 spørsmål i subskalaen om kroppsmisnøye, noe som tilsvarer en score på 0. Hovedandelen (n=62) i undersøkelsen scorer ≤ 3 , noe som tilsvarer at disse sannsynligvis ikke har noen form for spiseforstyrrelse. En cut off verdi på ≥ 14 tilsier at personen har en spiseforstyrrelse (Torstveit, Sundgot-Borgen, 2005). Ingen menn (n=23) får en høyere score enn 10 i undersøkelsen. Med en cut off på 14 som referanse, klassifiserer 8 kvinner til å ha spiseforstyrrelse i denne studien. Det er 4 av kvinnene (n=83) som scorer ≥ 20 .

Tabell 3: resultater fra subskalaene *ønske om tynnhet* og *kroppsmisnøye* i EDI-2

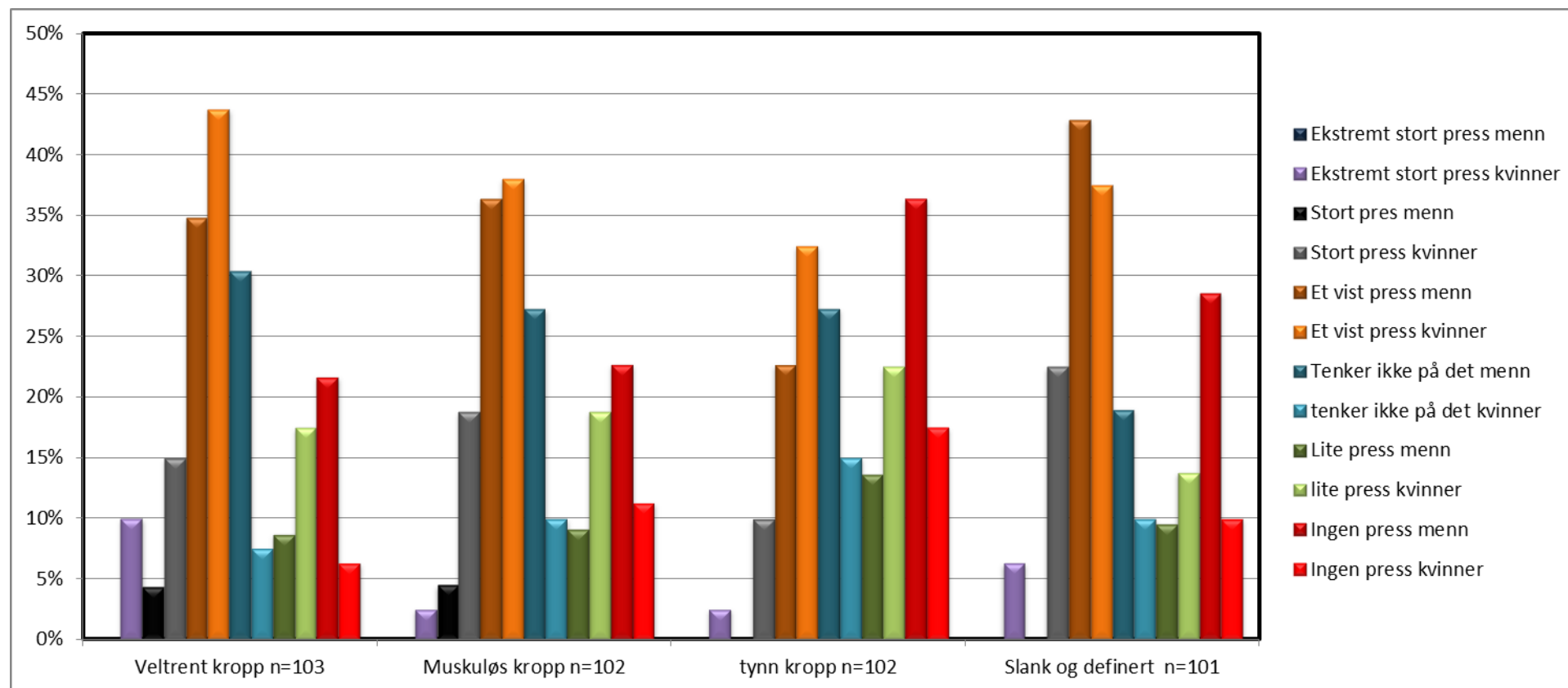
	Gjennomsnitt		p	Cut off score	normal kontrollgruppe		Spiseforstyrrelses-pasienter	
	Fitnessstudie	SD			SD	SD	SD	
	n=104				n=881		n=575	
Ønske om tynnhet	2,3	3,98	0,326	3	3,76	5,05	13,14	5,94
Kroppsmisnøye	4,25	4,24	0,672	8	8,78	8,26	17,34	8,04

*=signifikant forskjell mellom kvinner og menn

Tabell 3 viser gjennomsnittlig score for ønske om tynnhet og kroppsmisnøye blant deltakerne. Dette sammenlignes med score-resultater fra en normal kontrollgruppe og en gruppe med spiseforstyrrelsespasienter som er hentet fra Clausen(2009). Pasientene (n=575) med spiseforstyrrelser var hentet fra et utvalg av pasienter som hadde fått behandling mellom 1997 og 2007. Kontrollgruppen (n=881) var kvinner i alderen 18-30 år, som var tilfeldig valgt ut gjennom det danske folkeregisteret for å gi et representativt bilde av den danske befolkningen. Dette er overførbart til den norske befolkningen i samme aldersgruppe. De gjennomsnittlige score-resultatene fra denne fitness- undersøkelsen er lavere enn scoren til kontrollgruppen. Gjennomsnittlig score for ønske om tynnhet er 2,3, mens kroppsmisnøye er 4,24. Til sammenligning har kontrollgruppen (n=881) score på henholdsvis 3,76 og 8,78. Personer med spiseforstyrrelser har som forventet en høyere gjennomsnittsscore på 13,14 i ønske om tynnhet og 17,34 når det gjelder kroppsmisnøye. Det ble også gjennomført en kji kvadrat test for å se om det var signifikante forskjeller i subskalaene mellom kvinner og menn i fitnessstudien, noe det ikke var hverken når det gjaldt ønske om tynnhet eller kroppsmisnøye.

4.4 Opplevelser om kroppspress

Figur 4: Opplevd kroppspress blant kvinner og menn.



På spørsmålet om hvor stor grad respondentene opplever press om en veltrent kropp (n=103), svarer 7,8 % at de opplever et «ekstremt stort» press. Samtlige av de som svarer dette er kvinner (n=80). Kvinnene er også overrepresentert på opplevelsen av «stort press», der 11,7 % er kvinner, mens bare 1 % er menn (n=23). Majoriteten på 41,7 % i undersøkelsen tenker ikke på presset om en veltrent kropp, mens 9,7 % av respondentene opplever «ingen press» om en veltrent kropp.

På spørsmålet om hvor stor grad deltakerne opplever press om en muskuløs kropp (n=102) svarer kun 2 % at de opplever et «ekstremt stort» press. Disse 2 % er kvinner (n=80). Totalt 15,7 % opplever et «stort press» om en muskuløs kropp, der 14,7 % utgjøres av kvinner og 1 % er menn (n=22). Hele 38,2 % av respondentene «tenker ikke på» presset om en muskuløs kropp, 30,4 % av disse er kvinner (n=80) og 7,8 % er menn (n=22). En andel på 13,7 % av deltakerne i undersøkelsen (n=102) føler «ingen press» om en muskuløs kropp.

Respondentene (n=102) opplever et ganske lite press om en tynn kropp, da kun 2 % svarer at de opplever et «ekstremt stort» press. Også her er det kun kvinner (n=80) det gjelder. Totalt er det 7,8 % av deltakerne som opplever et «stort press» om en tynn kropp, alle disse er kvinner. Totalt 30,4 % av deltagerne svarer at det er et «vist press» om en tynn kropp, der 25,5 % er kvinner (n=80) og mennene (n=22) utgjør 4,9 % av totalen. En andel på 21,6 % svarer at de ikke opplever noe press om en tynn kropp, hvorav 7,8 % er menn og 13,7 % er kvinner.

En andel på 5 % av deltakerne (n=101) svarer at de opplever et «ekstremt stort» press om en slank og definert kropp, og samtlige av disse er kvinner (n=80). De 17,8 % som svarer at de opplever et «stort press» om en slank og definert kropp er også kvinner. Totalt 38,6 % av deltakerne (n=101) opplever et «vist press», der 29,7% er kvinner og 8,9 % er menn (n=21). Bare 13,9 % har svart at de ikke opplever noe press om en slank og definert kropp, der 7,9 % er kvinner og 5,9 % er menn.

Deltagerne i undersøkelsen har altså 6 svaralternativer på hver enkelt kategori av kroppspress, og hver kategori kodes med en score. «Ekstremt stort press» får score 1, «stort press» får score 2, «et vist press» får score 3, «tenker ikke på det» får score 4, «lite press»

får score 5 og «ingen press» vil oppnå score 6. På denne måten kan gjennomsnittlig score regnes ut, og beskrive grad av kroppspress i utvalget som helhet.

Tabell 4: viser data fra figur 4 for kvinner og menn.

	Mann	SD	Kvinne	SD	p
I hvor stor grad opplever du et press om en veltrent kropp	4,09	1,24	3,26	1,35	0,10
I hvor stor grad opplever du et press om en muskuløs kropp	4,09	1,26	3,58	1,35	0,113
I hvor stor grad opplever du et press om en tynn kropp	4,64	1,21	3,98	1,37	0,44
I hvor stor grad opplever du et press om en slank og definert kropp	4,24	1,30	3,33	1,39	0,008*

*= Signifikante forskjeller mellom kvinner og menn

Tabell 4 viser score-resultatene av opplevd kroppspress for menn og kvinner. I tillegg viser den standard avviket, og om det er signifikante forskjeller mellom menn og kvinner når det kommer til ulike former av kroppspress.

Menn opplever mest press om en «veltrent kropp» -og «muskuløs kropp», med en score på 4,09. Videre opplever de minst press om en «tynn kropp» med en score på 4,64. Menn scorer 4,24 på «en slank og definert kropp». Standardavviket under 1,30 for alle kategoriene for menn, noe som tilsier at 95 % av alle deltagerne scorer maks 1,30 lavere eller høyere enn gjennomsnittet for hver kategori.

Kvinnene opplever mest press om å ha en veltrent kropp, der totalscoren er 3,26. De opplever minst press om en «tynn kropp», der gjennomsscoren er 3,98.

Tabellen viser at det kun er signifikant forskjell mellom menn og kvinner når det kommer til opplevelser om en slank og definert kropp ($p=0,008$), der kvinner har lavest score og dermed opplever et høyere press. Videre kan vi også tyde at kvinner opplever et høyere kroppspress i alle kategorier.

4.5 Forekomst av spiseforstyrrelser

Tabell 5: Forekomst av spiseforstyrrelser og forhold til egen kropp.

	Personlig trener n=51			Gruppetimeinstruktør n=92		
	Mann n=17	Kvinne n =34	P	Mann n=16	Kvinne n=76	P
Har du en spiseforstyrrelse nå?						
Ja	5,9% n=1	11,8% n=4	0,505	6,3% n=1	5,3% n=4	0,874
Er du fornøyd med vekten din?						
Ja	64,7% n=11	61,8% n=21	0,655	62,5% n=10	60,5% n=46	0,280
Forsøker du eller har du forsøkt å gå ned i vekt?						
Ja	70,6% n=12	85,3% n=29	1,000	66,7% n=10	80,5% n=62	1,000
Forsøker du eller har du forsøkt å gå opp i vekt?						
Ja	64,7% n=11	29,4% n=10	0,369	37,5% n=6	18,2% n=14	0,109

*= Signifikant forskjell mellom menn og kvinner

Tabell 5 viser resultater og forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder faktorer rundt spiseforstyrrelser. Det er 11,8 % av de kvinnelige PT`ene (n=51) som rapporterer at de har spiseforstyrrelse, mot 5,9 % av de mannlige (n=17). Når det gjelder gruppetimeinstruktørene er prosentandelen med spiseforstyrrelser høyere blant menn; 6,3 % mot 5,3 % av de kvinnelige instruktørene.

En andel på 35,3 % av de mannlige PT`ene er misfornøyd med vekten sin, mot 38,2 % av de kvinnelige PT`ene. Blant de mannlige PT`ene kan vi se at de er ganske likt fordelt i forsøk på å gå ned eller opp i vekt, med hhv 70,6 % og 64,7 %. Blant de kvinnelige PT`ene kan vi se et klart flertall på kvinner som forsøker eller har forsøkt å gå ned i vekt, med en andel på hele 85,3 %. I motsetning ønsker kun 29,4 % å gå opp i vekt. Kji-kvadrat test ble gjennomført for å teste forskjeller mellom kvinner og menn, men disse viste ingen signifikante forskjeller.

Vi kan se at resultatene blant gruppetimeinstruktørene er nokså jevne blant menn og kvinner. En andel på 6,3 % av mennene rapporterer om en spiseforstyrrelse, mot 5,3 % av kvinnene som rapporterer det samme. Det er ingen signifikante forskjeller blant mannlige og kvinnelige gruppetimeinstruktører. En andel på 37,5 % av de mannlige gruppetimeinstruktørene er misfornøyd med vekten sin, det samme svarer 39,5 % av de kvinnelige instruktørene. 80,5 % av de kvinnelige instruktørene forsøker eller har forsøkt å gå ned i vekt, mot 66,7 % av de mannlige instruktørene. Kji – kvadrat testen viser at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. En andel på 37,5 % av mennene ønsker eller har forsøkt å gå opp i vekt, mens kun 18,2 % av de kvinnelige instruktørene forsøker eller har forsøkt det samme.

Hvis vi ser på de mannlige PT`ene og de mannlige gruppetimeinstruktørene er det ikke nevneverdige forskjeller. Den største forskjellen finner vi ved ønsket om å gå opp i vekt, da 64,7 % av de mannlige PT`ene har forsøkt eller forsøker å gå opp i vekt, mot 37,5 % av de mannlige gruppetimeinstruktørene. Når det gjelder de kvinnelige PT`ene og gruppetimeinstruktørene er det heller ikke store forskjeller å spore. 11,8 % av de kvinnelige PT`ene rapporterer at de har spiseforstyrrelser, mens 5,3 % av de kvinnelige gruppetimeinstruktørene svarer at de har en form for spiseforstyrrelse. 29,4 % av de kvinnelige PT`ene svarer at de forsøker eller har forsøkt å gå opp i vekt, mot en andel på 18,2

% av gruppetimeinstruktørene som svarer det samme. Ingen av disse resultatene viste signifikante forskjeller.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultater

I denne studien er gjennomsnittsalderen 33,9 år, og standardavviket er ca 9 år. Det betyr at det ikke er et veldig stort spenn i alder som kunne påvirket resultatene, som for eksempel ved et veldig ungt utvalg eller en veldig voksen deltakergruppe. Når det gjelder BMI var det signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Gjennomsnittlig BMI for menn var 26,02 kg/m², mens den for kvinner var 23,08 kg/m². Disse resultatene er altså signifikant forskjellige. Forklaringen på dette kan være at mennene er mer muskuløse, noe som gjør at de får en høyere BMI. Gjennomsnittsverdiene på BMI ligger i det øvre normalområdet, som er BMI 23-25, (Höglund & Normén, 2002). BMI på over 26 blir kategorisert som overvektig, mens BMI under 20 blir sett på som undervektig (Höglund & Normén, 2002). At PT`er og gruppetimeinstruktører ligger i øvre normalområdet når det gjelder BMI er som forventet. En kropp som består av en høy andel muskelmasse veier mer enn en kropp som har en stor andel av fett (Höglund & Normén, 2002). Det er videre sannsynlig at PT`er og gruppetimeinstruktører har en høyere andel av muskelmasse enn den gjennomsnittlige befolkning, pga av sin store treningshyppighet. BMI tar altså ikke hensyn til kroppssammensetning. Dette kan dermed være med på å gi et litt feil bilde av de mannlige deltakerne i denne studien, som blir kategorisert som overvektige. De mannlige respondentene trener i gjennomsnitt 6,7 timer i uken. Dette vil antageligvis tilsvare omtrent 5-6 ganger med trening per uke. Dette styrker antakelsen om at de ikke er overvektige, men kanskje mer muskuløse. De kvinnelige deltakerne i undersøkelsen trener markant mye mindre; 4,8 timer i uken, nesten 2 timer mindre enn hva mennene gjør. En årsak til denne signifikante forskjellen kan være at ønske om muskularitet normalt står høyere hos menn (Kyrejtø et. al 2008). Höglund & Normén (2002) skriver at svenske menn og kvinner mellom 12 og 70 år trener i gjennomsnitt 1-2 timer i uken, så i denne sammenheng trener både mennene og kvinnene i denne undersøkelsen mer enn den gjennomsnittlige befolkning. Den høye BMI`en kan videre sees i sammenheng med ønsket om muskularitet (ØM) blant menn. ØM kan involvere sterke bekymringer rundt eget kroppsbilde om at man ikke er like muskulær som den gjennomsnittlige befolkningen (Hale et.al, 2009). McReary & Sasse (2000) skriver at så mye som 28 – 68 % av normalvektige gutter ønsker å gå opp i vekt.

Halvparten av gutter og menn har også et ønske om større pectoralis, biceps, håndledd, skuldre, overarmer og en flatere mage. Forskning viser også at gutter er mer motivert for styrketrening enn hva jenter er og at ØM er sterkere for menn enn for kvinner (McReary & Sasse, 2000). Dette blir støttet av resultatene i denne studien, der 47,8 % av mennene forsøker eller har forsøkt å gå opp i vekt, mens kun 19 % av kvinnene har forsøkt eller forsøker det samme.

Likevel er kvinner oftere misfornøyd med kroppen sin enn menn (McReary & Sasse, 2000). De klassifiserer seg oftere som overvektige og vil slanke seg oftere (Funham et.al, 2002). Dette grunner nok i de uoppnåelige standardene som er satt for kvinnekroppen, som f. eks. Barbie dukken. Funnene til McReary & Sasse (2000) blir støttet av resultatene i denne studien. På spørsmålet om i hvilken grad de opplever press om en «veltrent kropp», «muskuløs kropp», «tynn kropp», og «slank og definert kropp» scorer kvinnene jevnt over lavere enn det mennene gjør (jo lavere score, desto høyere opplever de presset). I disse 4 kategoriene som omhandler kroppspress er det kun kvinner som opplever et «ekstremt stort» press. Kvinnene i denne studien opplever størst press om å ha en veltrent kropp. Totalt er det 7,8 % av kvinnene som opplever et «ekstremt stort» press om en veltrent kropp, mens 11,7 % av kvinnene opplever et «stort press». Mennene har det største ønsket om en veltrent og muskuløs kropp. Disse funnene blir støttet av tidligere forskning, som sier at menn ønsker en mer muskuløs kropp (Hale et.al, 2009; McReary & Sasse, 2000; Furnham et.al 2002; Riccardielli, 2008). Det kommer også frem av denne studien at menn opplever minst press om en «tynn kropp», dette er også i tråd med tidligere forskning. To ting som kan være verdt å merke seg i denne studien er at kvinnene opplever press om en «muskuløs kropp», og at de opplever minst press om en «tynn kropp». Dette er med på å bekrefte at det kvinnelige idealet er i forandring fra en tynn kropp mot en mer muskuløs kropp (Grogan et.al 2004). Tidligere har det kvinnelige idealet vært en tynn kropp (McReary & Sasse, 2000; Furnham et.al 2002; Riccardielli, 2008). Når det gjelder ønske om tynnhet svarer 10 av respondentene ofte på et av spørsmålene og får score 1 i undersøkelsen. Til sammenligning beskriver Clausen (2009) at spiseforstyrrelsespasienter har en gjennomsnittsscore på 13,14 i ønske om tynnhet. Cut off verdien for ønske om tynnhet i EDI-2 angis til ≥ 15 (Torstveit, Sundgot-Borgen, 2005). Det vil si at dersom en person scorer over er lik 15, så sannsynliggjør dette at en spiseforstyrrelse er tilstede. Tre deltakere fikk en score ≥ 15 i denne studien, som

dermed tyder på at disse har en form for spiseforstyrrelse. Det er også respondenter som har score på 8, 9, 10 og 11, som da antageligvis ligger i faresonen for å utvikle spiseforstyrrelser. Resultatene fra subskalaen *ønske om tynnhhet* er lavere enn forventet. Gjennomsnittet i denne studien er 2,3, sammenlignet med en kontrollgruppe med gjennomsnittsscore på 3,98 (Clausen, 2009). Pasienter som var diagnostisert med spiseforstyrrelser hadde som nevnt en gjennomsnittsscore på 13,14 i ønsket omtynnhhet (Clausen, 2009). Fire personer i denneundersøkelsen scorer høyere enn dette, og disse er kvinner. Hovedandelen (n=54) av respondentene, får scoren 0,0 i denne subskalaen av EDI-2, og har dermed ingen tegn til spiseforstyrrelse.

Kong & Harris (2015) skriver at kroppsbildet kan forandre seg ut ifra forskjellige situasjoner, og kan bli påvirket av kulturelle normer og kroppsformer som er dannet i media. Media portretterer nå muskulære og atletiske kvinner oftere enn tidligere (Benton & Karazsia, 2014). Den økende preferansen mot en mer atletisk kropp ser vi tydelig ved et økende fokus på trening, muskeltoning og muskularitet i tillegg til tynnhhet i populærkultur (Benton & Karazsia, 2014). De ulike treningssentrene har også muskuløse navn på sine treningstimer, Power, Strenght & Core, kettlebell, NMC og 3D strength (www.sats.no). Det blir også stadig flere kvinnelige fitness konkurranser som bikini fitness, atletisk fitness, body fitness, fitness og fysikk (<http://www.nkf-ifbb.no/>). Dette kan tyde på at det kvinnelige kroppsidealet er i forandring fra en tynn kropp til en mer muskuløs og veltrent kropp (Grogan, 2004).

Det er en nokså lav andel av respondentene som ser ut til å ha kroppsmisnøye. Med cut off verdien på 14 som referanse, klassifiserer 8 kvinner til å ha spiseforstyrrelse i denne studien. MClausen (2009) skriver at spiseforstyrrelsespasienter har en gjennomsnittsscore på 17,34. Med denne referansen har 4 av kvinnene (n=104) en form for spiseforstyrrelse. Om dette er de samme 4 personene som scorer høyt på ønske om tynnhhet vites ikke, men sannsynligheten anses som stor, siden disse 4 også er kvinner. Hovedandelen ser altså ikke ut til å ha så mye kroppsmisnøye. Gjennomsnittet i denne studien er 4,25, mens kontrollgruppen til Clausen (2009) scorer 8,78 og pasientene med spiseforstyrrelser 17,34. Totalt får 29 respondenter en score på 0,0, hvorav 23 er kvinner. De resterende ligger mellom 1,0 – 15 i score, og hovedandelen av disse får under 10 i score. Dette kan tyde på at deltakerne er godt fornøyde med sin egen kropp. Det kan vi se i sammenheng med deres høye treningsmengde, og at de sannsynligvis føler seg vel ovenfor andre. Hale et.al (2009)

skriver at treningsavhengighet avtar ettersom man blir eldre og får et mer balansert liv. Gjennomsnittsalder i denne studien er 33,9 år, noe som tilsier at det er en voksen deltakergruppe. Det at man ikke er avhengig av trening kan også bety at man er komfortabel og avslappet i forhold til egen kropp og vekt.

Når det kommer til forekomsten av spiseforstyrrelser var det ønskelig å se kjønnene opp mot hverandre for å avdekke eventuelle forskjeller eller likheter. Det var også ønskelig å se på likheter eller ulikheter blant PT'er (n=51) og gruppetimeinstruktører (n=92). Det skal nevnes at det er flere som jobber både som PT og gruppetimeinstruktør i denne undersøkelsen. En grunn til dette er at det kan være vanskelig å tjene tilstrekkelig som gruppetimeinstruktør eller PT, slik at mange kan være nødt til å kombinere jobbene. Det ble brukt kji- kvadrat test i SPSS for å teste om det er signifikante forskjeller mellom kjønn og yrke. Resultater $\leq 0,05$ regnes som statistiske signifikante forskjeller. Det ble påvist signifikante forskjeller mellom kjønnene når det gjaldt spiseforstyrrelser i PT yrket. En andel på 11,8 % av de kvinnelige PT`ene har spiseforstyrrelser, mens 5,9 % av de mannlige PT`ene har spiseforstyrrelser. Når det gjelder gruppetimeinstruktører så er andelen med spiseforstyrrelser høyere blant menn; 6,3 % mot 5,3 % av de kvinnelige instruktørene. Totalt er det 4,7 % av deltakerne i studien som bekrefter at de har en spiseforstyrrelse nå, 3,8 % av disse er kvinner. Til sammenligning rammes ca 1 % av den kvinnelige befolkningen og 0,3 % av den mannlige befolkningen av Anorexia Nervosa. Forekomsten av Bulimia Nervosa er litt høyere blant den generelle befolkningen, da 1-2 % av kvinner rammes, mens en mye mindre del av menn rammes av denne sykdommen (Morrison, 2014). Forekomsten av spiseforstyrrelser er altså høyere blant PT`er og gruppetimeinstruktører sammenlignet med den generelle befolkningen. Dette var et forventet resultat, etter hva tidligere forskning tilsier. Höglund & Normén (2002) viser til resultater der 35 % av de kvinnelige fitness instruktørene har hatt en form for spiseforstyrrelser eller opplever spiseforstyrrelser for øyeblikket. 11% av disse hadde spiseforstyrrelser når undersøkelsen ble gjennomført. Det er godt dokumentert at spiseforstyrrelser er overrepresentert blant kvinnelige idrettsutøvere (Höglund & Normén, 2002). Dette er overførbart til kvinnelige instruktører i fitnessbransjen, som opplever et høyt treningspress i hverdagen. Det er bred enighet om at det er spesifikke idretter der utøverne har større risiko for å utvikle spiseforstyrrelser, som f.eks turn, vektløfting, løping, sykling og andre estetiske idretter (Melin et.al, 2014). Alle disse er aktiviteter som inngår i hverdagen

til en PT og en gruppetimeinstruktør. Aerobic instruktører kan se på seg selv som forbilder og rollemodeller for den estetiske idealkroppen. Aerobic instruktører har påvist å ha god utholdenhet, studier har påvist at erfarne aerobic instruktører er fysiologisk sammenlignbare med godt trente konkurrans utøvere (Williford et.al., 1993). En trent kropp tegner ofte om dyktighet i faget, og kan være med å forklare instruktørers holdning til trening og vekt kontroll (Hutson, 2013). Idrettsutøvere slanker seg ofte for å bedre prestasjonene sine og etter press fra omgangskretsen til å prestere bedre (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Instruktører og PT`er opplever etter stor sannsynlighet et slikt press, da medlemmer ved treningssentre ofte velger instruktører etter kroppslig utseende (Evans et.al, 2005). Det er også gjort funn på at kvinnelige medlemmer velger instruktører etter hvor godt trent de er (Evans et.al, 2005). Videre kan også kommentarer fra medlemmer og kollegaer ha stor innvirkning på en persons ønsker om egen kropp. Idealkroppen kan virke uopnåelig utfra dagens standarder. Det mannlige idealet er en V – formet kropp med store biceps, bryst og skuldre, mens den kvinnelige kroppen skal være tynn, med fokus på smale hofter, rumpe og lår. Som tidligere nevnt kan det synes som om det kvinnelige kroppsidealet er i endring, mot en mer muskuløs og veltrent kropp. Menn vil som regel øke kroppsvekten ved økt muskelmasse for å nå den ønskede V – formen(Furnham et.al., 2002). Disse idealene og presset om å være «bedre» enn medlemmene kan gjøre at PT`ene og instruktørene ikke klarer å leve opp til forventningene som kreves av de. I tillegg til dette foregår omtrent all trening foran speil, slik at du hele tiden er observant på egen kropp. Videre er det også sannsynlig at navnene på enkelte treningstimer fører til kroppspress, som for eksempel Bootylicious, 21 minute body (www.sats.no) og booty builder (www.spenst.no). Slike navn kan legge et forventningspress på instruktøren om at personen skal være godt trent og ha en flott figur.

5.2 Metode

For å vurdere hvor god en spørreundersøkelsen er, må en se på frafallet av deltagere i undersøkelsen. Statistisk sentralbyrå oppnår en svarprosent på 55-70 % i sine undersøkelser (Ringdal, 2010). I denne undersøkelsen var svarprosenten 63,1 %, noe som er akseptabelt sammenlignet med tallene statistisk sentralbyrå operer med. Problemene ved frafall er ikke

så stort om frafallene er tilfeldige, men hvis det er systematiske frafall svekkes undersøkelsens kredibilitet (Ringdal, 2010). Man bør derfor sette opp ulike grunner for at personer velger å ikke svare på undersøkelsen (Ringdal, 2010). Dette ble ikke gjort i denne undersøkelsen. I tillegg kan man tenke seg at ulike grunner for at PT`er eller gruppetimeinstruktører ikke ønsker å delta i en slik undersøkelse kan være at de har en stressende hverdag, og at de ikke ser nytten av å delta en slik studie. Videre kan det være frykt for eventuelle konsekvenser for hva man svarer i undersøkelsen, selv om man er anonym. Undersøkelsen som ble sendt ut til de ansatte ved treningssentrene inneholdt også spørsmål om doping (som er en del av et annet prosjekt), noe som kan virke avskrekkende å svare på. Videre er spiseforstyrrelser et sensitivt tema, som enkelte kan vegre seg for å svare på.

En ulempe ved bruk av spørreskjema som metode kan være at respondenten svarer det han/hun tror at forskeren ønsker å høre (Ringdal, 2010). Et annet problem er at respondentene vegrer seg for å besvare alle spørsmålene av ulike årsaker. Det kan være at personen ikke skjønner spørsmålet eller ikke ønsker å besvare et spørsmål som angår et sensitivt tema. En mulighet for å forhindre at deltakerne misforstår spørsmålene kan løses ved å være tilstede når deltakerne besvarer spørreskjemaet (Ringdal, 2010). Dette ville ikke latt seg gjøre i denne undersøkelsen, da deltakerne fikk tilsendt undersøkelsen via mail, og deres arbeidstid ikke er fastsatt. Denne metoden ble valgt for at flest mulig skulle ha mulighet til å besvare spørreskjemaet i en stressende jobbhverdag. De fleste spørsmålene i undersøkelsen var ganske lett forståelige, og i tillegg dreide det seg om en voksen yrkesgruppe som mest sannsynlig ville ta en slik undersøkelse seriøst.

Noen former for spiseforstyrrelser lettere kan oppdages ved kliniske intervjuer.

Undersøkelser som har benyttet kliniske intervjuer viser en høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant eliteutøvere enn hva samme undersøkelse med spørreskjema viser (Martinsen & Sundgot –Borgen, 2013; Sundgot- Borgen & Torstveit, 2004). Undersøkelser med selvrapporing av spiseforstyrrelser eller andre sensitive temaer er ofte forbundet med underrapportering. Sundgot–Borgen, (1994) nevner at i en undersøkelse blant kvinnelige idrettsutøvere, rapporterte ingen av de 100 deltakerne om spiseforstyrrelser. Men, etter 2 år var 18 % av deltakerne under behandling for spiseforstyrrelser. Dette vitner om underrapportering av spiseforstyrrelser ved selvrapporing, og dette er noe som må

tas med i betraktning i denne oppgaven. Det er også blitt observert i tidligere studier at spiseforstyrrelser forekommer hyppigere blant de som ikke velger å delta i slike undersøkelser (Höglund & Normén, 2002). Likevel var det flere i denne studien som rapporterte om spiseforstyrrelser. Hvis tidligere forskning stemmer kan vi anta at det er store mørketall blant PT`er og gruppetimeinstruktører når det gjelder spiseforstyrrelser. I denne studien var det 36,9 % av respondentene som ikke besvarte undersøkelsen, dette kan ifølge tidligere forskning bety at det er en høyere forekomst av spiseforstyrrelser enn hva som har blitt rapportert her. Sundgot-Borgen (1994) skriver at frykt for at trenere eller andre personer som er viktige kan føre til at deltakere i undersøkelser ikke tør å svare ærlig. Likevel er det motstridende funn når det gjelder intervjuer og spørreskjemaer. Når man sammenlignet spørreundersøkelser med intervjuer blant bulimikere var det høyere score på sykkelig atferd ved bruken av spørreundersøkelser (Höglund & Normén, 2002). En grunn til dette kan være at deltakerne ikke ønsker å svare ærlig på spørsmålene i et intervju fordi de opplever sin egen oppførsel som skammelig. Dette kan bety at spørreundersøkelser kan oppdage sykkelig atferd mer korrekt enn intervjuer. Likevel kan spørreundersøkelser med stort fokus på spesielle temaer føre til at respondenten legger stort fokus på disse spørsmålene og dermed overrapporterer (Höglund & Normén, 2002). Som tidligere nevnt kan ofte personer med spiseforstyrrelser vegre seg for å fortelle sannheten som omhandler sensitive temaer i intervjuer.

Både spørreundersøkelser og intervjuer har altså sine svakheter, men spørreundersøkelse ble valgt som metode i denne undersøkelsen. Denne metoden gjorde det mulig for respondentene å være helt anonyme og de slapp frykten for eventuelle konsekvenser vedrørende sine svar. Undersøkelsen hadde også vært mye vanskeligere å gjennomføre ved intervjuer. Denne typen metode er ekstremt tidkrevende og kostbart, og det ville blitt vanskelig å få samlet PT`er og gruppetimeinstruktører ved et senter da de ikke har faste arbeidstider.

5.3 Styrker og svakheter ved studien

For å sikre så ærlige svar som mulig i denne undersøkelsen ble den sendt ut via mail, alle deltakerne var helt anonyme og ingen personidentifiserbare opplysninger ble innhentet.

Dette kan bidra til at deltakerne føler seg komfortable med å svare ærlig på spørsmålene, da de ikke trenger å frykte konsekvenser for svar om sensitive temaer som spiseforstyrrelser og doping (som ikke med i denne oppgaven, men er med på spørreskjemaet som skal brukes til en større studie senere). Det er også en voksen deltakergruppe (17-55år) som kan tilsi at de tar en slik undersøkelse seriøst. Språket i undersøkelsen er også lett forståelig slik at det ikke burde være noen problemer med å forstå spørsmålene. Videre har nesten alle respondentene besvart alle spørsmålene i undersøkelsen, slik at det ikke ble store hull i datamaterialet. I gjennomsnitt har deltakerne jobbet 7,5 år i treningsbransjen, som kan bety at de har en reell interesse i faget. Dette kan igjen være positivt med tanke på seriøsiteten de legger ned i undersøkelsen.

Likevel kan det være flere feilkilder ved spørreundersøkelser, respondentene kan bli lei av besvarelsen og bare krysse uten å lese spørsmålene. Denne undersøkelsen tok 10 – 15 minutter å besvare. Deltakerne kan ha blitt ukonsentrerte underveis, og ikke tatt undersøkelsen så seriøst som de gjorde i starten. Det var 37,9 % som ikke besvarte undersøkelsen, noe som kan bety at det er mørketall. Jeg har tidligere nevnt at hyppigheten av spiseforstyrrelser trolig er høyere blant de som velger å ikke delta i en slik undersøkelse. Det er ikke mulig å vite hvorfor respondentene ikke deltok på undersøkelsen, men grunnene til dette kan være mange; at de ikke bruker mailadressen lenger, ikke tar seg tid i en stressende hverdag eller ikke ønsker og besvare slike sensitive spørsmål om egen kropp og helse. En annen svakhet i undersøkelsen er at det ikke er mulig å vite hvilke av de utvalgte sentrene som har svak svarprosent.

Ønske om muskularitet ble ikke med i studien grunnet en teknisk feil i Questback som gjorde at resultatene ikke kunne brukes. Dette er en svakhet, da studien ikke fanger opp like mye av kroppspresstet for menn.

5.4 Praktisk betydning av studien

Nytteverdien av denne studien er økt kunnskap rundt forekomsten av spiseforstyrrelser og opplevd kroppspresstet blant gruppetimeinstruktører og personlige trenere. Denne kunnskapen kan treningssentrene benytte seg av i arbeidet mot å forebygge mot spiseforstyrrelser blant sine ansatte.

5.5 Videre forskning

Det bør forskes videre på dette området. Videre studier bør ha et større antall respondenter, slik at det kan bli gitt et mer helhetlig bilde av forekomsten av spiseforstyrrelser blant gruppetimeinstruktører og PT`er. Videre bør det også inkluderes intervjuer slik at man lettere kan få forklart eventuelle misforståelser eller spørsmål, og for å sammenligne intervju og spørreskjema som metode når det gjelder å kartlegge forekomst av spiseforstyrrelser. Det bør også legges større vekt på menn i videre studier, da denne studien ikke fanger opp problematikken rundt ønske om muskularitet på en god nok måte.

6.0 Konklusjon

Konklusjonen av denne studien er at spiseforstyrrelser forekommer blant gruppetimeinstruktører og personlig trenere (totalt 4,7 %, 3,8% av disse er kvinner) på norske treningsentre. Likevel er forekomsten langt lavere sammenlignet med tidligere studier. Forekomsten av spiseforstyrrelser er tilsvarende for kvinner (4,8 %) og menn (4,3 %), dette var noe uventet. Likevel er det høyere forekomst av spiseforstyrrelser i disse yrkesgruppene enn i den gjennomsnittlige befolkningen. Det er også tydelig at kvinner opplever et generelt større kroppspress enn menn. De opplever størst press om en veltrent kropp, og minst press om en tynn kropp. Dette bekrefter begrepet «strong is the new skinny». Som ventet ønsker menn en muskuløs og veltrent kropp, og de opplever minst press om en tynn kropp. Når det gjelder *ønske om tynnhet og kroppsmisnøye* er resultatene lavere enn den generelle befolkning, noe som kan tyde på at gruppetimeinstruktørene og PT`ene i denne undersøkelsen har et sunt forhold til eget kropp.

7.0 Kilder

- Andreasson, J., Johansson, T. 2014. *The Fitness Revolution. Historical Transformations in the Global Gym and Fitness Culture*. National Institute for Sport Research.
- Alipour, B., Farhangi, A.M., Dehghan., P., Alipour, M. 2015. *Body image and its association with body mass index and nutrient intakes among female college students aged 18-35 years from Tabriz, Iran*. Springer International publishing Sveits.
- Benton, C. & Karazsia, B.T. 2014. *The effect of thin and muscular images on women`s body satisfaction*. The College of Wooster.
- Bjørnelv, S. 2004. *Spiseforstyrrelser i allmennpraksis*. Tidsskrift Norsk Lægeforening.
- Bratland-Sanda, S. & Sundgot-Borgen, J.. 2013. *Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment*. Taylor & Francis
- Bratland-Sanda, S. & Sundgot-Borgen, J. 2014. *“I`m Concerned – What Do I Do?” Recognition and Management of Disordered Eating in Fitness Center Settings*. International Journal of Eating Disorders
- Chang, K. & Kim, Y.K. 2003. *Cometencies for Fitness Cub Instructors: Results of a Delphi Studie*. Korea Sport Science Institute
- Clausen, L., Rokkedal, K & Rosevinge J.H. 2009. *Validating the eating disorder inventory (EDI-2)in two Danish samples: a comparison between female eating disorder patients and females from general population*. European Eating Disorders Review
- Dalland ,O. 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Davis, M., Bahamonde, R., Gross, D. 2001. *Shock Absorption Characteristics of Footwear Worn by Aerobic Instructor*. Biomechanics Symposia
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. 2015. *Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the*. Cognitive and Behavioral Centre for Research and Intervention, University of Coimbra

Furnham, A., Badmin, N., Sneade, I. 2002. *Body image dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-esteem, and Reasons for Exercise*. Department of psychology University College London.

Ginis, A. M. K., Eng, J. J., Arbour, K. P., Hartman, J. W., Phillips, S. M. 2005. *Mind over muscle? Sex differences in the relationship between body image change and subjective and objective physical changes following a 12- week strength-training program*. McMaster University

Grogan, S., Evans, R., Wright, S & Hunter, G. 2004. *Femininity and muscularity: Accounts of seven women body builders*. Journal of Gender Studies vol. 13

Hale, B. D., Roth, A. D., DeLong, R. E., Briggs, M. S. 2009. *Exercise dependence and the drive for muscularity in male bodybuilder, powerlifters, and fitness lifters*. Pen state-Berks, United States.

Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., Chung, T. 2006. *Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters*. Department of psychiatry. University of medicine and Dentistry of New Jersey.

Hutson, D. J. 2013. *"Your body is your business card": Bodily capital and health authority in the fitness industry*. Department of Sociology, Ripon College.

Höglund, K. & Normèn, L. 2002. *A high exercise is linked to pathological weight control behavior and eating disorders in female fitness instructors*. Göteborg University

IDEA health & fitness association. 2011. *IDEA Code of ethics: Group fitness instructors*. IDEA Fitness journal vol.8 s.90

Kong, P. & Harris M.L. 2015. *The Sporting Body: Body Image and Eating Disorder Symptomatology Among Female Athletes from Leanness Focused and Nonleanness Focused Sports*. Australian College of Applied Psychology.

Kyrejto, J. W., Mosewich, A. D., Kowalski, K. C., Mack, D. E. and Crocker, P. R. E. 2008. *Men`s and Women`s Drive for Muscularity: Gender Differences and Cognitive and Behavioral Correlates*. West Virginia University.

Labre, M. P. 2002. *Adolescent boys and the muscular male body ideal*. Journal Adolescent Health

- Malek, M. H., Nalbene, D. P., Berger, D. E and Coburn, J. W. 2002. *Importance of Health Science Education for Personal Fitness Trainers*. Journal of strength and Condition Research.
- McCreary, D. R & Sasse, K.D.2000. *An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls*. Journal of American college health vol. 48.
- McCreary, D.R., Sasse, D.K., Saucier, D.M., & Dorsch, K.M. 2004. *Drive for Muscularity and Beliefs about Legal Performance Enhancing Substances as Predictors of Current Use and Willingness to Use*. Psychology of Men & Masculinity, Vol 5
- McCreary, D.R & Saucier D.M. 2007. *Drive for muscularity, body comparison, and social physique anxiety in men and women*. Totonto, York University.
- Melin, A., Tornberg, Å. B., Skouby, S., Faber, J., Ritz, C., Sjödin, A., Sundgot-Borgen, J. 2014. *The LEAF questionnaire: a screening tool for the identification of female athletes at risk for the female athlete triad*. British Journal Sports Med.
- Melin, A., Torstveit, M.K., Burke, L., Marks, S. and Sundgot-Borgen, J. 2014. *Disorderd Eating and Eating Disorders in Aquatic Sports*. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism.
- Molak L., and Thompson J.2009. *body image, eating disorders, and obesity in youth (2nd edition)*. American Psychological Association: Washington DC, pp. 389,
- Morrison, J.2014. *DSM-5 Made Easy*. The Guilford Press
- Mäkinen, M., Puukko-Viertomis, L., Lindberg, N., Simes, A. Martti og Aalberg, V.2012. *Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self esteem and eating habits*. University Helsinki
- Norges kroppsbygger og fitnessforbund. Hentet 20.04.2015. URL: <http://nkf-ifbb.no/kategorier.html>
- Rauh, M. J., Barrack, M., Jeanne, N. F. 2014. *Associations between the female athlete triad and injury among high school runners*. The international Journal of Sports Physical Therapy.
- Ricciardelli, L. A., Nowell, C. 2008. *Apperance-based comments, body dissatisfaction and drive for muscularity in males*. Melbourne, Deakin University
- Ringdal, K. 2013. *Enhet og mangfold. 3. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget

Sats/Elixia. Hentet 20.04.2015.URL: <https://www.sats.no/timeplan-og-booking/gruppetrening/>

Schmidt, R., Tetzlaff, A., Hilbert, A. 2015. *Perceived Expressed Emotion in Adolescents*. Springer Science+Business Media New York

Skårderud, F. 2000. *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.

Spenst. Hentet 21.04.2015. URL:

http://www.spenstfredrikstad.no/wsp/spenst_fredrikstad/webon.cgi?func=show&func_id=6340&table=PUBLISH&template=hele_planen_sal&HEAD=Timeplan-Vinter%202015

Sundgot-Borgen, J.1991. *Prevalence of Eating Disorders in Female Elite Athletes*. International Journal of Sport

Sundgot-Borgen, J. 1994. *Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes*. Medecine & Science in Sports & Exercise.

Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M.K 2010. *Aspects of disordered eating continuum in elite high intensity sports*. Scandinavian Journal of Medecine and Science in Sport.

Vik, T. K.2011. *Trening på treningscenter: en helserelevant behandlingsvirksomhet?* Universitetsforlaget.

Williford, H.N., Olson, M.S., Keith, R.E, Barksdale, J.M., Blessing, D.L., Wang, N and Preston,P. 1993. *Iron Status in Women Aerobic Dance Instructors*. International Journal of Sport Nutrition.

Øverås, M., Kapstad, H., Brunborg, C., Landrø, N. I., Lask, B. 2015. Are poor set-shifting abilities associated with a higher frequency of body checking in anorexia nervosa? Journal of Eating Disorders 2015, 3:17

