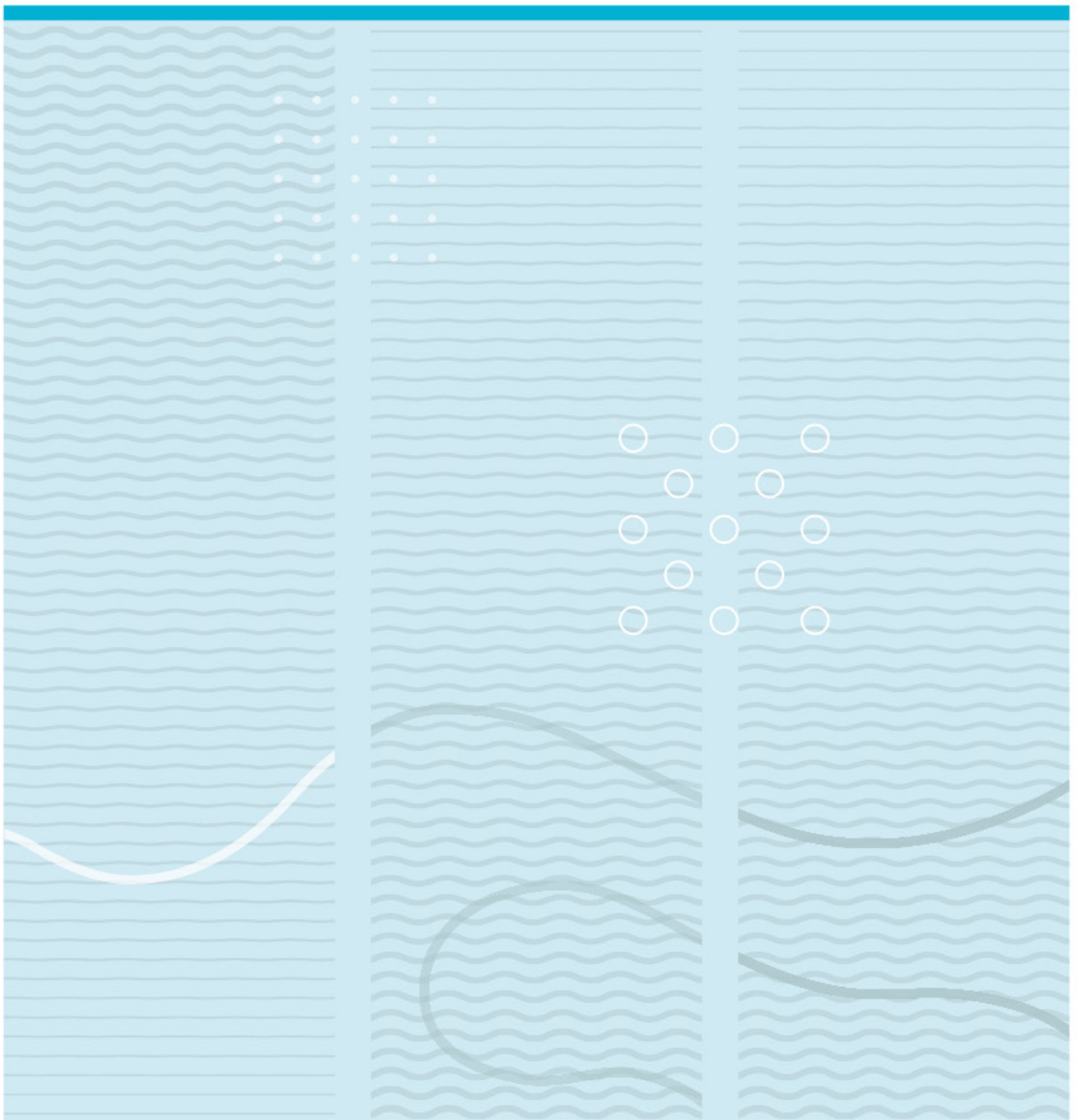


Sigurd Grønvik Bachke

Kroppsmisnøye blant eldre personer på treningscentre i Oslo-området

En kvantitativ studie med mål om å undersøke kroppsmisnøye blant eldre personer som trener på treningscenter og om kroppsmisnøye påvirker den helserelaterte livskvaliteten.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for allmennvitenskapelige fag
Institutt for kroppsøving, idretts- og friluftsliv
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019 Sigurd Grønvik Bachke

Denne avhandlingen representerer 60 studiepoeng

Forord

En masteravhandling krever interesse, motivasjon og ikke minst stå-på-vilje, noe jeg har blitt utfordret på det siste året. Oppgaven har gitt meg oppturer og nedturer med mye frustrasjon og tunge dager, men hovedsakelig mye lærdom og disiplinering, noe jeg tar med meg videre i livet. Jeg vil si tusen takk til mine foreldre og samboer som har fått den største påkjenningen i mine frustrerte perioder. Uten deres støtte og motivasjon hadde det blitt vanskelig å gjennomføre. Tusen takk til mine veiledere Solfrid Bratland-Sanda og Tommy Langseth som har gitt meg metodisk og teoretisk støtte.

Til slutt, tusen takk til treningssentrene som viste interesse for prosjektet og lot meg dele ut spørreskjemaer til medlemmene deres, og ikke minst dere som deltok i undersøkelsen.

Oslo, 14.09.2019

Sigurd Grønvik Bachke

Sammendrag

I dagens samfunn stiger gjennomsnittsalderen, og det er viktig at vi holder oss i form lengst mulig. Da er det også interessant og viktig å finne ut hva som kan hindre at eldre holder seg i form. Vi vet at kroppsmisnøye er en viktig faktor for unge mennesker. I denne studien ser jeg på hva som påvirker kroppsmisnøye hos eldre mennesker – de over 60 år.

Målet med studien er å undersøke kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningssentre og om kroppsmisnøye påvirker den helserelaterte livskvaliteten. Det er ønskelig å finne ut hvilke faktorer som påvirker kroppsmisnøye for personer over 60 år og om den helserelaterte livskvaliteten blir påvirket ved svekkelse i kroppsmisnøye.

For å prøve å få en teoretisk forklaring på hvorfor vi opplever kroppsmisnøye og hvordan det påvirker oss blir noen av arbeidene og teoriene til Michel Foucault og Pierre Bourdieu anvendt i denne studien.

Det er ikke gjort så mye forskning på denne gruppen tidligere, og det vil derfor være interessant å gjøre en befolkningsundersøkelse. Derfor ble det brukt en kvantitativ tilnærming med anonymiserte spørreskjemaer. Første del av spørreskjemaet stiller spørsmål om bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder, vekt, høyde, utdanning, inntekt og mosjonsvaner. I tillegg er det to standardiserte spørreskjemaer; BSQ-14 som måler kroppsfasongmisnøye forårsaket av følelsen av å være fet, og RAND-36, som er et helserelatert livskvalitetsspørreskjema som vurderer fysisk og psykisk helse ut i fra åtte helserelaterte domener. Inklusjonskriteriene for denne oppgaven var at deltakerne var over 60 år og trente på et treningssenter i Oslo-området. Undersøkelsen er en analyse av 130 besvarelser.

Hovedfunnene viser at kvinnene opplevde større kroppsmisnøye enn mennene, noe som også er sett i tidligere studier, også på yngre personer. Den viktigste faktoren som predikerer kroppsmisnøye for denne gruppen var BMI-verdien. Deltakerne med høyere BMI opplever større kroppsmisnøye enn dem med lavere BMI. Kroppsmisnøye avtar med alderen, spesielt for menn, og menn med lavere utdanning opplever større kroppsmisnøye enn dem med lengre utdanning. Den helserelaterte livskvaliteten påvirkes negativt med større kroppsmisnøye, og det er hovedsakelig de mentale domenene innen helserelatert livskvalitet som svekkes.

Abstract

While there are many scientific studies from the last couple of decades on body dissatisfaction among younger people, few studies deal with body image and body dissatisfaction among the elderly. Today the population as a whole is getting older, and it is increasingly important to maintain physical fitness into old age and for as long as possible. This fact makes it interesting and important to find out what can stop the elderly from staying in good shape physically. We know that body dissatisfaction is an important factor for young people. In this study I look at what factors affect body dissatisfaction among the elderly – those of 60 years or more.

Theoretical insight in how and why we experience body dissatisfaction, and how body dissatisfaction affects us, is sought in the theories and studies of Michel Foucault and Pierre Bourdieu.

My study is a quantitative population study based on a questionnaire in three parts. The first part deals with standard background information (sex, age, weight, height, education, income, exercise habits). The second and third parts are two standardized questionnaires. BSQ-14 deals with body shape dissatisfaction, RAND-36 deals with health related quality of life issues. The inclusion criteria for participation are age and enrolment at a training centre in the Oslo region. The questionnaire had 130 respondents, collected in late autumn 2018.

The main findings show that women are more affected by body dissatisfaction than men, corresponding to former studies of younger people. The most important factor predicting body dissatisfaction is the BMI value, respondents with a higher BMI value reporting more body dissatisfaction than those with a lower BMI value. Body dissatisfaction seems to decline with increasing age, especially for men. Men with fewer years spent in education experience more body dissatisfaction than men with a longer (tertiary) education. Health related quality of life is negatively affected by greater body dissatisfaction, and it is especially the mental domains of health related quality of life that are affected.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Forord | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| Abstract | 4 |
| 1 Innledning og problemstilling..... | 8 |
| 1.1 Innledning..... | 8 |
| 1.2 Definisjoner | 10 |
| 2 Bakgrunn for studien | 11 |
| 2.1 Kropp og kroppsbygge | 11 |
| 2.1.1 Kroppen som identitetsbygge | 12 |
| 2.1.2 Kroppsbygge og alder | 13 |
| 2.1.3 Kropp og aldring | 14 |
| 2.1.4 Fysisk aktivitet og aldring | 15 |
| 2.1.5 Forholdet mellom fysisk og mental aldring | 15 |
| 2.2 Tidligere forskning på eldre og kroppsbygge | 16 |
| 2.3 BMI..... | 17 |
| 2.4 Sosioøkonomisk status..... | 18 |
| 2.5 Helserelatert livskvalitet | 19 |
| 2.5.1 Definisjoner av begrepet "helse" | 19 |
| 2.5.2 Definisjoner av begrepet "livskvalitet" | 20 |
| 2.5.3 Tidligere forskning på eldre og helserelatert livskvalitet..... | 21 |
| 2.6 Oppsummering | 22 |
| 2.7 Tidligere forskning på helserelatert livskvalitet og kroppsbygge..... | 22 |
| 3 Teoretisk rammeverk..... | 24 |
| 3.1 Michel Foucault: panoptikon og det normaliserte mennesket..... | 24 |
| 3.2 Bourdieus begrep "habitus" | 25 |
| 3.3 Bourdieus begrep "kapital" | 26 |
| 3.4 Bourdieu og klassesamfunnet | 27 |
| 3.5 Bourdieus begrep "sosiale felt" | 27 |
| 4 Metode..... | 29 |
| 4.1 Kvantitativ versus kvalitativ metode | 29 |
| 4.2 Inklusjonskriterier..... | 30 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 4.3 | Innsamling | 30 |
| 4.4 | Spørreskjema | 31 |
| 4.4.1 | Første del – bakgrunnsopplysninger..... | 32 |
| 4.4.2 | Andre og tredje del av spørreskjemaet | 33 |
| 4.5 | Instrumenter..... | 33 |
| 4.5.1 | Hvordan måle kroppsmisnøye..... | 33 |
| 4.5.2 | BSQ-14 (Body Shape Questionnaire) | 33 |
| 4.5.3 | Hvordan måles helse relatert livskvalitet? | 35 |
| 4.5.4 | RAND-36 (SF-36) | 35 |
| 4.6 | Spørreskjema som metode | 39 |
| 4.7 | Statistiske analyser | 39 |
| 4.7.1 | Mann-Whitney-Wilcoxon (MWW)..... | 40 |
| 4.7.2 | Korrelasjonsanalyse | 40 |
| 4.7.3 | Regresjonsanalyse | 42 |
| 4.8 | Etiske betraktninger | 43 |
| 5 | Resultater | 44 |
| 5.1 | Deskriptiv analyse | 44 |
| 5.1.1 | Sosioøkonomisk status | 44 |
| 5.1.2 | Mosjon..... | 44 |
| 5.1.3 | Kroppsmisnøye (BSQ-14)..... | 45 |
| 5.1.4 | Helse relatert livskvalitet (RAND-36) | 45 |
| 5.2 | Korrelasjonsanalyse (Spearman rho)..... | 49 |
| 5.2.1 | BMI | 50 |
| 5.2.2 | Alder | 50 |
| 5.2.3 | Utdanning | 50 |
| 5.2.4 | Helse relatert livskvalitet..... | 51 |
| 5.3 | Logistisk regresjonsanalyse | 51 |
| 6 | Diskusjon | 53 |
| 6.1 | Opplever personer over 60 år kroppsmisnøye? | 53 |
| 6.2 | Hvilke faktorer er assosiert med kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningssentre? .. | 54 |
| 6.2.1 | Alder | 54 |
| 6.2.2 | Kjønn..... | 55 |
| 6.2.3 | Samsvar mellom grad av kroppsmisnøye og BMI | 56 |
| 6.2.4 | Utdanning | 57 |

| | | |
|-----|---|----|
| 6.3 | Påvirker kroppsmisnøye den helserelevante livskvaliteten? | 58 |
| 7 | Konklusjon | 60 |
| 8 | Sluttord og videre forskning | 61 |
| 9 | Referanseliste | 62 |
| | Oversikt over tabeller og figurer | 71 |
| | Vedlegg 1: Informasjonsskriv | 73 |
| | Vedlegg 2: Spørreskjema del 1 (Bakgrunnsopplysninger) | 74 |
| | Vedlegg 3: Spørreskjema del 2 (BSQ-14) | 76 |
| | Vedlegg 4: Spørreskjema del 3 (RAND-36) | 77 |
| | Vedlegg 5: SPSS syntaks fil RAND-36 (SF-36 V1) | 81 |

1 Innledning og problemstilling

1.1 Innledning

Som en ung voksen person i Norge vil jeg tørre å påstå at enhver ung person har hørt om ordet kroppsbilde eller har tanker om hva en mener et kroppsbilde er.

Jeg vil først stille deg som leser noen spørsmål som du kanskje ikke har tenkt så mye på.

Er DU en ung person? Da vil jeg tro du enten har hørt om kroppspress eller følt på det selv. Men har du noen gang tenkt på om kroppspress eller negative tanker om sin egen kropp oppstår hos de som er eldre enn deg selv?

Er DU en person som definerer deg selv som eldre/gammel? Har du noen gang tenkt på hva de som er enda eldre enn deg selv tenker om sin egen kropp?

For meg er kroppsbilde og kroppsmisnøye et veldig interessant tema, men føler at temaet er rettet alt for mye mot barn og ungdom. Kroppsbilde er en persons kroppsrelaterte selvoppfattelse og inkluderer tanker, følelser og handlinger, og kan referere til en psykologisk opplevelse av sitt fysiske utseende (Cash, 2004). Et negativt kroppsbilde kan føre til kroppsmisnøye og kan være utslagsgivende for blant annet spiseforstyrrelser og depresjon (Altman et al., 2017; Garrusi et al., 2017; Ferreira et al., 2014; Storvoll et al., 2005).

Flere studier har funnet ut at spesielt yngre jenter ofte sammenligner seg med andre, hvor sosiale medier kan være plattformer for å forme en såkalt tynn ideal-kropp, som kan føre til kroppsmisnøye og diverse sykdommer (Perloff, 2014; Tiggemann et al., 2013). Det samme er funnet for gutter og unge menn med et driv om å oppnå en slank, muskuløs kropp (Mulgrew et al., 2015; Galioto et al., 2013). Jenter og kvinner har som regel sterkere kroppsmisnøye enn menn (Storvoll et al., 2005; Holsen et al., 2001), men forskning har vist at menn, og også eldre menn kan være misfornøyde med hvordan kroppen ser ut (Hervik et al., 2016; Latorre Román et al., 2014). På grunn av at den eldre generasjonen vokser er det derfor blitt mer forskning på eldre og kroppsbilde/kroppsmisnøye enn det det var før (Knight, 2012).

I følge SSB (statistisk sentralbyrå) er det 1.487.062 personer mellom 45–66 år og 579.695 personer mellom 67–79 år i 2019 (Befolkning, 2019), og vi blir bare eldre og eldre. Dette skyldes blant annet de gode helse- og behandlingstjenestene vi har i dag, pluss en generell viten om hva som er sunt og ikke (Engedal, 2019).

Innenfor gerontologien er det et mål om å øke antall år eldre personer forblir i god form, eller opprettholder sin gode helse fremfor å øke leveårene (McArdle, 2015, s. 840). Det er også vist at flere eldre som rammes av kroniske sykdommer foretrekker livskvalitet fremfor leveår, og dette er blitt et tema som har vokst innenfor litteraturen (Rejeski & Mihalko, 2001).

Fysiske, psykiske og sosiale faktorer er vist å være prediktorer for kroppsbilde og helserelatert livskvalitet (Knight, 2012; Hays & Morales, 2001), men det kan se ut som det ikke er gjort så mye forskning som ser på kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet på eldre friske personer som trener på treningscentre i Norge.

Målet med denne studien er å undersøke kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningscenter og om kroppsmisnøye påvirker den helserelaterte livskvaliteten deres.

Følgende problemstillinger er formulert:

- Er det kjønnsforskjeller i opplevd kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningscentre?
- Hvilke faktorer er assosiert med kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningscentre?
- Hvilke faktorer predikerer kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningscentre?
- Påvirker kroppsmisnøye den helserelaterte livskvaliteten for denne gruppen?

1.2 Definisjoner

- BMI (Body Mass Index)
- BSQ-14 (Body Shape Questionnaire 14): spørreskjema som måler kroppsmisnøye
- Eldre: personer over 60 år
- MWW: Mann-Whitney-Wilcoxon
- RAND-36: spørreskjema som måler helserelatert livskvalitet
- SPSS: Statistics Package for the Social Sciences
- WHO (World Health Organization)
- FF: fysisk funksjon
- FR: fysisk rollefunksjon
- KS: kroppslige smerter
- GH: generell helse
- VT: vitalitet
- SF: sosial funksjon
- ER: emosjonell rollefunksjon
- MH: mental helse

2 Bakgrunn for studien

Dette kapittelet er todelt i lyset av problemstillingene. Den første delen tar for seg eldre, kropp, kroppsmisnøye og variablene BMI, sosioøkonomisk status og fysisk aktivitet, som er brukt i oppgaven. Den andre delen ser på termen helse relatert livskvalitet og forskning på dette feltet.

Jeg vil starte med å redegjøre for termen ” eldre ” da utvalget i denne masteroppgaven er personer over 60 år og uttrykket ” eldre ” blir mye brukt.

Ved informering om forskningsprosjektet ble det valgt en formulering som ekskluderte ordet ” eldre ”. Deltakerne i forskningsprosjektet skulle være over 60 år, men det var ikke satt øvrig aldersgrense. Alle levende organismer må følge naturens gang, men det betyr ikke at sinnet vårt følger den kronologiske alderen. Ved utlevering av spørreskjemaer snakket jeg med flere respondenter om aldersfølelse og opplevd alder. Noen sa at de følte seg yngre enn andre på sin egen alder, både fysisk og psykisk, som også er sett i litteraturen (Clarke & Korotchenko, 2011; Aldringsprosessen, 2001).

WHO definerer eldre som personer over 60 år (Elderly population, 2019), mens personer over 75 år ofte defineres som gamle. Personer opp i årene foretrekker å bli kalt eldre i stedet for gamle, og på norsk brukes gjerne uttrykket ” eldre ” på personer som også er over 75 år (Myrstad, 2015). I engelskspråklig litteratur brukes ofte elderly og old(er) om hverandre (Pinto et al., 2017; Myrstad et al., 2015; Latorre Román et al., 2014; Phillips et al., 2013). Bokmålsordboka definerer eldre som ” av høyere alder ” noe som er en god definisjon for å unngå diskusjoner om feil ordbruk (Eldre, 2018). Uttrykket eldre vil bli brukt i denne oppgaven for personer over 60 år.

2.1 Kropp og kroppsbilde

Ordet «kroppsmisnøye» består av «kropp» og «misnøye», altså at man er misfornøyd med sin egen kropp.

2.1.1 Kroppen som identitetsbilde

Skårderud (1991) mener at kroppen har mistet mange av sine opprinnelige oppgaver. Den kroppen vi brukte til hardt fysisk arbeid er nå blitt til en ytre fasade som skjuler noe inni (Skårderud, 1991, s. 18). Kroppen er et redskap i kulturen for å kommunisere om kulturen selv, om grenser, normer og estetiske idealer sier Skårderud. Kroppen er altså et kommunikasjonsredskap for individet, og det kroppslige sier noe om personligheten, og omvendt (Skårderud, 1998, s. 7). Det første du legger merke til når du møter en ny person er utseende, som gjør at det er det ytre som sier noe om sosial og personlig identitet.

Ut i fra disse påstandene kan vi si at kroppen ikke bare er noe vi har, men noe vi også er. Den franske filosofen Merleau-Pontys (1908–1961) hevdet at erfaringer av å eksistere er noe mennesket først og fremst har, gjør og er som kropp (Engelsrud, 2006, s. 30). Dette er en relativt bastant påstand da han mener at kroppen er subjektiv. Den objektive fremstillingen av kroppen så man i filosofien til René Descartes (1596–1650), hvor kroppen ble knyttet til en del av verden som han kalte for *res extensa*. Han mente at *res extensa* var den delen av virkeligheten som var kjennetegnet av utstrekning og romlighet. Kroppen tilsvarte da et objekt, og som andre objekter kunne kroppen plasseres i et mekanisk koordinatsystem, som gjorde det mulig å observere kroppen i forhold til kvantifiserbare mål (masse, form, størrelse, bevegelse) (Engelsrud, 2006, s. 23). Descartes forståelse på kropp førte til at menneskekroppen ble sett på som en maskin. (Engelsrud, 2006, s. 23).

Begge disse filosofiske måtene å se kropp på kan sees i sammenheng med ordtaket *Mens sana in corpore sano* (en sunn sjel i et sunt legeme) som stammer fra romertiden og beskrevet av den romerske forfatteren Juvenal (ca. 67–127 e.Kr.) (Kraggerud, 2018; Martinsen, 2011, s. 22). Juvenal omtalte blant annet en filosof kalt Cicero, som i et av sine verker beskrev kroppens naturlige tilstand. Han mente at det var den sunne og perfekte kroppen som er idealet, og at mennesker alltid vil streve etter en velfungerende kropp. Men for å oppnå en sunn sjel må mennesket streve etter visdom, ved intellektuell aktivitet, og gjerne uten fornøyelser (Martinsen, 2011, s. 22).

Det var snakk om idealkropp allerede på den tiden, noe mange forbinder kroppsbilde med. Kroppsbilde handler om hvordan hver enkelt person lager et bilde av kroppens utseende i sitt eget hode, og flere psykologer og sosiologer mener at kroppsbilde ikke er naturlig, men hovedsakelig

sosialt konstruert (Loland, 1999, s. 5). Hvis vi for eksempel tar for oss BMI (punkt 2.3), er dette noe som er sosialt konstruert og ofte en faktor for kroppsmisnøye. Mer om dette kommer senere i oppgaven.

Kvinner ønsker en feminin kropp, med et jag om en ”tynn og sexy” kropp, mens menn skal være sterke og maskuline (Murnen & Don, 2012). Disse kulturelle forventingene har holdt på lenge, og i nyere tid kan massemediene få skylden, hvor forbilder blir skapt (Murnen & Don, 2012).

I de vestlige kulturene er det sett at kvinner med høyere sosioøkonomisk status er tynnere enn de med en lavere sosioøkonomisk status, noe som kan ha sammenheng med at de med mer penger har råd til skjønnhetsprodukter o.l. (Murnen & Don, 2012; Bojorquez & Unikel, 2012). Generelt sett kan det se ut som at de med høy sosioøkonomisk bakgrunn er mer opptatt av å kontrollere vekten, er mer fysisk aktive og har en lavere BMI. Men lav BMI er også sett hos de med lav sosioøkonomisk status (Bojorquez & Unikel, 2012). Kroppens fremstilling og kroppsmisnøye kan ha sammenheng, hvor fokuset på den ytre kroppslige sunnheten er forskjellig fra de indre følelsene (Liimakka, 2013).

2.1.2 Kroppsbilde og alder

Kroppsbilde og selvtillit har lenge vært kjent å være et problem for yngre, men det er også vist at dette ofte varer livet ut (O’Dea, 2012). Forskere har konkludert litt forskjellig når det kommer til kroppsmisnøye hos eldre, hvor noen mener at eldre ikke har kroppsmisnøye, mens andre mener at de har det (Knight, 2012).

Funksjonalitet er en faktor som er assosiert med kroppsmisnøye. Knight nevner at media kan være en faktor for kroppsmisnøye hos eldre da det blir mer og mer reklamer for produkter som skal holde deg ung, med et sterkt fokus på å holde seg aktiv i eldre alder. I slike reklamer ser man ofte eldre personer som jogger, står på ski og lignende. Knight sier videre at slike reklamer kan ha store konsekvenser fordi funksjonaliteten ikke er like god som den var da de var yngre. Idealet de sammenligner seg med ofte er seg selv da de var yngre, noe som passer bedre med de du ser i media. Denne sosiale sammenligningen kan føre til at personen føler seg undervurdert, og kan slå ut negativt for fremtidig kapasitet (Knight, 2012). Etter hvert som man eldes vil kroppen forandres

selv om det mentale ikke forandres, og kroppen sees ofte som en refleksjon av seg selv. Dette kan gjøre det vanskelig for eldre å godta at kroppen ikke er som den en gang var (Knight, 2012).

Dårlig selvtillit, angst, depresjon og redsel relatert til kroppsmisnøye er problemer som er vist hos eldre personer, hvor de ikke lenger er i fysisk henhold til den kulturelle standarden om å være ung og pen (Knight, 2012). Kroppsmisnøye kan beskrives som en persons oppfatning av sin faktiske kropp og diskrepansen til det mentale om hvordan kroppen burde se ut i forhold til sin idealkropp (Knight, 2012). Slikt sett er kroppsmisnøye subjektivt, men resultatet av kroppsmisnøye kan gi konsekvenser fysisk, psykisk og sosialt.

2.1.3 Kropp og aldring

Vi har vært inne på funksjonalitet og jeg mener det er på sin rette plass å si litt om aldringsprosessen og det som skjer med kroppen når vi eldes.

Etterhvert som vi eldes skjer det forandringer med kroppen. Det er ukjent hvorfor kroppen eldes, men aldring involverer at organismene i kroppen gradvis svekkes helt til de dør (Withbourne, 1985). Den biologiske aldringsprosessen begynner allerede i starten av 20-årene, mens den mentale aldersprosessen starter senere, hvor eldre ofte føler seg 10–20 år yngre enn sin kronologiske alder. Men dårligere helse kan føre til en følelse av at man er eldre enn sin kronologiske alder (Clarke & Korotchenko, 2011; Aldringsprosessen, 2001). Etterhvert som vi eldes får vi mer kroppsfett, samt mindre muskelmasse, spesielt ved inaktivitet (Baumgartner et al., 1999; Marie-Pierre St-Onge et al. 2010; Han et al., 2011). Aldersrelatert muskelsvinn, eller sarkopeni er spesielt sett etter fylte 65 år og øker med alderen (Baumgartner et al., 1998; Iannuzzi-Sucich et al., 2002). Andre aldringstegn kan være dårligere kondisjon, dårligere holdning, svekkelse av syn og hørsel, rynker, grått hår og aldersflekker (Loland, 1999, s. 7; Guntvedt & Solem, 1981, s. 12). Som Tiggemann skriver i sin review artikkel fra 2004 vil det ikke være utenkelig å tro at man får større kroppsmisnøye etter hvert som man eldes med tanke på de aldersrelaterte forandringene som skjer med kroppen (Tiggemann, 2004), og Loland mener at alle disse nevnte faktorene kan påvirke ens kroppsbilde (Loland, 1999, s. 7).

Vi kan ikke stoppe aldringsprosessen, men vi vet at fysisk inaktivitet øker den generelle dødeligheten og risikoen for hjerte- og karsykdommer, aldersdiabetes og osteoporose (Hjort, 2000).

2.1.4 Fysisk aktivitet og aldring

Fysisk aktivitet defineres som ” enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk ” (Martinsen, 2011, s. 35). Mennesket er skapt for å bevege seg, og et stillesittende liv øker sykdomsrisikoen (Bahr, 2015, s. 5). Martinsen (2011) henviser til kunstneren Hamish Fulton som bestemte seg i 1973 for å bli en gående kunstner. I følge han var det beste ved å gå at tankene og innstillingene også gikk. Sitter man stille smitter dette også over på tankene, som blir til en verden som står stille (Martinesen, 2011, s. 31). Mange opplever fysisk aktivitet som godt, både fysisk og psykisk, noe som speiler seg i Fulton´s beskrivelse. Etterhvert som vi eldes vil det for mange være viktig å bruke fysisk aktivitet som forebyggende aktivitet for høyere grad av selvstendighet og livskvalitet (Bahr, 2015, s. 63).

Helsedirektoratet anbefaler voksne og eldre å være i fysisk aktivitet minst 150 minutter med moderat intensitet per uke eller minst 75 minutter med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2016). Forskning har vist at tilfredshet til eget fysiske utseende øker med alderen hos menn og kvinner som er moderat/høyt aktive. Dette var ikke sett hos personer som var lite aktive (Loland, 1999, s. 31). Loland (1999) fant også ut at menn og kvinner i alderen 30–44 og 45–67 år som var aktive var mer tilfreds med sitt fysiske utseende enn de i samme aldersspenn som var inaktive.

Fysisk aktivitet gir dokumentert effekt både fysisk, psykisk og sosialt og er en kilde til god helse og livskvalitet (Fysisk aktivitet, 2013).

2.1.5 Forholdet mellom fysisk og mental aldring

Som tidligere nevnt begynner den mentale aldringsprosessen senere enn den biologiske. Guntvedt & Solem (1981) snakker i tillegg om psykologisk og sosial alder. Psykologisk alder viser seg gjennom kjennetegn som læreevne, hukommelse, intelligens, følelsesliv, selvoppfatning og karakteristiske væremåter, men avhenger av hvor gammel en selv føler seg. Den sosiale alderen handler om sosiale kjennetegn, som for eksempel kontakt med andre og deltakelse i samfunnslivet (Guntvedt &

Solems, 1981, 13). Etterhvert som vi eldes vil det være viktig å opprettholde det fysiske, psykiske og sosiale for et godt liv.

Forskning har fokusert på tre hovedkomponenter av kroppsbilde; oppfatning, subjektive og atferds-komponenter (Loland, 1999, s. 4). Oppfatning refererer til oppfatningen av en persons kropp, som kan være personens høyde, vekt o.l., mens den subjektive delen går ut på tolkningen av hvor fornøyd eller misfornøyd man er, sett i et kognitivt perspektiv. Den tredje komponenten, atferd går på hvordan man takler de andre to komponentene. For eksempel det å unngå situasjoner hvor du må vise deler av kroppen (Loland, 1999, s. 5).

Vi har sett at kroppsmisnøye ikke bare oppstår hos den yngre generasjonen, selv om det er litt forskjellige meninger om kroppsmisnøye oppstår hos eldre og hvilke komponenter av kroppsmisnøye som er mest utslagsgivende hos den eldre garde. Jeg skal nå vise til hva forskning har funnet på kroppsmisnøye hos eldre.

2.2 Tidligere forskning på elder og kroppsmisnøye

Latorre Román et al. (2014) fant ut at høy BMI, fedme og dårlig gange hadde sammenheng med kroppsmisnøye blant eldre mennesker (over 65 år). Mennene i studien hadde signifikant høyere ganghastighet enn kvinnene mens kvinnene hadde høyere prosent av fett og mindre muskelmasse. Kvinnene scoret også høyere på kroppsmisnøye (nedre delen av kroppen) enn mennene (BSQ-34). De som hadde raskest gange hadde også lavere BMI, lavere prosent fett, mer muskelmasse og mindre kroppsmisnøye ($p < 0,05$). Det var også signifikant forskjell på BSQ-scoren ($p < 0,001$), hvor de som var klassifisert som normalvektige og overvektige følte mindre kroppsmisnøye enn fedmegruppen ($p < 0,01$). Den totale BSQ-scoren hadde positiv sammenheng med BMI og fettprosent og en negativ sammenheng med ganghastigheten.

I tillegg til at eldre kvinner ofte scorer høyere på BSQ-scoren enn eldre menn (Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2008), velger også kvinner gjerne en slank kropp som idealkroppen ved spørsmål om hva som er mest attraktivt og hvordan de helst vil se ut (Pinto et al., 2017; Ferraro et al., 2014; Lewis & Cachelin, 2001). Pinto et al (2017) (N=72) ba deltakerne (65–89 år) velge en kroppsfigur de mente var idealkroppen. 64 % valgte en figur som var tynnere enn sin egen, 4 %

valgte en figur som var større enn sin egen og 32 % valgte en figur som var lik seg selv. Det var en større utbredelse av menn som valgte en større figur enn sin egen, mens kvinner valgte en idealfigur som var tynnere enn sin egen. I forhold til mindre tilfredshet med eget kroppsbilde og BMI ser vi at flere studier har funnet ut at høyere BMI har sammenheng med større kroppsmisnøye (Pinto et al., 2017; Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2014). En Islandsk studie som undersøkte kroppsvektmisnøye fant ut at 42,7 % av de mellom 18–79 år var misfornøyde med sin egen kropp, og 71 % mente at de måtte gå ned i vekt. Kvinner var generelt mer misfornøyd med sin kroppsvekt enn menn i alle aldersgruppene, og de som var klassifisert under fedme hadde høyest kroppsvektmisnøye etterfulgt av dem under overvektklassen. Bekymring for kroppsvekt økte frem til 60 år, men minsket etter dette, bortsett for kvinner, hvor bekymringen ikke begynte å minske før alderen 70–79 år (Matthiasdottir et al., 2010).

2.3 BMI

Som vi har sett kan høyere BMI ha sammenheng med kroppsmisnøye. Dette er også sett i Kapstad et al. sin studie med et aldersspenn fra 14–60 år (Kapstad et al., 2015).

BMI (Body mass index) er et mål som blir brukt for å klassifisere om en person er undervektig, normalvektig, overvektig eller fet/fedme, og et mye brukt mål innen forskning. Under kategorien fedme har vi også fedme klasse 1, fedme klasse 2 og fedme klasse 3. BMI-en regnes ut fra personens vekt (kg) delt på kvadratroten av høyden (m^2) (WHO, 2019). Se tabell 1 for nøyaktig klassifisering

Tabell 1: Klassifisering av BMI

| BMI | Status |
|-----------|----------------|
| <18,5 | Undervektig |
| 18,5-24,9 | Normalvektig |
| 25,0-29,9 | Overvektig |
| 30,0-35,9 | Fedme klasse 1 |
| 35,0-39,9 | Fedme klasse 2 |
| >40 | Fedme klasse 3 |

BMI ble konstruert på 1900-tallet og i 1970-årene ble det konkludert med som et cirka mål for fedme og overvekts problemer. Desto høyere BMI, jo mer øker risikoen for forskjellige livsstilssykdommer (WHO, 2019; McArdle et al., 2015, s. 735). Problemet med å bruke BMI som et mål for å klassifisere om du er overvektig eller ikke er at BMI ikke tar høyde for blant annet muskelmasse, som kan føre til en høy BMI. Høy BMI kan derfor også være forårsaket av genetikk eller styrketrening. Men for en befolkningsundersøkelse eller undersøkelser av flere mennesker for å sammenligne på tvers av land, grupper, sykdommer og lignende vil BMI være et ypperlig måleinstrument (McArdle, 2015, s. 735). BMI på norsk er KMI (kroppsmasseindeks), men i denne oppgaven blir BMI brukt.

2.4 Sosioøkonomisk status

En annen variabel som ofte blir brukt i befolkningsstudier er sosioøkonomisk status.

Sosiale ulikheter måles gjerne ved yrke, utdanning og inntekt og går under sosioøkonomisk status (Definisjoner: sosiale ulikheter i helse, 2018).

Sosioøkonomisk status og helse har statistisk sammenheng, hvor bedre sosioøkonomisk status gir bedre helse. De som har lengre utdanning og bedre økonomi lever lengre og har færre helseproblemer enn de med kortere utdanning og lavere økonomi (Sosial ulikhet i helse, 2008; Sosiale helseforskjeller, 2014). Folkehelse rapporten fra 2018 viser at personer med universitet eller høyskoleutdanning har en forventet levealder på 5–6 år høyere enn personer som har grunnskoleutdanning (Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018, 2018, s. 44)

Det er interessant å se på kjønnsfordelingene for sosioøkonomisk status. SSB rapporterer at det har vært flere kvinnelige studenter enn menn siden 1993, og at menn og kvinner velger ulike fag, som påvirker arbeidsmarkedet og igjen påvirker lønn. Menn tjener statistisk sett mer enn kvinner, og faktorer som kan påvirke dette er blant annet at flere kvinner jobber deltid som ofte har lavere lønnsnivå enn heltidsstillinger. Offentlig sektor kontra privat og valg av yrke kan også påvirke lønnen (Kjønnsforskjeller i utdanning og arbeid, 2019).

Lavere sosioøkonomisk status øker også risikoen for en rekke diverse sykdommer og minsker livskvaliteten (Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018, s. 47).

En kinesisk studie fant ut at overvektige menn med lavere utdanning hadde mindre behov for en tynnere kroppsfasong enn de med høyere utdanning, mens undervektige kvinner med lav utdanning ønsket å beholde sin nåværende kroppsfasong, kontra de med høyere utdanning (Cheung et al., 2011). Matthiasdottir et al fant ut at ønske om å gå ned i vekt for de med utdanning fra universitetet var høyere for menn enn for kvinner (Matthiasdottir et al., 2010).

2.5 Helsereelatert livskvalitet

Vi har nå sett på kropp og kroppsmisnøye, men for å få en større forståelse av den siste problemstillingen i oppgaven skal vi se på helsereelatert livskvalitet.

Termen helsereelatert livskvalitet består av ” helse ” og ” livskvalitet ”, og for å få en bredere forståelse av termen som helhet vil det være greit å se nærmere på helse og livskvalitet (Karimi & Brazier, 2016).

2.5.1 Definisjoner av begrepet ”helse”

WHO definerer helse som ” A state of complete physical, mental and social well-being not merely the absence of disease and infirmity ” (WHO, 1997). Denne definisjonen har stått i over 60 år, og det er flere som mener den burde forandres (Karimi & Brazier, 2016; Brook, 2017), men det skal sies at definisjonen var innflytelsesrik under utviklingen av blant annet spørreskjemaet RAND-36 (SF-36) som blir brukt i denne oppgaven (Karimi & Brazier, 2016).

Bokmålsordboka definerer helse som legemlig (og psykisk) sunnhet og kraft, eller fysisk og psykisk sunnhetstilstand (Helse, 2018).

Norman Sartorius beskriver i sin artikkel fra 2006 at det er tre forskjellige definisjoner på helse som blir brukt. Den første er at helse er fravær fra sykdom og svekkelse. Den andre definisjonen er at helse er en tilstand som gjør det mulig for en person å tilstrekkelig takle kravene i det daglige livet. Dette innebærer også fravær fra sykdom og nedsatt funksjonsevne. Den siste definisjonen er at helse er en tilstand av balanse, en likevekt som et individ har etablert i seg selv og mellom seg selv og hans sosiale og fysiske miljø (Sartorius, 2006).

Ser vi på alle disse forskjellige definisjonene kan vi si at de er enige om at det handler om fysisk, psykisk og sosialt velvære/sunnhet, samt fravær fra sykdom.

2.5.2 Definisjoner av begrepet "livskvalitet"

Begrepet «livskvalitet» er, lik som «helse», et vidt begrep med flere forskjellige definisjoner (Karimi & Brazier, 2016). WHO definer livskvalitet som en persons oppfatning av deres posisjon i sammenheng med kulturen og verdisystemene de bor i, og i forhold til deres mål, forventinger, standarder og bekymringer. Videre skriver WHO at livskvalitet er et komplekst begrep som påvirkes av personens fysiske helse, psykologisk tilstand, tro, sosiale relasjoner og miljø (WHO, 1997).

Livskvalitet er som WHO skriver et komplekst begrep som er blitt brukt i mange forskjellige settinger som har gjort det vanskelig å sammenligne forskning og konkludere funn (Ferrans et al., 2005). For å spisse livskvalitet inn mot helse kom termen helsereelatert livskvalitet som fokuserte på effekten av helse, sykdom og behandling innenfor livskvalitet. Termen har dermed ekskludert de aspektene innen livskvalitet som går på for eksempel kultur og politikk (Ferrans et al., 2005). Ferrans et al (2005) skriver at forholdet mellom helsereelatert og ikke-helsereelatert livskvalitet kan skape et lite gap mellom termene hvor de eksemplifiserer med luftforurensning og respirasjonsproblemer, lange mørke vintrer og sesongavhengig depresjon. Ser vi det slikt vil omtrent all kroniske sykdom være påvirket av helse, altså helsereelatert (Ferrans et al., 2005).

Det finnes flere forskjellige helsereelaterte livskvalitets-modeller som brukes på forskjellige helse og sykdomsforhold, deres familier og samfunn. Helsereelatert livskvalitet er ofte dynamisk, subjektiv og flerdimensjonale som ofte inkluderer fysiske, psykologiske og sosiale faktorer (Bakas et al., 2012).

Hays & Morales beskriver i sin artikkel fra 2001 hvordan RAND-36 måler helsereelatert livskvalitet og beskriver helsereelatert livskvalitet som hvordan helsen påvirker en persons evne til å fungere og han/huns oppfattende velvære i fysiske, mentale og sosiale domener i livet (mer om spørreskjemaet RAND-36 i metodekapittelet).

2.5.3 Tidligere forskning på eldre og helserelatert livskvalitet

López-García et al., (2003) gjorde en tverrsnittsundersøkelse på 3605 spanske personer over 60 år hvor de blant annet fant ut at menn hadde en bedre helserelatert livskvalitet enn kvinner på de fleste av skalaene på SF-36. Det samme er sett i andre studier (Lima et al., 2009; Tajvar et al., 2008). López-García et al., (2003) fant også ut at fysisk funksjon var mer optimalt hos normalvektige personer enn de som var kategorisert under fedme (BMI>30). De dagligdagse fysiske funksjonene som var mest påvirket var å bøye seg, knele, bøye seg fremover, gå opp trapper og anstrengende aktiviteter. De nevnte artiklene er ikke norske.

Det ser ut som det blir rapportert om tilsvarende funn her i Norge.

En norsk studie fra 1998 gjorde en norm-basert studie på den norske befolkningen (N=2323) på helserelatert livskvalitet (SF-36). Alderen var fra 19–80 år. Kvinner scoret lavere enn menn på alle skalaene for helserelatert livskvalitet for hele aldersspennet. Dersom man sorterer på kjønn og alder fant de at menn over 70 år hadde lavest score i alle skalaene bortsett fra mental helse og vitalitet-skalaene. Alle de fysiske skalaene var påvirket av alder. Høyere alder hadde sammenheng med dårligere helse. Tre av de fysiske skalaene hadde også sammenheng med kjønn, hvor kvinner hadde dårligere helse enn menn. Kvinner rapporterte også dårligere subjektiv helse innen de mentale/psykiske skalaene enn mennene (Loge & Kaasa, 1998).

En oversiktsartikkel så på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet. Ut i fra de 42 artiklene som var inkludert konkluderte de med at fysisk aktivitet hadde en positiv påvirkning på disse livskvalitetsdomenene: funksjonalitet, generell livskvalitet, autonomi, tidligere – nå – fremtidige aktiviteter, død, fortrolighet, psykologisk, vitalitet og mental helse (Vagetti et al., 2014).

Kamal & Nambi (2017) fant ut at høyt fysisk aktivitetsnivå (gå 300 min/uka) kontra lavt fysisk aktivitetsnivå (gå 150 min/uka) har gunstig effekt på helserelatert livskvalitet. Styrketrening har også vist seg å være en prediktor for helserelatert livskvalitet. En norsk studie fra 2017 fant ut at styrketrening over en 12 ukers lang periode økte helserelatert livskvalitet (SF-12), spesielt innen domenene generell helse og fysisk rollefunksjon på menn (60–81 år) (Haraldstad et al., 2017).

Sosioøkonomisk status (lønn og utdanning) ser man utgjør en signifikant forskjell på helserelatert livskvalitet. De med en lav sosioøkonomisk status scorer også lavere på SF-36 (Lima et al., 2009;

Tajvar et al., 2008; Franks et al., 2003; Loge & Kaasa, 1998). I studien til Lima et al., (2009) fant de ut at de som hadde lengst utdanning hadde bedre helserelatert livskvalitet. Forskjellen mellom skalaene var signifikant i alle skalaer bortsett fra emosjonell rollefunksjon og sosial funksjon mellom de som hadde gått 9 år på skolen kontra mindre enn 4 år. Inntekt hadde den største forskjellen i gjennomsnittscore mellom lavest og høyest inntekt i skalaene fysisk rollefunksjon, sosial funksjon og fysisk funksjon. De fant ingen signifikant forskjell i emosjonell rollefunksjon, mental helse og kroppslig smerte – skalaene.

2.6 Oppsummering

Det kan se ut som kvinner generelt har større kroppsmisnøye enn menn uansett alder, og at høyere BMI, mindre fysisk aktivitet samt at de med høyere sosioøkonomisk status er mer opptatt av å kontrollere vekten.

Helserelatert livskvalitet er et komplekst begrep, men innen forskning ser man gjerne på det fysiske, psykiske og sosiale når man måler helserelatert livskvalitet. Det kan se ut som menn generelt rapporterer høyere helserelatert livskvalitet enn kvinner, og at høyere BMI, lavere sosioøkonomisk status og lite fysisk aktivitet kan være utfallsgivende for lav helserelatert livskvalitet.

Det kan se ut som det er lignende faktorer som påvirker både kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet.

2.7 Tidligere forskning på helserelatert livskvalitet og kroppsmisnøye

Etter en gjennomgang av litteraturen på "pubmed", oria, google scholar og nasjonalbiblioteket så det ikke ut som det var gjort noe forskning på kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet hos eldre friske personer.

Det er også få studier som har sett på sammenhengen mellom kroppsmisnøye og svekkelse i helserelatert livskvalitet i en generell befolkningsundersøkelse (Griffiths et al., 2016; Mond et al., 2013). Spesielt er det få studier som har inkludert menn (Griffiths et al., 2016).

Helserelatert livskvalitet måles ofte subjektivt gjennom fysisk, psykisk og sosiale domener, og andre studier har også sett at det gjerne er det psykiske og psykososiale innen helserelatert livskvalitet som slår mest ut når man sammenligner med de som er misfornøyde med sin egen kropp. Spesielt hos barn, ungdom og unge voksne (Duarte et al., 2015; Gouveia et al., 2014; Liimakka, 2013).

Griffiths et al. (2016) fant ut i sin studie at begge kjønn hadde en signifikant korrelasjon mellom kroppsmisnøye og den mentale scoren ($r=-0,27$, $p<0,001$) og den fysiske skalaen ($r=-0,14$, $p<0,001$). For menn var det en korrelasjon på $-0,37$ (mentale) og $-0,14$ (fysiske). For kvinner var det en korrelasjon på $-0,24$ (mentale) og $-0,11$ (fysiske). Det ble gjort regresjonsanalyse hvor de avhengige variablene utgjorde 16,1% av variansen i den mentale skalaen, og 17,7% av variansen for den fysiske skalaen. Lønn, lav BMI og alder var positivt assosiert med den mentale helseskalaen. Det viste seg også at assosiasjonen mellom kroppsmisnøye og lavere score på den mentale skalaen var høyere hos menn enn kvinner. BMI, alder og kroppsmisnøye var negativt assosiert med fysisk helserelatert livskvalitet. Lønn var positivt assosiert med den fysiske skalaen.

Ut i fra studien kan det se ut som at menn med høyere nivå av kroppsmisnøye opplever (i begrenset grad) større svekkelse i psykologisk velvære enn kvinner.

Det ble gjort lignende funn i studien til Mond et al. (2013). I den studien var det bare kvinner inkludert (gjennomsnittsalder 30,3 år), men kroppsmisnøye var assosiert med svekkelse i de mentale og psykososiale aspektene. Kroppsmisnøye ble også forbundet med noen av aspektene av fysisk helse, også etter å ha kontrollert for alder, kroppsvekt og sosiodemografiske karakteristika (Mond et al., 2013). En nylig studie fra Kina fant også ut at høyere kroppsmisnøye-nivå hadde sammenheng med svekkelse i alle de helserelaterte domenene hos barn i alderen 8–12 år (Liu et al., 2019).

3 Teoretisk rammeverk

I teorikapitlet har jeg valgt å anvende Michel Foucault (1926–1984) og Pierre Bourdieu (1930–2002) for å prøve å gi en bedre forståelse av og svar på problemstillingene. Kapitlet starter med en presentasjon av to begreper fra Michel Foucault. Et sentralt begrep i Foucaults diskusjon av menneskekroppen er makt. Han mente at kroppen til enhver tid er et produkt av maktforholdene, og han har blant annet beskrevet hvordan kroppen blir oppfattet og produsert (Skårderud, 1994, s. 157). Foucault kan derfor bidra til å gi en forklaring på hvorfor vi opplever kroppsmisnøye. Eller det kan uttrykkes som hos Loland (1999): Foucaults arbeid representerer et teoretisk perspektiv for å skjønne hvordan folk søker etter idealkroppen (Loland, 1999, s. 13). Videre vil jeg presentere Bourdieus teorier om habitus og klasse. Er det slik at personer som har samme forutsetninger opererer og tenker likt? Vi har for eksempel tidligere i oppgaven (punkt 2.1.1 og 2.4) sett at sosioøkonomisk status spiller en rolle når det kommer til både kroppsmisnøye og helse relatert livskvalitet. Det vil være interessant å bruke Bourdieus klasseteori for å prøve å få en forståelse av hvorfor det er forskjell i kroppsmisnøye hos personer med forskjellig sosioøkonomisk status.

3.1 Michel Foucault: panoptikon og det normaliserte mennesket

Begrepet "panoptisisme" eller "det å se alt", bygger på Jeremy Benthams modell, som ble et sentralt begrep hos Foucault. Jeremy Bentham så for seg en panoptikon, en bygning, som modell for hvordan en sentralmakt kan kontrollere en mye større befolkning. Bygningen er rund, og i midten er det et tårn der den kontrollerende makten sitter. Alle andre sitter i separate celler rundt, hvor de ikke kan se hverandre. De kan heller ikke se om de blir overvåket fra tårnet, og alt de i cellene vet er hva de får beskjed om (Pringle, 2007). Prinsippet om panoptikon ble introdusert som et nytt element til maktrelasjoner (Loland, 1999, s. 13). Foucault sier at "Our society is not of spectacle, but of surveillance" (henvist i Loland, 1999, s. 13-14). Vi blir utsatt for sosiale kontrollmekanismer som er fordelt og vanskelige å lokalisere (Loland, 1999, s. 14).

Et annet begrep fra Foucault er det normaliserte mennesket, hvor han mener at vi blir formet som menneske gjennom overvåkning, beskjeder og kontroll, men i liten grad av direkte tvang. Til slutt blir vi til normaliserte mennesker hvor vi tar ansvar for å overvåke og kontrollere oss selv. Dersom

dette skjer hos den enkelte uten motforestillinger, så risikerer vi å miste oss selv som menneske, som det å føle at man er noen og ha et selvstendig ”jag” (Pringle, 2007).

Som Loland (1999) skriver er det moderne samfunnet dynamisk og heterogen hvor klasse, alder, religion og lignende kan føre til forskjellige typer idealkropp (Loland, 1999, s. 14). Det er lett å forstå at det i en slik situasjon kan oppstå dyp personlig usikkerhet og kroppsmisnøye, alt etter hvor opptatt en er av å matche idealet.

For å gå dypere inn i klasseskiller skal vi ta for oss noen av Pierre Bourdieus begreper.

3.2 Bourdieus begrep ”habitus”

Pierre Bourdieus teorier er et forsøk på å beskrive hvordan og hvorfor mennesker handler som de gjør og tankene hans er beslektet med Merleau-Pontys, som jeg var inne på lenger opp (se punkt 2.1.1) (Skårderud, 1998, s. 67).

Begrepet «habitus» som sosiologisk term er ikke definert i norske oppslagsverk som f. eks. Store Norske Leksikon (SNL).

Begrepet habitus er ikke Bourdieu sitt, men han bruker begrepet som en teori om praksis (Wilken, 2008, s. 35). Begrepet er et kulturbegrep som understreker de dynamiske relasjonene mellom individet og det sosiale.

«Habitus is a term used by the French sociologist Pierre Bourdieu (1930–2002) to describe a social property of individuals that orients human behavior without strictly determining it. While habitus encompasses a sense of practical expertise, it is not a conscious expertise; rather, it may be seen as common sense. It is constituted of dispositions that are inculcated, structured, durable, generative, and transposable (see Thompson 1991, p. 12). Habitus is a state of the body and of being, a repository of ingrained dispositions that thus seem natural. Bourdieu calls this the bodily hexis, where “the body is the site of incorporated history” (Thompson 1991, p. 13; see also Bourdieu 1984, pp. 437, 466–468). Thus, habitus is purposeful without being questionable; it is transmitted but not actively taught.» (Gatson, 2019).

En mindre omfattende definisjon finnes i A Dictionary of Sociology (1998):

“Habitus A set of acquired patterns of thought, behaviour, and taste, which is said by Pierre Bourdieu (Outline of Theory and Practice, 1977) to constitute the link between social structures and social practice (or social action). The concept offers a possible basis for a cultural approach to structural inequality and permits a focus on agency. According to some critics it is also notoriously elusive. The best exposition will be found in Richard Jenkins's Pierre Bourdieu (1992).” (Habitus. A Dictionary of Sociology, 2019).

Habitusbegrepet er med andre ord ikke helt presist, men det retter oppmerksomheten mot to interagerende prosesser som er individets tilegnelse av kunnskap som gjør individet i stand til å handle meningsfullt og individets omsetning av denne kunnskapen til praktisk handling (Wilken, 2008, s. 36), eller med Bourdieus ord ”strukturert og strukturerende prinsipp for praksis” (Larsen, 1992, s. 11). Habitus er et produkt av sosialisering, hvor man ubevist tilegner seg måter å føle, tenke og handle på (Wilken, 2008, s. 37; Larsen, 1992, s. 11).

Skårderud (1998) skriver at habitusbegrepet gjør det mulig å tenke på subjekt og objekt sammen, som skaper en sammenheng mellom kulturen og kroppen (s. 67). Bourdieu (og Merleau-Ponty) mener at vår livshistorie er innleiret i kroppen og vi kan derfor ikke primært handle ut fra vår bevissthet, men fra at vi har en sosial og kulturell kropp i en verden av kropper, institusjoner og kulturer (Skårderud, 1998, s. 67).

3.3 Bourdieus begrep ”kapital”

Bourdieu mener at menneskelig handling ikke bare stammer fra habitus alene, men også noe han kaller for kapital og felt.

Kapitalbegrepet hentet Bourdieu fra Karl Marx’s teori om at makt bestemmes av materiell kapital, og mente at det finnes flere ulike former for makt i et samfunn, som er knyttet til forskjellige kapitalformer. (Wilken, 2008, s. 39). I følge Bourdieu er all sosial samhandling et spill om å akkumulere mest mulig kapital, og mener det finnes tre hovedformer for kapital: økonomisk, kulturell og sosial kapital.

Økonomisk kapital gir økonomisk makt og består av alle former for økonomiske resurser som kan investeres og gi økonomisk avkastning.

Kulturell kapital (som i motsetning til økonomisk som hovedsakelig eksisterer i en fysisk og ytre form) er hovedsakelig kroppsliggjort og internalisert og består av å mestre den dominerende kulturelle koden i samfunnet. (Aakvaag, 2008, s. 152).

Sosial kapital består i tilgang til sosiale nettverk og medlemskap i grupper, slik som familie, organisasjoner, venner, osv. som gir makt fordi disse nettverkene kan mobiliseres hvis du ønsker å oppnå noe (Aakvaag, 2008, s.153).

Kapital gir makt ved å være en resurs som kan brukes for å oppnå fordeler i det sosiale liv. Personer som sitter på mye kapital kan bruke dette til å dominere grupper og individer som har mindre kapital (Aakvaag, 2008, s. 152).

3.4 Bourdieu og klassesamfunnet

Det sosiale rom er en hierarkisk struktur av objektive sosiale posisjoner som er basert på kapitalmengde, og er utgangspunktet for Bourdieus klasses teori. De som befinner seg i samme posisjon i det sosiale rom hører også til i samme klasse. Bourdieu opererer med tre klasser; den dominerende klassen, middelklassen og den dominerte klassen. Forholdet mellom disse klassene er basert på konflikt hvor de tre klassene ønsker å forsvare/og eller forbedre sin posisjon. Det sosiale rom er altså klassestrukturen i helhet i et samfunn.

3.5 Bourdieus begrep "sosiale felt"

Et sosialt felt beskriver Aakvaag (2008) som en sfære, arena og institusjon innenfor det sosiale rom (Aakvaag, 2008, s. 155). Et felt (vitenskapelig felt, økonomisk felt osv.) er som det sosiale rom objektivt, som betyr at de eksisterer og påvirker aktørene selv om aktørene ikke er bevist selv. Posisjonene er hierarkiske som baserer på over og underordning, og posisjonenes innhold og mening er bestemt av relasjonen til andre sosiale posisjoner i feltet (Aakvaag, 2008, s. 155).

Gjennom habitus blir en klasses praksis systematisert. Ulike klasser har forskjellige habitus, fordi de er vokst opp under forskjellige forhold, og Bourdieu hevder at folk som befinner seg i samme posisjon i det sosiale rom vil utvikle nokså like væremåter og interesser, slik at de er disponert for samarbeid og felleskap (Aakvaag, 2008, s. 153; Larsen, 1992, s. 12).

Hovedforskjellene mellom det sosiale rom og et sosialt felt er at posisjonene i det sosiale rom er basert på mengde og sammensetning av de generelle kapitaltypene (økonomisk, kulturell og sosial kapital), mens posisjonene i et sosialt felt er bestemt av mengden en aktør sitter på de feltspesifikke kapitalene. Hvert felt har sin egen type kapital, som betyr at det vitenskapelige felt er basert på vitenskapelig kapital (Aakvaag, 2008, s. 155). Kapital i følge Bourdieu gir innflytelse på felt. En professor innen et fagfelt kan påvirke studentene gjennom undervisning og påvirke fagets utvikling (Aakvaag, 2008, s. 155). Innenfor et felt er det bare feltets egen kapital som gir innflytelse. En høy posisjon innen for eksempel det vitenskapelige felt krever at man utdanner seg, publiserer artikler osv.

I likhet med det sosiale rom er det også konflikter i de sosiale feltene. Bourdieu beskriver to hovedstrategier som aktørene i et sosialt felt har. Det første er å tilegne seg mest mulig gjeldene kapital i feltet. Det andre er å forsøke å redefinere hva som skal gjelde som kapital i et felt (Aakvaag, 2008, s. 156).

4 Metode

Vitenskapelige metoder kan betraktes som systematiske og planmessige fremgangsmåter for å etablere pålitelig kunnskap og holdbare teorier innenfor et fagområde (Grønmo, 2004, s. 41)

Jeg valgte å tilnærme meg disse problemstillingen med kvantitativ metode, gjennom en spørreundersøkelse. Jeg fikk inn 134 besvarelser. Av disse var det fire som ikke hadde fylt ut kjønn og derfor ikke kunne brukes. Undersøkelsen er en analyse av 130 besvarelser.

4.1 Kvantitativ versus kvalitativ metode

Emnet for oppgaven kan ligge til rette for kvalitativ metode, for eksempel dybdeintervjuer av enkeltpersoner eller grupper. Men samtidig ønsker jeg å undersøke en noenlunde ensartet større gruppe. Det er nødvendig å undersøke en større gruppe for å skjønne hva som er allment og felles for denne gruppa, og hva som representerer avvik. Hvis ikke gruppen er noenlunde ensartet, så går det ikke å trekke sammenligninger og sammenligne svarene. Man må ha en gruppe som er ytre sett homogen nok til at det går å verdsette heterogeniteten i svarene.

Det er også viktig å isolere og beskrive en gruppe som fyller rammekriteriene. Primærkriteriet er alder, men i tillegg har jeg valgt å bruke geografi (Oslo-området) og aktivitetstype (bruker treningssenter). Dette har jeg gjort for å få en gruppe som er liten nok til å være håndterlig innenfor et masterprosjekt.

En kunne selvfølgelig utført prosjektet med en kvalitativ tilnærming, men siden det virker som det ikke er gjort lignende forskning på denne gruppen tidligere mener jeg at det vil være mer interessant med en befolkningsundersøkelse av en større gruppe enn individuelle intervjuer.

Kvantitative metoder refererer til begrepet kvantitativ som er egenskapene til de dataene som man samler inn og analyserer. Kvantitative data uttrykkes i form av rene tall. Samfunnsvitenskapelige studier betraktes derfor for kvantitative dersom de bygger på kvantitative data (Grønmo, 2004, s. 22).

For dette forskningsprosjektet var det ønskelig å få mest mulig informasjon på flere områder. For datainnsamlingen ble det brukt 1) standardiserte spørreskjemaer, 2) frivillige respondenter, 3) selvrapportering.

4.2 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for denne oppgaven var at deltakerne er over 60 år og trener på et treningssenter lokalisert i Oslo og Bærum. Det var ingen kriterier om hvordan type trening du drev med, heller ingen kriterier på hvor ofte du måtte trene. Hvilket treningssenter du trener på har heller ikke noe å si, men det ble hovedsakelig tatt kontakt med treningssentre som informerte på sin hjemmeside at de hadde seniortimer.

Det er viktig å nevne at det ikke ble spurt om sykdom/skader eller tidligere sykdommer/skader. Dette kan absolutt ha en påvirkning på resultatet, men er valgt å bli ekskludert i denne oppgaven. Derfor går alle deltakerne under ”samme kamm”, som normalt friske personer over 60 år som trener på et treningssenter.

4.3 Innsamling

Det ble sendt ut mail til rundt 50 forskjellige treningssentre i Oslo og Bærum i starten av oktober 2018 med informasjon om studien og hvordan det var ønskelig å gjennomføre det. Utlevering og innsamling var tenkt til november 2018. Svarprosenten var lav, og det var flere som takket nei til å delta. I desember var det tre treningssentre som hadde sagt ja til å delta, som førte til 29 utfylte spørreskjemaer. Etter en så lav svarprosent ble mailen fulgt opp ved telefon, samt at andre treningssentre ble ringt opp. Dette førte til at det alt i alt var 6 treningssentre som sa ja til å være med på studien. Disse 6 treningssentrene var lokalisert i Oslo.

Noen av treningssentrene ønsket å dele ut selv, mens andre ønsket at jeg møtte opp og delte ut selv. Jeg fant fort ut at jeg fikk fler svar om jeg møtte opp selv. De fleste treningssentrene hadde seniortimer hvor deltakerne var over 60 år. Dette gjorde det mye lettere da jeg kunne møte opp på disse timene. Jeg fikk enten komme i starten av timen eller etter timen og informere om

forskningsprosjektet. Noen ønsket å ta med skjemaet hjem og fylle ut der, men de fleste ble igjen, tok seg en kopp kaffe og fylte ut der og da. Jeg var alltid til stede, slik at de kunne spørre om det var noe de lurte på. Noen av de daglige lederne var så hjelpsomme at vi gikk rundt på treningssenteret og spurte personer over 60 år om de ville delta.

I februar var det kommet inn 134 spørreskjemaer og utlevering og innsamling ble avsluttet.

4.4 Spørreskjema

Det ble brukt anonymiserte spørreskjemaer i papirformat for å samle inn dataene. Ved bruk av papirformat blir det mer jobb som forsker fordi forskeren må punche alle dataene selv. Men for denne gruppen (personer over 60 år) kan det være enklere med spørreskjema i papirformat enn på nett. I selve informasjonsskrivet til spørreskjemaet valgte jeg å betrakte spørsmålet om kroppsmisnøye som en deduksjon av de dataene som kommer frem av materialet. Det står derfor ikke konkret at jeg vil undersøke kroppsmisnøye.

Spørreskjemaer med faste oppgitte svaralternativer på forhånd innebærer en standardisering, som gjør at man kan se likheter og variasjoner på respondentenes svar. Denne standardiseringen gjør det også mulig å generalisere resultatet fra utvalget til populasjon (Johannessen et al., 2010, s. 259).

Johannessen et al. (2010) skriver at noen vil mene at data som måles og tallfestes ved hjelp av spørreskjemaer kan regnes som objektive og pålitelige (s. 259), og er enige om at for noen variabler kan dette stemme, slik som BMI, alder, utdanning og inntekt osv. Men at det i andre tilfeller ikke gir noe mer riktig inntrykk av virkeligheten enn for eksempel kvalitative intervjuer (Johannessen et al., 2010, s. 259-260).

Spørreskjemaet består av 57 spørsmål fordelt på 8 sider og tar rundt 10 minutter å fylle ut. Spørreskjemaet er delt inn i tre deler, hvor første del er utviklet med bakgrunn fra HUNT-undersøkelsen (NTNU, 2019), mens de to siste delene er standardiserte spørreskjemaer som går på kroppsmisnøye og helse relatert livskvalitet (se vedlegg). I de følgende tre underpunktene vil jeg kommentere de tre skjemadelene.

4.4.1 Første del – bakgrunnsopplysninger

Den første delen spør om bakgrunnsopplysninger som går på kjønn, alder, vekt, høyde, utdanning, inntekt og mosjonsvaner. Spørsmålene om kjønn, alder, vekt og høyde har konkrete svar, mens de resterende spørsmålene har flervalgssvar.

Det ble spurt om informantens høyeste fullførte utdanning. Standard inndeling ble brukt:

- Mindre enn 10 års grunnskole
- 10 års grunnskole
- Videregående skole (inkludert gymnas og yrkesskole)
- Universitet eller høyskole (inntil 4 år)
- Universitet eller høyskole (mer enn 4 år)

Inntekt ble formulert til husholdningens samlede bruttoinntekt det siste året. Det ble også lagt til at hvis du/din partner er pensjonist skal man krysse av på den samlede bruttoinntekten siste året før du/din partner ble pensjonert. Grunnen til at det ble spurt om siste året før du ble pensjonert, var for å få en bedre sammenligning, da pensjonister gjerne har en lavere bruttoinntekt. Med tanke på kjønnsfordeling kan det hende at kvinner som rapporterer høyere lønn har en mann som tjener mye mer enn henne og omvendt. Dermed kan jeg ikke si noe sikkert om kjønnsfordelingen for inntekt.

Valgene så slik ut (standard inndeling):

- Under 150.000 kr
- 150.000 – 250.000 kr
- 250.000 – 250.000 kr
- 351.000 – 450.000 kr
- 451.000 – 550.000 kr
- 551.000 – 750.000 kr
- 750.000 – 1.000.000 kr
- 1.000.000 – 1.500.000 kr
- Over 1.500.000 kr

Spørsmålene om mosjon var delt i tre (se vedlagt spørreskjema for svaralternativer)

- Hvor ofte driver du med mosjon?
- Dersom du driver slik mosjon så ofte som en eller flere ganger i uka: Hvor hardt mosjonerer du?
- Hvor lenge holder du på hver gang?

4.4.2 Andre og tredje del av spørreskjemaet

Andre del handler om hva du føler i forhold til eget utseende, mens tredje del går på helserelatert livskvalitet. Begge de standardiserte spørreskjemaene er mye brukt, både internasjonalt og her i Norge (Hays & Morales, 2001; Kapstad et al., 2015). Det vil bli gått dypere inn i disse to spørreskjemaene under (punkt 4.5.2 og 4.5.4).

4.5 Instrumenter

4.5.1 Hvordan måle kroppsmisnøye

Det er mange mulige måter å måle kroppsmisnøye og flere forskjellige instrumenter. Det blir ofte brukt kroppstegninger, hvor deltakeren velger en kroppstegning som h*n mener ligner på sin egen kropp, idealkroppen og ønskelig kropp (O'Dea, 2012). Men de fleste selvrapporteringskjemaene vurderer ikke kroppsbildekonstruksjonen i henhold til konseptualiseringen av kroppsbilde som en flerdimensjonal konstruksjon (Kapstad et al., 2015). Derfor ble Body Shape Questionnaire (BSQ) skapt.

4.5.2 BSQ-14 (Body Shape Questionnaire)

BSQ-14 er et selvrapporterende spørreskjema for å måle kroppsfasongmissnøye forårsaket av følelser av å være fet (Kapstad et al., 2015; Pook et al., 2008; Ghaderi et al., 2004). BSQ består av separerte spørsmål med en 6 punkts skala til hvert av spørsmålene (fra "aldri" til "alltid") (Cooper et al., 1987). Spørsmålene i spørreskjemaet stammer opprinnelig fra semistrukturerte intervjuer om erfaringer om å "føle seg fet" som ble gjort på forskjellige grupper av kvinner, inkludert pasienter

med anorexia nervosa og bulimia nervosa. Senere ble intervjuene tatt opp og transkribert, og videre organisert i kategorier, som utgjør spørreskjemaet (Cooper et al., 1987).

Opprinnelig består BSQ av 34 spørsmål, men i senere tid har det kommet flere kortere versjoner, som også er blitt oversatt til flere språk, blant annet norsk (Kapstad et al., 2015; Evans et al., 1993; Cooper et al., 1987). Flere studier er enige om at BSQ har gode psykometriske egenskaper og kan brukes til både klinisk og ikke-klinisk forskning, også på menn (Kapstad et al., 2015; Ghaderi et al., 2004). Den norske versjonen har 14 spørsmål som måler kognitive følelser og konsekvenser av kroppsstørrelse og kroppsforms bekymringer de siste to ukene. Det er denne versjonen som brukes i denne oppgaven. Scoren blir lagt sammen (1-6) som resulterer i en score fra 14 til 84, hvor høyere score indikerer en større bekymring for sitt eget kroppsbilde (Kapstad et al., 2015).

Problemet med å bruke dette spørreskjemaet er at man ikke får med den gruppen som er misfornøyd med sin egen kropp fordi man er for tynn eller lignende. Dette spørreskjemaet er ofte brukt i anledning for å kartlegge personer med spiseforstyrrelser og dem i risikogruppen for spiseforstyrrelser (Kapstad et al., 2015). Dette gjør at man kan argumentere for at spørreskjemaet burde bli brukt på nettopp personer som er i en risikogruppe for spiseforstyrrelser, noe som ikke var formålet i denne studien. Allikevel er dette spørreskjemaet også brukt til andre formål enn klinisk forskning, som i min studie (Kapstad et al., 2015; Ghaderi et al., 2004). Når man svarer på spørsmålene i spørreskjemaet skal man svare i forhold til de siste to ukene, noe som understreker det at spørreskjemaet ofte brukes i institusjoner og lignende, men det kan argumenteres for at kroppsmisnøye sannsynligvis ikke er noe man får i løpet av to uker.

En annen kjent måte å måle kroppsmisnøye på er ved kroppstegninger, hvor respondenten velger det han eller hun mener er mest likt sin nåværende kropp, og kroppen han eller hun skulle ønske de hadde (O'Dea, 2012). I tillegg finnes det spørreskjemaer som blant annet body checking questionnaire (BCQ) som også er oversatt til norsk, med 23 spørsmål (Reas et al., 2009; Reas et al., 2002). BCQ spørreskjemaet måler kroppssjekkingsvaner relatert til utseende generelt, spesielle kroppsdeler og idiosynkratisk sjekking (Reas et al., 2009; Reas et al., 2002).

Hvorfor valgte jeg BSQ-14 i denne oppgaven? BSQ-14 er et relativt kort og enkelt spørreskjema på norsk, og som et av flere spørreskjemaer som utgjør hovedspørreskjemaet mener jeg at BSQ-14 er

ypperlig. Denne oppgaven retter kroppsmisnøyefokuset på det å være for stor, eller fet, noe som ofte er en gjenganger når man snakker om at man er misfornøyd med sin egen kropp (Pinto et al., 2017; Latorre Román et al., 2014; Matthiasdottir et al., 2010; Ferraro et al., 2008; Lewis & Cachelin, 2001).

4.5.3 Hvordan måles helsereelatert livskvalitet?

Livskvalitet oppleves hovedsakelig subjektivt, som betyr at det ikke kan observeres, og derfor blir det ofte brukt spørreskjemaer for å måle livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2004, s. 35). Vi har globale, helsereelaterte og sykdomsspesifikke livskvalitetsskjemaer, hvor de globale retter seg mot en generell vurdering av tilværelsen, de helsereelaterte fokuserer på opplevelse av generelle helseaspekter, og de sykdomsspesifikke, som er designet mot en spesiell sykdom (Hays & Morales, 2001; Wahl & Hanestad, 2004, s. 40).

Det finnes altså mange forskjellige spørreskjemaer som utforsker livskvalitet med flere ulike perspektiver og innhold. De fleste spørreskjemaene inkluderer spørsmål om fysisk, psykisk og sosiale aspekter. Denne oppgaven er ikke ute etter sykdomshistorie/sykdomsbilde, ei heller en generell vurdering av helsen. Derfor ble det valgt det mest brukte generiske helsereelaterte livskvalitetsskjemaet både internasjonalt og i Norge, RAND-36. Generiske spørreskjemaer designes slik at de kan brukes på alle (Hays & Morales, 2001).

I RAND-36 er det spørsmål om funksjon som kan måles objektivt ved hjelp av forskjellige instrumenter, men den mentale-delen er mer subjektiv (Hays & Morales, 2001).

4.5.4 RAND-36 (SF-36)

RAND-36 er et generisk helsereelatert livskvalitetsspørreskjema som består av 36 punkter (11 spørsmål) og vurderer fysisk og psykisk helse ut i fra åtte helsereelaterte domener. Disse åtte domenene er fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon (FR), emosjonell rollefunksjon (ER), sosial funksjon (SF), mental helse (MH), vitalitet (VT), kroppslig smerte (KS) og generell helse (GH) (Hays & Morales, 2001). Går vi tilbake til definisjonen av helsereelatert livskvalitet (punkt 2.5.2) ser vi at det inkluderer fysiske, sosiale og psykiske domener. Den funksjonelle delen inkluderer aktiviteter som går på selvpleie, som det å kle på seg, bade osv., samt arbeidsrelaterte aktiviteter som jobb og husarbeid.

Spørsmålene om hvordan personen samhandler med familie og venner går på det sosiale, og den psykiske delen har spørsmål som går på følelser, som om personen er trist, føler deg full av liv, føler deg glad osv. (Hays & Morales, 2001). De åtte domene kan også grupperes inn i to komponenter: Fysisk og psykisk/mental. Spørsmålene som går på fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, kroppslige smerter og generell helse aggregerer en fysisk helsestatus-sum, mens vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon og mental helse aggregerer en psykisk helsestatus-sum. (Loge & Kaasa, 1998; Ware et al., 1994).

RAND-36 som er brukt i denne oppgaven er identisk med spørsmålene i SF-36 (Garratt & Stavem, 2017), som ble konstruert for å brukes i Medical Outcomes Study (MOS). I denne oppgaven blir termen RAND-36 brukt.

MOS var en 2 års observasjonsstudie som ble designet for å forstå hvordan spesifikke komponenter av helsesystemet påvirket utfallet av omsorg (Tarlov, 1989). De fleste punktene er hentet fra instrumenter som har blitt brukt i over 40 år, og spørreskjemaet er oversatt til flere språk, med gode psykometriske egenskaper (Ware & Sherbourne, 1992; Gandek et al., 1998; Loge et al., 1998; Sullivan & Karlsson, 1998; Hays & Morales, 2001). Spørreskjemaet er for personer over 14 år og flere studier har inkludert personer over 60 år (Jacobsen et al., 2018; Obidoa et al., 2010; Loge et al., 1998).

Selv om de 36 punktene i RAND-36 er identiske med dem i SF-36, er det allikevel en forskjell på scoringsprosedyren. Den som blir brukt her er den som er anbefalt for RAND 36 1.0, som er beskrevet på RAND sin hjemmeside (RAND, 2018). Alle punktene har en score som går fra 0 til 100, hvor en høyere score indikerer en bedre helsestatus. Det ble brukt en ferdig syntaks for å analysere resultatene (se vedlegg 5). Under (tabell 2) er det en beskrivelse av de åtte domene i RAND-36. Det var ønskelig å finne ut om kroppsmisnøye har noe å si for den helserelaterte livskvaliteten. Kroppsmisnøye sees gjerne i fysiske, psykiske og sosiale aspekter (Knight, 2012), noe RAND-36 måler gjennom de åtte domene. De studiene som er tatt med som ser på kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet måler den helserelaterte livskvaliteten gjennom fysiske og psykiske aspekter med RAND-36. Det må nevnes at de fleste av disse studiene har aggregert de åtte domene til to skalaer, fysisk og psykisk, noe som ikke er gjort i denne oppgaven. Grunnen til at jeg beholdt de åtte domene i stedet for å lage to skalaer er fordi den opprinnelige norske

normstudien fra 1998 ikke hadde gjort dette, noe som gjør det lettere å sammenligne mine funn med normdataene (Loge & Kaasa, 1998). Samtidig er det gitt gode instruksjoner for hvilke domener som hører til i den fysiske og psykiske skalaen, som gjør at jeg i denne oppgaven fortsatt kan sammenligne med studiene som har lagd egne skalaer for fysisk og psykisk helse relatert livskvalitet. Et viktig poeng som det er vært å ta opp med dette spørreskjemaet er at flere av spørsmålene er innenfor fire uker. Derfor kan det være at flere av respondentene enten har generelt bedre eller dårligere helse enn det de rapporterte. Ved innsamling av skjemaene var det flere som kom bort til meg og sa at de for eksempel hadde fått en skade i løpet av de siste fire ukene, som gjør at det fysiske er dårligere enn det det kanskje var for fire uker siden, og at det muligens vil være bedre om noen uker igjen.

Tabell 2: Beskrivelse av de åtte domene i RAND-36

| Domene | Lavest mulig score | Høyest mulig score |
|--------------------------|--|--|
| Fysisk funksjon | Svært avgrenset utføring i alle fysiske aktiviteter, inkludert å vaske seg og kle på seg | Utfører alle typer av fysiske aktiviteter, inkludert å delta i krevende idrett |
| Fysisk rollefunksjon | Har problem med å gjennomføre arbeid og andre daglige gjøremål på grunn av den fysiske helsa | Ingen problem med å gjennomføre arbeid eller daglige gjøremål |
| Kroppslige smerter | Sterke smerter som avgrenser aktivitet i stor grad | Ingen smerter eller avgrensinger på grunn av dette |
| Generell helse | Evaluerer helsa som dårlig og tror den blir verre | Evaluerer helsa som utmerka |
| Vitalitet | Føler seg trøtt og utmatta hele tiden | Føler seg full av energi og tiltakslyst |
| Sosial funksjon | Svært avgrenset sosial omgang grunnet fysisk helse eller problem med følelser | Har normal sosial omgang uten avgrensinger |
| Emosjonell rollefunksjon | Har vansker med å utføre arbeid eller daglige aktiviteter grunnet problem med følelser | Har ingen vansker med å utføre arbeid eller daglige aktiviteter |
| Mental helse | Føler seg nervøs og deprimert hele tiden | Føler seg tilfreds, glad og rolig heile tida |
| Ekstraspørsmål | | |
| Helseendring | Mener den generelle helsa er mye verre enn for ett år siden | Meiner den generelle helsa er mye bedre enn for ett år siden |

(Aasprang et al., 2008)

4.6 Spørreskjema som metode

Relasjonen mellom vitenskap og samfunn kan skape problemer for et forskningsprosjekt. Kontrolleffekt eller reaktivitet er et metodologisk problem hvor individer/grupper blir påvirket av gjennomføringen av forskningen, som kan skape et unøyaktig bilde av hvordan det egentlig er (Grønmo, 2004, s. 21). Undersøkingen hviler på selvrapportering fra frivillige. Man kan si at det mest pålitelige er det subjektive selvet som forteller om BMI, alder og sosioøkonomisk status, mens det er mye annet som er selvrapporert anslag basert på opplevelse og følelse. SSB skriver at forskning har avdekket mange potensielle feilkilder, som at spørsmål kan være ledende eller stiller for store krav til hukommelsen. Dette kan skape problemer ved målinger av for eksempel subjektiv livskvalitet, men samtidig er det mye som tyder på at subjektiv måling kan være tilstrekkelig pålitelige og dekkende (Kan det gode liv måles?, 2016), og slik som spørreskjemaene som er tatt med i denne oppgaven som måler følelse og opplevelse har vært nøye testet (Loge et al., 1998; Kapstad et al., 2015).

I dette forskningsprosjektet ble det informert om at alt ble anonymisert, og noen valgte å ta med spørreskjemaet hjem og fylle det ut der. Allikevel var det noen som fylte det ut mens de satt sammen med andre, som kan ha påvirket svaralternativene.

4.7 Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjort med IBM, SPSS Statistics (Statistics Package for the Social Sciences) versjon 25 for MAC, og utforming av tabeller ble gjort i Microsoft Excel 2017 for MAC, versjon 15.39.

Det ble brukt deskriptive analyser for beskrivende statistikk. Variablene kjønn, alder, BMI, utdanning og inntekt, samt spørsmålene om mosjon blir presentert i antall og prosent. For BSQ-14 og RAND-36 blir dataene presentert i gjennomsnitt og standardavvik for kvinner, menn og hele utvalget. Den statistiske signifikante verdien er satt til 0,05 i denne oppgaven (Pripp, 2015).

4.7.1 Mann-Whitney-Wilcoxon (MWW)

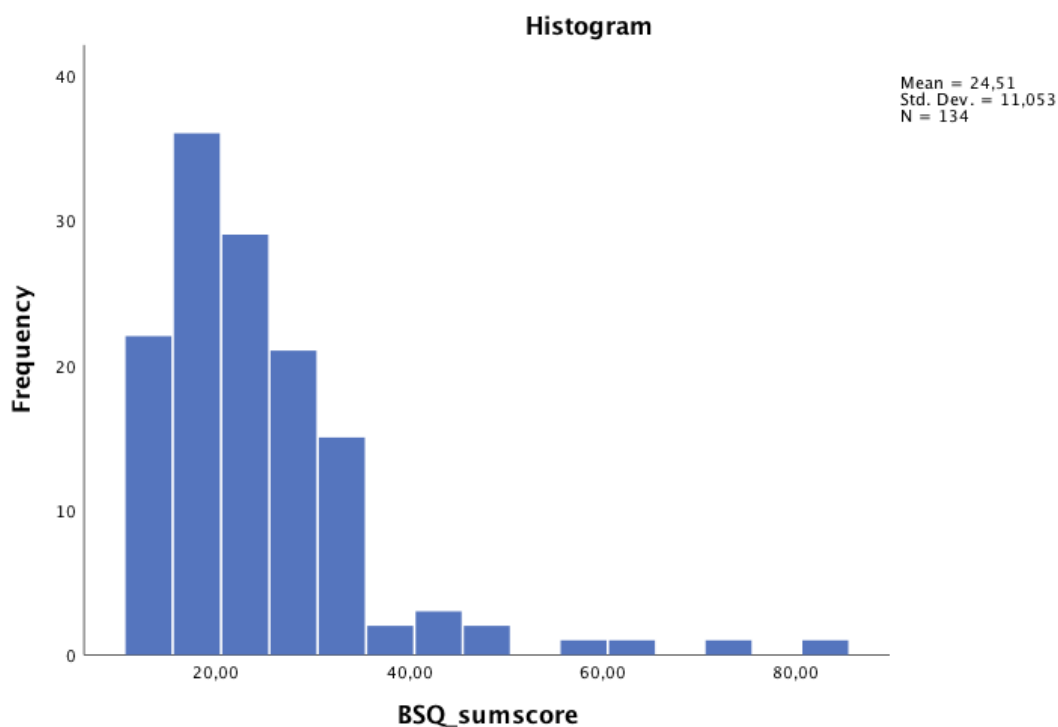
For å se om det var statistisk signifikant forskjell for kvinner og menn på noen av variablene ble det utført en MWW-test. Denne teknikken tester forskjellen mellom to uavhengige grupper og et kontinuerlig mål og er det ikke-parametriske alternativet til en T-test (Students t-test) (Pallant, 2007, s. 220). MWW sammenligner medianen og konverterer scoren til den kontinuerlige variabelen til rang (eng. "rank") gjennom to grupper og så evaluerer om rangeringen (eng. "ranking") for de to gruppene er signifikant forskjellige (Pallant, 2007, s. 220). Det er en signifikant forskjell på gruppene om p-verdien er under 0,05.

BSQ-14 ble sjekket for normalfordeling med histogram og Q-Q plot. Det var en stor positiv skjevhet i BSQ-14 og det ble prøvd en logtransformering av dataene. Dataene var heller ikke tilnærmet normalfordelte etter logtransformeringen. Derfor ble det brukt ikke-parametrisk korrelasjonsanalyse som ble undersøkt med Spearman rangkorrelasjon.

4.7.2 Korrelasjonsanalyse

Korrelasjon betyr statistisk sammenheng mellom to variabler, og korrelasjoner brukes for å beskrive styrken og noen ganger retningen av sammenhengen (Pallant, 2007, s. 126; Midtbø, 2007, s. 47; Ringdal, 2007, s. 199). Pearson correlation coefficients (r) er det mest kjente korrelasjonsmålet for metriske variabler (Midtbø, 2007, s. 51), og går fra -1 til +1, som indikerer om det er en negativ (-) eller positiv (+) korrelasjon. En positiv korrelasjon betyr at hvis en variabel øker, vil den andre variabelen også øke, mens en negativ korrelasjon betyr at når en variabel øker, vil den andre variabelen minske. Den absolutte verdien indikerer styrken på sammenhengen uavhengig av – eller + foran. \pm indikerer bare om retningen på sammenhengen, ikke styrken (Pallant, 2007, s. 126, 132), som betyr at jo nærmere verdien ligger ± 1 desto sterkere er korrelasjonen (Midtbø, 2007, s. 52). Ringdal (2007) skriver at ekstremverdier kan påvirke r , og at de kan skape problemer (s. 304).

Figur 1: Histogram for BSQ-14 score (tatt fra SPSS)



I dette tilfelle er dataene ikke normalfordelte, og det blir anbefalt å bruke Spearmans korrelasjonskoeffisient (Pripp, 2018). Pallant (2007) skriver at tolkningen av output i SPSS for Pearson og Spearman er lik (s. 131).

Spearman rangkorrelasjon ble brukt for å se om det var noen sammenheng mellom BSQ-14 summen og variablene BMI, alder, utdanning, inntekt og de åtte delscorene i RAND-36.

Spearman rangkorrelasjon er et spesialtilfelle av Pearson r og ble utviklet for å måle korrelasjonen mellom to rangvariabler (Ringdal, 2007, s. 308). Spearmans korrelasjonskoeffisient er basert på verdiene til den relevante rangeringen av observasjonene og ikke de observerte verdiene som i Pearson (Pripp, 2018).

Hvor sterk er relasjonen? Pallant (2007) henviser til Cohen (1998, s. 79-81) som foreslår styrken ut i fra r:

- Svak styrke ($r=0,10$ til $0,29$),
- medium styrke ($r=0,30$ til $0,49$)
- sterk styrke ($r=0,50$ til $1,0$)

(Pallant, 2007, s. 132).

4.7.3 Regresjonsanalyse

Korrelasjonsanalyse avdekker samvariasjon mellom variabler, mens regresjonsanalyse skiller mellom variabler som forklarer og variabler som blir forklart. Regresjonsanalyse ser på styrken og årsakseffekten (Midtbø, 2007, s. 73). Etter å ha tatt en korrelasjonsanalyse var det interessant å se hvilke av de statistisk signifikante korrelasjonene som hadde størst påvirkning på BSQ-14 summen. Regresjonsmodellens forutsetninger er blant annet at residualene er normalfordelte, og om det er svært skjeve fordelinger av enten Y eller residualene vil det være problematisk (Ringdal, 2007, s. 380).

For å gjøre en regresjonsanalyse ble det laget en dummy-variabel for BSQ-14 sum for å se hvilke av de signifikante uavhengige variablene som bidrar mest for å forklare de høyeste scorene av BSQ-14 summen (over den 75. persentil). BSQ-14 summen rangerer fra 14 til 84 og cut - off point for den 75. persentilen ble satt til 29 poeng. Av hele utvalget var det 34 som hadde en BSQ-14 sum over 29.

Den logistiske regresjonsmodellen viser altså hvilke uavhengige variabler som forklarer BSQ-14 summen for deltakerne som hadde en score over 29. Det kan virke som det ikke er helt klart hvordan man skal klassifisere styrken på bekymringen ut i fra scoren på BSQ-14 (Evans, 2017), men i denne oppgaven er det som nevnt, de som scorer over 29 som de uavhengige variablene blir målt opp mot. Det var ikke funnet noen andre studier som brukte BSQ-14 og lagde cut off på den 75. persentilen. Dermed blir det vanskelig å sammenligne regresjonsanalysen.

Logistisk regresjon er ofte brukt i samfunnsfag og medisin for å studere utfall eller handlingsvalg (Ringdal, 2007, s. 420). Den enkleste varianten av logistisk regresjon (som blir brukt i denne oppgaven) er basert på at Y er en dummy-variabel (0-1) (Ringdal, 2007, s. 407).

4.7.3.1 Logistiske regresjonskoeffisienter

Logitskalaen er som i en vanlig regresjon hvor B angir endringene i den predikerte logiten ved at X endres med en måleenhet, kontrollert for de andre variablene i modellen. (Ringdal, 2007, s 414). I en logistisk regresjon er det den avhengige variabelen som er logiten (Ringdal, 2007, s. 409). Ringdal mener at problemet med logitskalaen er at den bare gir overflatiske tolkninger, og sier videre at for logitskalaen er det fortegnet (+/-) og den statistiske signifikanten som er relevant.

Koeffisientene i oddskalaen går dypere og antilogaritmen av den logistiske regresjonskoeffisienten er en oddsratio (Ringdal, 2007, s. 414). I output vinduet i SPSS er Exp(B) antialgoritmen. Hvis oddsratioen er mindre enn 1 er oddsen lavere for den uavhengige variabelen, hvis den er større enn 1 er oddsen større for den uavhengige variabelen (Ringdal, 2007, s. 414). Oddsen blir gjerne presentert i prosent (%): $((OR-1)100)$.

4.8 Etiske betraktninger

For forskningen gjelder generelle lover for menneskerettigheter. Forskningen skal verne personer, sikre frihet og selvbestemmelse. I tillegg skal man respektere privatliv og familieliv, og beskytte mot skade og ande belastninger (Torp, 2016). "Forskning kan fremme menneskeverd, men også true det" (Torp, 2016). Dette betyr at forskeren må vise respekt for menneskeverdet ved valg av tema, ovenfor de som deltar i forskningsprosjektet og når resultatene blir formidlet og/evt. publisert. Forskeren har ansvar for å informere deltakerne om forskningsprosjektet. Dette gjelder alt fra hva det handler om til hvem som vil få tilgang til informasjonen (Torp, 2016). Punkt 8 (samtykke og informasjonsplikt) sier at hvis forskningen omhandler personopplysninger må forskeren både informere og innhente samtykke fra dem som deltar eller er gjenstand for forskningen (Torp, 2016). I denne oppgaven er det blitt delt ut anonymiserte spørreskjemaer i papirformat, hvor deltakerne er blitt informert om hvilken mastergrad jeg tar og hva studien handler om.

I følge NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) sine nettsider skal forskning som behandler personopplysninger meldes inn til NSD for godkjenning. Det er ingen form for personlige opplysninger som gjør at man kan spore tilbake til den enkelte. I tillegg er treningssentrene anonymiserte. Det er også valgt papirformat på spørreskjemaene for å unngå oppsporing via IP-adresser o.l. (NSD, 2018).

5 Resultater

5.1 Deskriptiv analyse

Beskrivelse av dataene ble gjort med deskriptiv statistikk (tabell 4). For variablene kjønn, alder, BMI, utdanning, inntekt og mosjon blir resultatene presentert i antall og prosent. Resultatene for BSQ-14 og RAND-36 blir presentert i gjennomsnitt (mean) og standardavvik (SD).

I denne studien var det 134 deltakere, men fire stykker hadde ikke fylt ut kjønn, N=130. Det var over dobbelt så mange kvinner enn menn (98 og 32 respektivt), med en gjennomsnittsalder på 73,56 (SD=5,42) for kvinner og 74,81 (SD=6,33) for menn. For hele utvalget rangerte alderen fra 63 år til 87 år.

Menn hadde en signifikant høyere BMI enn kvinner (MWW, $p=0,011$) med en gjennomsnitts BMI på 24,66 for menn og 23,63 for kvinner. Det ble laget fire kategorier for BMI som ble delt inn i undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. De fleste befant seg under kategorien normalvektig, både for kvinner og menn, men i overvekts klasse var det flere menn enn kvinner som befant seg prosentvis.

5.1.1 Sosioøkonomisk status

En høyere andel av mennene enn av kvinnene hadde en høyere utdanning, og inntekt var som forventet, at mennene tjente mer enn kvinnene.

5.1.2 Mosjon

På spørsmålet om hvor ofte en trente fra sjeldnere enn en gang i uka til omtrent hver dag rapporterte 84 av deltakerne (62,7%) at de trente 2-3 ganger i uka og 46 (34,3%) rapporterte at de trente omtrent hver dag. 111 deltakere (82,8%) rapporterte at de tok i så hardt at de ble andpustne og svette, og 132 rapporterte at de holdt på fra 30 minutter til over 1 time.

5.1.3 Kroppsmisnøye (BSQ-14)

Kvinner rapporterte som antatt signifikant større kroppsmisnøye enn menn (mean (SD) = 25,71 (11,98) og 20,84 (6,51) respektivt) (MWW, $p=0,03$).

Sammenlignet med en normbasert norsk studie (Kapstad et al., 2015) er det likt mtp. at kvinner rapporterer større kroppsmisnøye, men i Kapstad et al var gjennomsnittsalderen 24,35 (9,89) år for kvinner og 20,98 (5,68) år for menn kontra i min studie hvor kvinner hadde en gjennomsnittsalder på 73,56 (5,42) og 74,81 (6,33) for menn.

Tabell 3: Gjennomsnittscore BSQ-14 for Kapstad et al (2015) og denne oppgaven

| BSQ-14 | Kvinner | Menn |
|-------------------------------------|--------------|-------------|
| Kapstad et al (ikke-klinisk gruppe) | 35,89(15,19) | 22,94(8,38) |
| Bachke | 25,71(11,98) | 20,84(6,51) |

5.1.4 Helserelatert livskvalitet (RAND-36)

Kvinnene hadde lavere score på alle de åtte helserelevante domene bortsett fra GH (74, 80(16,03) for kvinner og 74,69(19,26) for menn). Dette er ikke ulikt det som er sett i andre studier som måler den helserelevante livskvaliteten med Rand-36 (Loge & Kaasa, 1998; Lima et al., 2009; Tajvar et al., 2008).

Figur 2: Normative data for den norske befolkningen 1998 (RAND-36)

| 60–69 years | | ≥ 70 years | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| M | F | M | F |
| 84.3 (16.9) n=118 | 70.5 (23.3) n=142 | 75.0 (19.8) n=103 | 56.1 (27.8) n=108 |
| 68.1 (43.8) n=124 | 55.3 (43.3) n=133 | 52.5 (43.8) n=97 | 37.0 (43.0) n=100 |
| 78.6 (31.9) n=120 | 74.5 (38.5) n=130 | 69.7 (37.6) n=94 | 59.5 (44.2) n=97 |
| 70.6 (25.4) n=129 | 62.6 (27.8) n=149 | 69.4 (27.4) n=106 | 59.5 (29.0) n=115 |
| 89.3 (20.2) n=131 | 81.5 (22.7) n=152 | 82.3 (23.8) n=110 | 74.1 (28.7) n=117 |
| 81.2 (15.8) n=127 | 77.9 (17.8) n=144 | 82.7 (16.9) n=101 | 76.7 (17.8) n=102 |
| 64.7 (21.6) n=129 | 55.4 (22.8) n=145 | 61.9 (21.8) n=104 | 50.6 (22.9) n=108 |
| 68.0 (25.1) n=117 | 63.1 (25.1) n=137 | 67.5 (22.6) n=95 | 62.5 (22.1) n=92 |

(M=menn, F=kvinner. Fra øverst til nederst: fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, emosjonell rollefunksjon, kroppslige smerter, sosial funksjon, mental helse, vitalitet og generell helse) (Loge & Kaasa, 1999)

Normdataene fra 1998 sammenlignet med mine funn viser lignende mønstre, men respondentene i min studie rapporterer generelt høyere på alle de åtte domene.

Tabell 4: Deskriptive data

| | Alle | Kvinne | Mann |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Kjønn | | | |
| Antall(%) | 130 (100) | 98 (75,4) | 32 (24,6) |
| Alder | | | |
| Antall (%) | | | |
| 60–70 år | 36 (27,5) | 27 (27,6) | 9 (28,1) |
| 70–80 år | 78 (59,5) | 60 (61,2) | 17 (53,1) |
| 80–90 år | 17 (13,0) | 11 (11,2) | 6 (18,8) |
| BMI | | | |
| Antall (%) | | | |
| Undervektig | 2 (1,5) | 2 (2,0) | 0 (0) |
| Normalvektig | 88 (67,2) | 70 (71,4) | 18 (56,3) |
| Overvektig | 36 (27,5) | 21 (21,4) | 14 (43,8) |
| Fedme klasse 1, 2 og 3 | 5 (3,8) | 5 (5,1) | 0 (0) |
| Utdanning | | | |
| Antall (%) | | | |
| Mindre enn 10 års grunnskole | 5 (3,8) | 4 (4,1) | 1 (3,1) |
| 10 års grunnskole | 12 (9,2) | 10 (10,2) | 1 (3,1) |
| Videregående skole (inkludert gymnas og yrkesskole) | 29 (22,1) | 24 (24,5) | 5 (15,6) |
| Universitet eller høyskole (inntil 4 år) | 41 (31,3) | 33 (33,7) | 8 (25) |
| Universitet eller høyskole (mer enn 4 år) | 44 (33,6) | 27 (27,6) | 17 (53,1) |
| Inntekt | | | |
| Antall (%) | | | |
| 150.000 - 250.000 kr | 9 (7,1) | 8 (8,5) | 1 (3,1) |
| 250.000 - 350.000 kr | 16 (12,6) | 15 (16) | 1 (3,1) |
| 351.000 - 450.000 kr | 15 (11,8) | 14 (14,9) | 1 (3,1) |
| 451.000 - 550.000 kr | 16 (12,6) | 12 (12,8) | 4 (12,5) |
| 551.000 - 750.000 kr | 27 (21,3) | 16 (17) | 11 (34,4) |
| 750.000 - 1 000 000 kr | 24 (18,9) | 14 (14,9) | 9 (28,1) |

| | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|
| 1 000 000 - 1 500 000 kr | 17 (13,4) | 12 (12,8) | 5 (15,6) |
| Over 1 500 000 kr | 3 (2,4) | 3 (3,2) | 0 (0) |
| Mosjon - Hvor ofte | | | |
| Antall (%) | | | |
| Aldri | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Sjeldnere enn en gang i uka | 2 (1,5) | 1 (1) | 1 (3,1) |
| En gang i uka | 2 (1,5) | 2 (2) | 0 (0) |
| 2-3 ganger i uka | 84 (62,7) | 62 (63,3) | 19 (59,4) |
| Omtrent hver dag | 46 (34,3) | 33 (33,7) | 12 (37,5) |
| Mosjon - Hvor hardt | | | |
| Antall (%) | | | |
| Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett | 18 (13,4) | 15 (15,3) | 2 (6,3) |
| Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett | 111 (82,8) | 82 (83,7) | 26 (81,3) |
| Tar meg nesten helt ut | 5 (3,7) | 1 (1) | 4 (12,5) |
| Mosjon - Hvor lenge | | | |
| Antall (%) | | | |
| Mindre enn 15 minutter | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| 16-30 minutter | 2 (1,5) | 2 (2) | 0 (0) |
| 30 minutter - 1 time | 89 (66,4) | 67 (68,4) | 19 (59,4) |
| Mer enn 1 time | 43 (32,1) | 29 (29,6) | 13 (40,6) |
| BSQ-14 sum | | | |
| Mean (SD) | 24,5 (11,05) | 25,71 (11,98) | 20,84 (6,51) |
| Rand-36 | | | |
| Mean (SD) | | | |
| Fysisk funksjon (N=134) | 86,86 (15,49) | 86,27 (14,42) | 88,75 (18,84) |
| Fysisk rollefunksjon (N=134) | 79,98 (33,99) | 76,70 (36,67) | 89,84 (21,87) |
| Emosjonell rollefunksjon (N=134) | 85,57 (30,71) | 84,35 (31,46) | 90,63 (25,73) |
| Sosial funksjon (N=134) | 89,93 (16,61) | 89,16 (16,22) | 92,19 (17,89) |
| Mental helse (N=132) | 84,86 (11,04) | 83,59 (11,47) | 88,75 (8,88) |
| Vitalitet (N=132) | 72,29 (17,21) | 71,11 (17,12) | 76,09 (17,40) |
| Smerte (N=134) | 76,34 (22,53) | 74,97 (22,33) | 79,61 (18,66) |

| | | | |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Generell helse (N=134) | 74,40 (16,84) | 74,80 (16,03) | 74,69 (19,26) |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|

5.2 Korrelasjonsanalyse (Spearman rho)

For å se om det var noen sammenheng mellom BSQ-14 scoren og de andre variablene ble det gjort en korrelasjonsanalyse med Spearman rho. Dataene var ikke normalfordelt og da blir det anbefalt å bruke ikke-parametriske metoder (Pripp, 2018). Først ble det kjørt en Mann-Whitney Test for å se om det var en statistisk signifikant forskjell mellom kvinner og menn for BSQ-14 summen. P-verdien var 0,03 og dermed signifikant, som betyr at det var en statistisk signifikant forskjell mellom kvinner og menn på BSQ-14 summen.

Resultatene fra korrelasjonsanalysen er vist i Tabell 5. Styrken på korrelasjonene er i henhold til Cohen (1998) (se punkt 4.7.2). Hovedsakelig er det bare de statistisk signifikante korrelasjonene som blir kommentert, hvis ikke annet blir sagt.

Tabell 5: Korrelasjonsanalyse (Spearman rho)

| | Alle | | | Kvinner | | | Menn | | |
|-----------|-------|-----|--------------|---------|----|--------------|-------|----|--------------|
| | r | N | p (2-tailed) | r | N | p (2-tailed) | r | N | p (2-tailed) |
| BMI | 0,37 | 131 | 0,001 | 0,46 | 98 | 0,001 | 0,35 | 32 | 0,05 |
| Alder | -0,28 | 131 | 0,001 | -0,18 | 98 | 0,08 | -0,39 | 32 | 0,03 |
| Utdanning | -0,14 | 131 | 0,13 | -0,02 | 98 | 0,85 | -0,42 | 32 | 0,02 |
| Inntekt | -0,08 | 127 | 0,35 | -0,02 | 94 | 0,86 | -0,04 | 32 | 0,81 |
| FF | -0,14 | 134 | 0,14 | -0,09 | 98 | 0,38 | -0,23 | 32 | 0,2 |
| FR | -0,1 | 134 | 0,27 | -0,08 | 98 | 0,46 | -0,23 | 32 | 0,2 |
| ER | -0,05 | 134 | 0,59 | 0,01 | 98 | 0,93 | -0,05 | 32 | 0,77 |
| SF | -0,18 | 134 | 0,05 | -0,14 | 98 | 0,17 | -0,02 | 32 | 0,93 |
| MH | -0,18 | 132 | 0,04 | -0,17 | 96 | 0,1 | -0,09 | 32 | 0,63 |
| VT | -0,19 | 132 | 0,03 | -0,19 | 96 | 0,07 | -0,13 | 32 | 0,48 |
| KS | -0,08 | 134 | 0,37 | -0,12 | 98 | 0,24 | -0,03 | 32 | 0,87 |

| | | | | | | | | | |
|------------|-------|-----|------|-------|----|-------|-------|----|------|
| GH | -0,19 | 134 | 0,03 | -0,28 | 98 | 0,001 | 0,01 | 32 | 0,97 |
| Mosjon | | | | | | | | | |
| Hvor ofte | 0,12 | 134 | 0,19 | 0,13 | 98 | 0,21 | 0,10 | 32 | 0,58 |
| Mosjon - | | | | | | | | | |
| Hvor hardt | 0,02 | 134 | 0,83 | 0,11 | 98 | 0,28 | -0,16 | 32 | 0,39 |
| Mosjon - | | | | | | | | | |
| Hvor ofte | 0,02 | 134 | 0,83 | 0,05 | 98 | 0,66 | 0,09 | 32 | 0,62 |

5.2.1 BMI

For hele utvalget var det en medium positiv signifikant korrelasjon med BMI ($r=0,37$, $N=131$, $p=0,001$), som tyder på at høyere BMI har sammenheng med større kroppsmisnøye. BMI var den eneste av variablene som korrelerte med både kvinner og menn, og hadde en medium positiv signifikant korrelasjon med BSQ-14 ($r=0,46$, $N=98$, $p=0,001$ og $r=0,35$, $N=32$, $p=0,05$ respektivt). Dette er absolutt ikke overaskende da tidligere forskning viser at BMI og kroppsmisnøye har sammenheng, også hos eldre personer (Pinto et al., 2017; Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2008).

5.2.2 Alder

Alder og kroppsmisnøye hadde en medium negativ signifikant korrelasjon for menn ($r=-0,39$, $N=32$, $p=0,03$) og en svak negativ ikke signifikant korrelasjon for kvinner ($r=-0,18$, $N=98$, $p=0,08$).

5.2.3 Utdanning

Menn hadde en medium negativ signifikant korrelasjon mellom utdanning og BSQ-14 ($r=-0,42$, $N=32$, $p=0,02$). For kvinner var det ingen signifikant korrelasjon ($p=0,85$).

5.2.4 Helserelatert livskvalitet

For hele utvalget korrelerte SF, MH, VT og GH med BSQ-14 summen. For kvinnene korrelerte også GH. Menn hadde ingen signifikant korrelasjon for noen av de åtte domenene med BSQ-14. Alle de nevnte domenene hadde en svak negativ signifikant korrelasjon med BSQ-14. SF, MH og VT representerer det mentale mens GH representerer det fysiske (se punkt 4.5.4).

5.3 Logistisk regresjonsanalyse

Alle variablene som hadde en signifikant korrelasjon til BSQ-14 summen i korrelasjonsmodellen ble tatt med i regresjonsmodellen. Det ble utført en logistisk regresjonsanalyse som er presentert i tabell 6. Modellen inneholder syv uavhengige variabler (BMI, alder, utdanning, sosial funksjon, mental helse, vitalitet og generell helse). Hele modellen inkludert alle variablene var statistisk signifikant, Chi-square (7, N=129) = 30,90, $p=0,001$, som tyder på at modellen klarer å skille de som rapporterte BSQ-14 sum over den 75. persentilen og dem som rapporterte under.

Som man kan se i tabellen var det bare BMI og mental helse som var statistisk signifikante. Oddsratioen for BMI var på 1,44 som er over 1. Dette betyr at oddsen for høyere kroppsmisnøye stiger med 44 % med høyere verdi på BMI. For mental helse synker oddsen for kroppsmisnøye med -6 % om man scorer høyere på den mentale helseskalaen. Det var tydelig at høyere BMI for denne gruppa utgjorde den største sannsynligheten for å score over 29 på BSQ-14 (OR=44%).

Tabell 6: Logistisk regresjonsanalyse

| | | | | | | | 95,0% C.L. For Odds Ratio | |
|-----------|-------|------|-------|----|-------|------------|---------------------------|---------|
| | B | S.E. | Wald | df | p | Odds Ratio | Nedre | Øverste |
| BMI | 0,37 | 0,10 | 13,15 | 1 | 0,001 | 1,44 | 1,18 | 1,76 |
| Alder | -0,06 | 0,05 | 1,49 | 1 | 0,22 | 0,96 | 0,86 | 1,04 |
| Utdanning | -0,13 | 0,22 | 0,34 | 1 | 0,56 | 0,86 | 0,57 | 1,36 |
| SF | 0,01 | 0,02 | 0,13 | 1 | 0,71 | 1,01 | 0,97 | 1,04 |
| MH | -0,06 | 0,03 | 3,91 | 1 | 0,05 | 0,94 | 0,89 | 1,00 |
| VT | -0,01 | 0,02 | 0,18 | 1 | 0,67 | 0,99 | 0,96 | 1,03 |
| GH | 0,003 | 0,02 | 0,04 | 1 | 0,85 | 1,003 | 0,97 | 1,04 |

6 Diskusjon

I denne studien er det undersøkt om det er kjønnsforskjeller i opplevd kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningssenter i Oslo, samt hvilke faktorer som er med på å skape kroppsmisnøye. I tillegg ønsket jeg å se om det var noen sammenheng mellom kroppsmisnøye og helse relatert livskvalitet.

I det følgende kapittelet vil jeg diskutere resultatene fra analysen opp mot den teoretiske bakgrunnen som er tatt med.

6.1 Opplever personer over 60 år kroppsmisnøye?

Deltakerne i denne studien ble rekruttert fra treningssentre rundt om i Oslo. Alle som deltok i undersøkelsen var fast medlem av et treningssenter og de fleste deltok regelmessig på gruppetimer. Resultatene viste også at deltakerne i denne studien var regelmessig aktive, og med et raskt regnestykke så det ut som at de fleste innfridde helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016). Fysisk aktivitet gir en positiv effekt fysisk, psykisk og sosialt, og kroppsmisnøye er ofte forbundet med fysiske, psykiske og sosiale aspekter (Fysisk aktivitet, 2013; Knight, 2012). Derfor kan man tro at denne gruppen opplever mindre kroppsmisnøye enn personer som ikke er aktive. Men tidligere forskning har vist at blant annet personer med høy BMI opplever større kroppsmisnøye enn personer med lavere BMI, og det å ha en høy BMI vil ikke nødvendigvis si at man ikke er fysisk aktiv (Pinto et al., 2017; Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2014). BMI og de andre variablene som er tatt med i denne oppgaven blir diskutert lenger ned.

Sett i lyset av Foucaults panoptikon-modell befinner man seg i et samfunn hvor man blir sett og overvåket av andre (se punkt 3.1). I dette samfunnet sirkulerer det en forestilling om idealkroppen, og man lager seg tanker og følelser om hvordan den skal være, på sett og vis uten at en kan gjøre noe med det. Men en prøver å leve opp til dette idealet uten å vite om en noen gang lykkes. Selv om det muligens var andre idealkropper og tanker om hvordan en skal se ut da deltakerne i denne studien var unge vil samfunnet fortsatt forandres, og gjennom habitus tilegner vi oss sosiale normer om hvordan en kropp skal se ut og fungere (Wilken, 2008, s. 37; Larsen, 1992, s. 11). Som Knight (2012) skriver, kan eldre ofte sammenligne den nåværende fysiske kroppen med den unge kroppen

de en gang hadde, som kan gjenspeile en frisk og funksjonell kropp, og man skal ikke se bort i fra at kroppsmisnøye hos eldre kan henge sammen med en forestilling om at et bra utseende representerer god helse, og dermed utsikt til en framtid med selvstendighet og relativ frihet.

6.2 Hvilke faktorer er assosiert med kroppsmisnøye blant eldre som trener på treningsentre?

For denne oppgaven var kroppsmisnøye (BSQ-14) den avhengige variabelen. De uavhengige variablene for denne oppgaven var kjønn, alder, BMI, mosjon, sosioøkonomisk status og helserelatert livskvalitet (RAND-36). I det følgende avsnittet vil de variablene som var statistisk signifikant i analysen bli diskutert (alder, kjønn, BMI, utdanning og helserelatert livskvalitet).

6.2.1 Alder

Resultatene mine viste at kroppsmisnøye for menn er større desto yngre man er, og avtar med alderen, mens kroppsmisnøye for kvinner avtar senere. Lignende var sett i studien til Matthiasdottir et al hvor bekymring for kroppsvekt ikke begynte å minske før i alderen 70–79 for kvinnene (Matthiasdottir et al., 2010). Korrelasjonen var ikke signifikant for kvinner ($p=0,08$) i min studie, så man kan ikke si dette helt sikkert, men det kan se ut som kvinner generelt har en større grad av kroppsmisnøye enn menn både hos yngre personer og eldre personer (Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2008; Storvoll et al., 2005; Holsen et al., 2001). Dette kan snus rundt til en observasjon om at kvinner aldri slutter helt å bry seg om hvordan de ser ut for andre, og for at det er en sosial plikt å se anstendig ut. Menn kan komme til et punkt der de ikke bryr seg og må passes på, for ikke å si lures og tvinges. Det ser man blant annet på sykehjem, der svært gamle og syke kvinner vil til frisør en gang i uka, ikke gjør motstand mot å dusje eller få nye klær, mens gamle menn kan være helt blinde for at dette er nødvendig. Det stemmer for så vidt godt med at kvinner er underordna i samfunnshierarkiet, og dermed ikke kan tillate seg å glemme panoptikon-stillingen. Det vil si at en alltid blir observert og vurdert. Menn greier i større grad enn kvinner å glemme dette. Dette kan sikkert tolkes på ulike måter etter hvilken innfallsvinkel man har.

De andre variablene vil bli diskutert med alder i betraktning.

6.2.2 Kjønn

Det er velkjent at kroppsmisnøye hos jenter er sterkere enn hos gutter (Storvoll et al., 2005; Holsen et al., 2001), og mine funn viser at det ikke forandrer seg etter fylte 60 år. I min studie rapporterte kvinner større kroppsmisnøye enn mennene, og det samme er sett i andre studier gjort på personer over 60 år (Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2008).

Sett i lyset av Bourdieus begrep habitus som kan sies å være et produkt av sosialisering gir det mening at kvinner generelt opplever større kroppsmisnøye enn menn. Mennesker har alltid verdsatt skjønnhet (Jacobsen, 2016), og som Skårderud skriver kan det henge sammen med kvinners objektstatus i samfunn der det fortsatt er en forskjell mellom kjønn, hvor kvinnekroppen er et objekt for menns blikk (s. 143).

Foucault mente at vi blir formet som menneske gjennom overvåkning, beskjeder og kontroll, noe som også er med på å forme samfunnet (Pringle, 2007). Samfunnet har sin egen persepsjon på hvordan den ideelle kroppen skal være utformet. Sjansen for å lykkes i en samhandling er større for personen som passer inn i samfunnets ideelle kroppsbilde, mens personen som ikke passer inn under kriteriene vil oppleve en dårligere selvfølelse og mer negativ påvirkning til eget kroppsbilde (Bourdieu, 2000, s. 74). Undersøkelser har vist at forskjellen mellom det å være stor og liten er et grunnleggende prinsipp for den erfaringen aktøren har av sin kropp og for all praktisk bruk av kroppen (Bourdieu, 2000, s. 74). I Skårderud (1998) blir det henvist til Frigga Haug, en tysk sosiolog som mente at man allerede som ung lærer hvordan kroppen bør se ut og hva som er den gjeldende standarden, spesielt for jenter. Som voksen kjenner man standardene inn og ut (s. 143), og kvinner anser ofte deler av kroppen som for store. Når det gjelder menn er de ofte utilfreds med deler av kroppen som de mener er for små (Bourdieu, 2000, s. 75).

Fokuset på menn er større enn det det var før, hvor forskning viser at menn også opplever kroppsmisnøye (Hervik et al., 2016; Latorre Román et al., 2014; Storvoll et al., 2005; Holsen et al., 2001). I Hervik et al sin studie nevnte mennene at de bryr seg om hvordan kroppen ser ut, men at de samtidig viste ubehag ved å snakke om kroppens utseende. Ubekymret kom frem i kommentarer der de hevdet at de ikke brydde seg om hvordan de så ut. Hervik et al tolker dette som at det kan

virke som om menn opplever usikkerhet mellom følelsen av et godt utseende som uttrykk for god helse og/eller et uttrykk for de kulturelle forventningene. Menn skal være sterke og maskuline, og dette skal være fysisk synlig i en sterk og funksjonell kropp. Dersom en mannskropp ikke lenger uttrykker maskulinitet og styrke, men tvert om viser merke på forfall og sviktende helse, kan det skape dårlig selvtillit, angst og depresjon (Knight, 2012). Som Knight skriver kan oppfatningen av egen kropp og diskrepansen til hvordan kroppen burde være, føre til kroppsmisnøye, og dette gjelder mer for kvinner enn for menn.

6.2.3 Samsvar mellom grad av kroppsmisnøye og BMI

BMI var den eneste variabelen som korrelerte med BSQ-14 for både kvinner og menn i denne studien. Dette tyder på at bekymringer for fysisk utseende er større hos dem med høyere BMI. Flertallet i denne studien, 67,2 % - var klassifisert som normalvektige, og 27,5 % var klassifisert som overvektige. Tidligere studier viser et generelt mønster hvor de som er klassifisert under fedme har større kroppsmisnøye enn de som er i overvektsklassen, og de som er i overvektsklassen har større kroppsmisnøye enn de som er normalvektige (Pinto et al., 2017; Latorre Román et al., 2014; Ferraro et al., 2014; Matthiasdottir et al., 2010).

Med aldringsprosessen følger blant annet mer kroppsfett og aldersrelatert muskelsvinn. Hvis man ikke er regelmessig fysisk aktiv er det klart at BMIen kan stige med alderen. Samtidig vet man at høyere BMI øker risikoen for livsstilssykdommer. Dette kan være en faktor for at eldre er mer påpasselig med BMIen, kontra unge som kanskje er mer opptatte av å holde BMIen nede på grunn av utseendet (McArdle et al., 2015, s. 735). Aldringsprosessen medfører også estetiske forandringer, og det vil derfor ikke være utenkelig at kroppsmisnøye er noe som kan oppstå etter fylte 60, også hos personer med en lav BMI (Loland, 1999, s. 7; Guntvedt & Solem, 1981, s. 12).

BMI som mål for å klassifisere personers vekt er diskutert i punkt 2.3. ovenfor. Men samfunnet har også egne normer for hva som er pent å se på og hva som er "for mye av det gode". Overvekt er synlig, og i dagens samfunn finnes det en forestilling om hva som er idealkroppen for begge kjønn. Denne forestillingen er fleste er helt klar over. Vi får beskjed om at vi må holde BMI'en nede, og at en BMI over 25 er for mye. Det er helt klart at det er mange som henger seg opp i disse målene, og klarer man ikke hevde og holde fast ved sine egne meninger og tanker om hvordan ens egen kropp

bør være, er det klart at misnøye med egen kropp kan oppstå. På en måte slipper man aldri unna det opplevde presset utenfra om å holde BMIen nede, som kan være en av hovedgrunnene for at det er en gjenganger at personer med høyere BMI opplever større kroppsmisnøye enn personer med lavere BMI.

Bevissthet om BMI blir tvunget på oss allerede som unge mennesker. Helseyskepleier måler høyde og vekt hos barn fra de er ganske små og har som jobb å si ifra til foreldrene om BMIen er for høy. Etterhvert som vi vokser opp blir vi til det Foucault kaller det normaliserte mennesket hvor vi tar ansvar for å overvåke og kontrollere oss selv (Pringle, 2007). Hvis man har hengt seg opp i BMI som mål på om en er overvektig uten noen motforestillinger og ikke er kritisk til disse målene, risikerer man å bli dratt ned i dragsuget der en er misfornøyd med din egen kropp fordi en etter standarden er klassifisert som overvektig.

6.2.4 Utdanning

Utdanning hadde en negativ korrelasjon med kroppsmisnøye ($p=0,02$) for mennene i denne studien. Det betyr at desto lavere utdanning, større kroppsmisnøye (tabell 5). For kvinnene var det ingen signifikant korrelasjon. Kvinner som i dag er over 60 år, fikk stort sett ikke det utdanningstilbudet som dagens unge kvinner får. Det er derfor ikke usannsynlig at dagens unge kvinner har lengre og høyere utdanning enn den eldre generasjonen. Derfor er det ikke rart at denne korrelasjonen mangler for de kvinnene som er deltakerne i denne studien.

Utdanning kan sees som økonomisk, kulturell og sosial kapital (Aakvaag, 2008, s. 152). Økonomisk kapital får man ved at man utdanner seg, som videre fører til jobb som gir økonomisk avkastning. Kulturell kapital får man ved at man lærer seg faget, som kan gjør at man kan mestre faget, samt lære bort videre. Sosial kapital får man ved tilgang til sosiale nettverk (studievenner o.l.), og medlemskap i grupper, som det å få seg en jobb, være medlem av organisasjoner o.l.

Kapital gir makt, i dette tilfelle gjennom utdanning, som kan brukes for å oppnå fordeler i det sosiale liv. Flere studier har vist at personer med høyere sosioøkonomisk status er tynnere og mer opptatt av vekt (Murnen & Don, 2012; Bojorquez & Unikel, 2012). Dette kan ha sammenheng med at høyere utdanning ofte fører til høyere lønn, som igjen kan påvirke kosthold og helse. Bourdieu

snakker også om det sosiale rom, som er utgangspunktet for Bourdieus klasseteori. Den klassen man er i, avhenger av kapitalmengde, og i følge Bourdieu vil utdanning som kapital uttrykkes som sosial makt, hvor høyere utdanning gir mer kapital, og videre en høyere status. Det at personer med høyere sosioøkonomisk status lever lenger og har færre helseproblemer enn personer med lavere sosioøkonomisk status, gjør at variabelen "sosioøkonomisk status" blir interessant å undersøke og diskutere i forhold til mine data. Resultatene mine viste at de som har lav utdanning opplever større kroppsmisnøye. Flertallet av mennene rapporterte at de hadde gått på universitet eller høyskole (mer enn 4 år), samt var regelmessig aktive. Det vil si at de etter Bourdieus klasseteori representerer en høyere klasse. Samtidig ser man at overvektige menn med lavere utdanning har mindre behov for en tynnere kroppsfasong enn dem med høyere utdanning (Cheung et al., 2011). Cheung et al sin studie var gjort på kinesiske menn. Det er mulig at resultatene hadde sett annerledes ut om studien hadde sine data fra vestlige menn. Spørsmålet videre blir om det er slik at de med høyere sosioøkonomisk status generelt har en bedre helse, men at de også er mer opptatt av utseende, og av å kontrollere vekten? Ut i fra mine resultater kan det virke som at det å ha en lengre utdanning, som i følge statistikken samsvarer med å ha bedre helse og lenger forventet levetid minsker kroppsmisnøye hos menn over 60 år som er regelmessig fysisk aktive.

Bourdieu mener at de ulike klassene har forskjellig habitus og at de som befinner seg i samme posisjon i det sosiale rom, altså de som sitter på de samme mengdene kapital utvikler like væremåter (Aakvaag, 2008, s. 153; Larsen, 1992, s. 12). De som sitter på mest kapital ser ut til å være mer opptatt av en sunn og velfungerende kropp som betyr at de gjør det som må til for å oppnå en kropp de er fornøyd med, derav mindre kroppsmisnøye.

Den generelle opplevelsen av å lykkes i livet gjør at de med høy sosioøkonomisk status tror de skal få til det de går i gang med. Folk med lavere sosioøkonomisk status har ofte flere nederlag å se tilbake på, og dermed mindre pågangsmot og selvtillit.

6.3 Påvirker kroppsmisnøye den helserelaterte livskvaliteten?

Siste del av problemstillingen går ut på å finne ut om kroppsmisnøye har noe å si for den helserelaterte livskvaliteten.

Det finnes relativt få studier som sammenlikner kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet. Ettersom at både kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet ofte påvirkes av fysiske, psykiske og sosiale aspekter er det påfallende at det ikke finnes flere studier som tar for seg forholdet mellom kroppsmisnøye og helserelatert livskvalitet i ulike befolkningsgrupper. Tidligere forskning på helserelatert livskvalitet viser at lavere sosioøkonomisk status, lavere BMI og mindre fysisk aktivitet påvirker den helserelaterte livskvaliteten negativt. Lignende faktorer påvirker kroppsmisnøye negativt (Vagetti et al., 2014; Lima et al., 2009; Tajvar et al., 2008; Franks et al., 2003; Loge & Kaasa, 1998). De tidligere studiene som er tatt med i grunnlaget for denne oppgaven, gir alle uttrykk for at det hovedsakelig er de mentale og psykiske aspektene som påvirkes mest av kroppsmisnøye (Griffiths et al., 2016; Duarte et al., 2015; Gouveia et al., 2014; Liimakka, 2013; Mond et al., 2013).

Helserelatert livskvalitet ble målt med spørreskjemaet RAND-36. RAND-36 har åtte domener (= saksområder) ordnet i to kategorier, fysisk helserelatert livskvalitet og mental helserelatert livskvalitet. Under fysisk helserelatert livskvalitet finnes domeneene fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, kroppslige smerter og generell helse. Under mental helserelatert livskvalitet finnes domeneene vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon og mental helse (Loge & Kaasa, 1998; Ware et al., 1994). I denne oppgaven er det ikke lagd egne skalaer for fysisk og mental helse, men SF, MH og VT som går under skalaen for mental helse, hadde en svak korrelasjon med BSQ-14 for begge kjønn.

Respondentene i denne undersøkelsen rapporterte generelt bedre helserelatert livskvalitet enn respondentene i samme aldersspenn i Loge & Kaasa sin norske norm-studie fra 1998 (Loge & Kaasa, 1998). Fysisk aktivitet gir positiv effekt for den helserelaterte livskvaliteten, og deltakerne i min studie var regelmessig på treningssenter og flere deltok på faste gruppetimer. Dette kan være grunnen til at tallene er noe høyere (Vagetti et al., 2014; Haraldstad et al., 2017; Kamal & Nambi, 2017).

7 Konklusjon

Blant personer over 60 år som trener regelmessig på treningssenter i Oslo er det kvinnene som rapporterer om størst misnøye med egen kropp. Kroppsmisnøye avtar gradvis med alderen, mest hos menn. Menn med lavere utdanning opplever større kroppsmisnøye enn de med høyere utdanning. For begge kjønn var det BMI-verdien som utgjorde den viktigste prediktoren for kroppsmisnøye. Mer kroppsmisnøye svekker også de mentale domeneene innen helse relatert livskvalitet. Dette gjelder for hele utvalget.

8 Sluttord og videre forskning

Den største utfordringen for studier på dette feltet er datainnsamling. Gruppen som jeg har valgt å samle inn data ifra, er valgt fordi respondentene er lette å identifisere, og det var god sjanse til å finne nok samarbeidsvillige informanter. Det var det som gjorde undersøkelsen mulig. En bredere studie av helse og kroppsbilde som omfatter eldre utenfor treningsmiljøer vil være mye mer krevende når det gjelder å få tak i informanter, og dermed utenfor rekkevidde som masterprosjekt.

Hvorfor er det viktig å finne ut det jeg vil undersøke i en samfunnsmessig sammenheng?

Levealder har økt mye de siste årene, og flere holder seg produktive og virksomme i høyere alder.

Hvis det overordnende samfunnsmessige skal nås er det viktig å finne ut hvordan de eldre trives og holder seg på beina, slik at de kan ta var på seg selv lengst mulig.

Deltakerne i denne studien er regelmessig fysisk aktive, noe som gjør at denne gruppen kanskje rapporterer mindre kroppsmisnøye enn personer i samme alder som ikke er regelmessig aktive.

Det vil være interessant i fremtidige studier å finne ut om kroppsmisnøye i barne- og ungdomsårene vedvarer og likens om det er sammenheng mellom den helserelaterte livskvaliteten i alderdommen og kroppsmisnøye i ungdommen.

9 Referanseliste

Aakvaag, G, C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS, Oslo

Aasprang, A., Andersen, J, R., Sletteskog, N., Våge, V., Bergsholm, P., Natvig, G, K. (2008).

Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. *Tidsskr Nor Legeforen*; 128: 559-62

Aldringsprosessen. (2001). Den Norske Legeforening. Hentet fra:

<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-bli-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-2-kunnskap-om-eldre-og-eldres-sykdommer1/>

Altman, J, K., Zimmaro, L, A., Woodruff-Borden, J. (2017). Targeting Body Compassion in the Treatment of Body Dissatisfaction: A Case Study. *Clinical Case Studies*. SAGE, 1-15. Doi: 10.1177/1534650117731155

Bakas, T., McLennon, S, M., Carpenter, J, S., Buelow, J, M., Otte, J, L., Hanna, K, M., Ellett, M, L., Hadler, K, A., Welch, J, L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*; 10:134. Doi: 10.1186/1477-7525-10-134

Baumgartner, R, N., Koehler, K, M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S, B., Ross, R, R., Garry, P, J., Lindeman, R, D. (1998). Epidemiology of Sarcopenia among the Elderly in New Mexico. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 147, No. 8.

Baumgartner, R, N., Waters, D, L., Gallagher, D., Morley, J, E., Garry, P, J. (1999). Predictors of skeletal muscle mass in elderly men and women. *Mech Ageing Dev*; 107(2):123-36

Befolkning. (2019). Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>

Bojorquez, I., Unikel, C. (2012). Body Image and Social Class. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, Volume 1. Doi: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00024-9

Bourdieu, P. (2000). Den maskuline dominans. Pax Forlag A/S, Oslo

Brook, R, H. (2017). Should the Definition of Health Include a Measure of Tolerance? *JAMA*. 317(6):585-586. Doi: 10.1001/jama.2016.14372

BSQ-14, Oslo-universitetssykehus. Hentet fra https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-spiseforstyrrelser/Documents/RASP%3b%20BSQ%20short_NORSK.pdf (06.09.2018)

Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. Doi: 10.1016/s1740-1445(03)00011-1

- Cheung, Yee, Tak, Derek., Lee, Antoinette, Marie, Ho, Sai, Yin., Li, Edmund, Tsze, Shing., Lam, Tai, Hing. (2011). Who wants a slimmer body? The relationship between body weight status, education level and body shape dissatisfaction among young adults in Hong Kong. *BMC Public Health*. Vol. 11:835. Doi: 10.1186/1471-2458-11-835
- Clarke, L, H., Korotchenko, A. (2011). Aging and the Body: A Review. *Can J Aging*; 30(3): 495-510. Doi: 10.1017/S0714980811000274
- Cooper PJ, Taylor M, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987;6:485–94
- Definisjoner: sosial ulikhet i helse. (2018). Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I, A., Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, Volume 20, Issue 6, s. 754-764
- Elderly population. (2019). *World Health Organization*. Hentet fra: http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/elderly-population/en/
- Eldre. (2018). *Bokmålsordboka*. Hentet fra: https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=eldre&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Engedal, K. (2019). Store Medisinske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/alderdom>
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Universitetsforlaget: Oslo
- Evans C, Dolan B. Body Shape Questionnaire: Derivation of short- ened "alternate forms". *Int J Eat Disord* 1993;13:315–21
- Ferrans, C, E., Zerwic, J, J., Wilbur, J, E., Larson, J, L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*; 37:4, 336-342
- Ferraro, R, F., Muehlenkamp, J, J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T. (2008). Aging, Body Image, and Body Shape. *The Journal of General Psychology*. Vol. 135, Iss. 4: 379-92.
- Ferreiro, F., Seoane, G., Senra, C. (2014). Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *Journal of Adolescence*, 37(1), 73-84. Doi: 10.1016/j.adolescence.2013.10.013
- Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018. (2018). *Rapport 2018*. Folkehelseinstituttet, Oslo

- Franks, P., Gold, M, R., Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*. Volume 56, Issue 12, p. 2505-2514. Doi: [https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1016/S0277-9536\(02\)00281-2](https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1016/S0277-9536(02)00281-2)
- Fysisk aktivitet. (2013). *Regjeringen*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/>
- Galioto, R., Crowther, J. H. (2013). The effects of exposure to slender and muscular images on male body dissatisfaction. *Body Image*, 10(4), 566-573. Doi: 10.1016/j.bodyim.2013.07.009
- Gandek, B., Ware, J, E., Aaronson, N, K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J., Brazier, J., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M. (1998). Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability of the SF-36 in Eleven Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. Vol. 51, No. 11, s. 1149-1158. Doi: 10.1016/s0895-4356(98)00106-1
- Garratt, A, M., Stavem, K. (2017). Measurement properties and normative data for the Norwegian SF-36: results from a general population survey. *Health Qual Outcomes*: 15:51. Doi: 10.1186/s12955-017-0625-9
- Garrusi, B., Baneshi, M, R. (2017). Body dissatisfaction among Iranian youth and adults. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9). Doi: 10.1590/0102-311x00024516
- Gatson, S. (2019). "Habitus". International Encyclopedia of the Social Sciences. Encyclopedia.com. 25. Apr. 2019. Hentet fra: <https://www.encyclopedia.com/social-sciences-and-law/sociology-and-social-reform/sociology-general-terms-and-concepts/habitus>
- Ghaderi A, Scott B. The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scand J Psychol* 2004;45:319–24.
- Gouveia, M, J., Frontini, R., Canavarro, M, C., Moreira, H. (2014). Quality of life and psychological functioning in pediatric obesity: the role of body image dissatisfaction between girls and boys of different ages. *Quality of Life Research*, Volume 23, Issue 9, s. 2629-2638
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J, M., McLean, S, A., Rodgers, B., Massey, R., Paxton, S, J. (2016). Sex differences in the relationship between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. Volume 40, Issue 6. Doi: <https://ezproxy1.usn.no:3528/10.1111/1753-6405.12538>
- Grønmo, S. (2014). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utgave. Fagbokforlaget, Bergen
- Guntvedt, O, H., Solem, P, E. (1981). *Aldring. Sosiale og psykologiske synsmåter*. NKS-Forlaget
- Habitus. A Dictionary of Sociology. Encyclopedia.com. 25 Apr. 2019

- Hammer, S. (2018). Michel Foucault. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra:
https://snl.no/Michel_Foucault
- Han, T, S., Tajar, A., Lean, M, E, J. (2011). Obesity and weight management in the elderly. *British Medical Bulletin*, Volume 97, Issue 1. P 169-196. Doi: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr002>
- Haraldstad, K., Rohde, G., Stea, T, H., Johne-Seiler, H., Hetlelid, K., Paulsen, G., Berntsen, S. (2017). Changes in health-related quality of life in elderly men after 12 weeks of strenght training. *Eur Rev Aging Phys Act*; 14: 8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs11556-017-0177-3>
- Hays, R, D., Morales, L, S. (2001). The Finnish Medical Society Duodecim. *Ann Med*; 33: 350-357.
Hentet fra: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reprints/2005/RAND_RP971.pdf
- Helse. (2018). *Bokmålsordboka*. Hentet fra
https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=helse&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Helsedirektoratet. (2016). Anbefalinger for fysisk aktivitet. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Hervik, S, E., Fasting, K. (2016). "It is passable, I suppose" – Adult Norwegian men´s notions of their own bodies. *International Review for the Sociology of Sport*, 52(7), 800-816. Doi: 10.1177/1012690214557709
- Hjort, P, F. (2000). Fysisk aktivitet og eldres helse – gå på!. *Tidsskr Nor Legeforen*; 120: 2915-8.
- Holsen, I., Kraft, P., Røysamb, E. (2001). The Relationship between Body Image and Depressed Mood in Adolescence: A 5-year Longitudinal Panel Study. *Journal of Health Psychology*. Volume: 6 issue: 6, page(s): 613-627
- Iannuzzi-Sucich, M., Prestwood, K, M., Kenny, A, M. (2002). Prevalence of Sarcopenia and Predictors of Skeletal Muscle Mass in Healthy, Older Men and Women. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. Vol. 57A, No. 12, M772-M777
- Jacobsen, E, L., Bye, A., Aass, N., Fosså, S, D., Grotmol, K, S., Kaasa, S., Loge, J, H., Moum, T., Hjermsstad, M, J. (2018). Norwegian refrence values for the Short-Form Health Survey 36: development over time. *Quality of Life Reasearch* Volume 27, Issue 5, s. 1201-1212
- Johannessen, A., Tufte, P, A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 4. utgave. Abstrakt forlag, Oslo
- Kamal, Walid, M, A., Nambi, G, S. (2017). Relationship Between Physical Activity And Health-Related Quality of Life in Elderly People: A Cross-Section Study. *SanaMed*; 12(2): 87-92. Doi: 10.24125/sanamed.v12i2.186

- Kaggerud, E. (2018). Juvenal i Store Norske Leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/Juvenal>
- Kan det gode liv måles?. (2016). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/kan-det-gode-liv-males>
- Kapstad, H., Nelson, M., Øverås, M., Rø, Ø. (2015). Validation of the Norwegian short version of the Body Shape Questionnaire (BSQ-14). *Nord J Psychiatry* 1-6
- Karimi, M., Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics* 34:645-649. Doi: 10.1007/s40273-016-0389-9
- Kjønnsforskjeller i utdanning og arbeid. (2019). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/likestilling>
- Larsen, S. (1992). *Smak og dominans – Klasseanalyse hos Pierre Bourdieu*. Sosiologisk institutt, Bergen
- Latorre Román, P. A., García-Pinillos, F., Huertas Herrador, J. A., Cózar Barba, M., Muñoz Jiménez, M. (2014). Relationship between sex, body composition, gait speed and body satisfaction in elderly people. *Nutr Hosp*; 30(4):851-857. Doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7669
- Lewis, D. M., Cachelin, F. M. (2001). Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. *Eating Disorders: The journal of Treatment & Prevention*, 9:1, 29-39. Doi: 10.1080/106402601300187713
- Liimakka, S. (2013). Healthy appearances – distorted body images? Young adults negotiating body motives. *Journal of Health Psychology*. Volume: 19, Issue: 2, s. 240-241. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1359105312468189>
- Lima, M. G., Barros, M. B., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., Ciconelli, R. M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 25, no. 10, Rio de Janeiro. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000007>
- Liu, W., Lin, R., Guo, C., Xiong, L., Chen, S., Liu, W. (2019). Prevalence of body dissatisfaction and its effects on health-related quality of life among primary school students in Guangzhou, China. *BMC Public Health*. 19;213. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6519-5>
- Loge, J. H., Kaasa, S. (1998). Short Form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med*. Vol. 26, No. 4, s. 250-258
- Loge, J. H., Kaasa, S., Hjermstad, M. J., Kvien, T. K. (1998). Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity. *J Clin Epidemiol*: 51(11):1069-76

- Loland, N, W. (1999). *Body Image and Physical Activity*. The Norwegian University of Sport and Physical Education
- López-García, E., Banegas Banegas, JR., Gutiérrez-Fisac, JL., Pérez-Regadera, AG., Ganán, LD., Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Relation between body weight and health-related quality of life among the elderly in Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 27(6):701-9. Doi: 10.1038/sj.ijo.0802275
- Marie-Pierre St-Onge, Dymna Gallagher. (2010). Body composition changes with aging: The cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation?. *Nutrition*; 26(2): 152-155. Doi: 10.1016/j.nut.2009.07.004
- Martinsen, E, W. (2011). *Kropp og Sinn*, 2. Utgave. Fagbokforlaget, Bergen
- McArdle, W, D., Katch, F, I., Katch, V, L. (2015). *Exercise Physiology - Nutrition, Energy, and Human Performance*. Eight Edition. USA: Wolters Kluwer Health
- Midtbø, T. (2007). *Regressjonsanalyse for samfunnsvitere: med eksempler i SPSS*. Universitetsforlaget, Oslo
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health* 13:920
- Mulgrew, K, E., Cragg, D, NC. (2015). Age differences in body image responses to idealized male figures in music television. *Journal of Health Psychology* 1-10. Doi: 10.1177/1359105315616177
- Murnen, S, K., Don, B, P. (2012). Body Image and Gender Roles. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, Volume 1. Doi: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00019-5
- Myrstad, M. (2015). De gamle er eldst – eller bare eldre?. *Tidsskr Nor Legeforen*; 135: 567. Doi: 10.4045/tidsskr.14.1292
- NTNU. (2019). HUNT, Spørreskjemaer. Hentet fra: <https://www.ntnu.no/hunt/skjema>
- Obidoa, C, A., Reisine, S, L., Cherniack, M. (2010). *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, Volume 4, Issue 1, s. 30-48. Doi: 10.5590/JSBHS.2010.04.1.02
- O`Dea, J, A. (2012). Body Image and Self-Esteem. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, Volume 1. Doi: 10.1016/8978-0-12-384925-0.00021-3
- Pallant, J. (2007). *SPSS. Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows third edition*. Open University Press, England.

- Perloff, R. M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363-377. Doi: 10.1007/s11199-014-0384-8
- Phillips, S, M., Wójcicki, T, R., McAuley, E. (2013). Physical activity and quality of life in older adults: an 18-month panel analysis. *Quality of Life Research*. Volume 22, Issue 7, s. 1647-1654
- Pinto, E., Carcao, D., Tomé D., Faustino, J., Campanico, L., Soares, M., Braz, N. (2017). Body mass index and body image perception in older adults. *Geriatr Med Care*. Olume 1(2): 1-3. Doi: 10.15761/GMC.1000109
- Pook M, Tuschen-Caffier B, Braehler E. Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire. *J Psychiatr Res* 2008;1:67–73
- Pringle, R. (2007). Social Theory for Coaches: A Foucauldian Reading of One Athlete's Poor Performance. A Commentary. *International Journal of Sports Science & Coaching*. Volume 2, Number 4
- Pripp, A, H. (2015). Hvorfor p-verdien er signifikant. *Tidsskr Nor Legeforen*; 135: 1462-4.
- Pripp, A, H. (2018). Pearsons eller Spearmans korrelasjonskoeffisienter. *Tidsskr Nor Legeforen*. Doi: 10.4045/tidsskr.18.0042
- RAND. (2018). 36-Item Short Form Survey (SF-36) Scoring Instructions. Hentet fra: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html
- Rejeski, W, j., Mihalko, S, L. (2001). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *The journals of Gerontology: Series A*, Volume 56, Issue Suppl_2. s. 23-35. Doi: https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.23
- Sartorius, N. (2006). The Meanings of Health and its Promotion. *Croat Med J*; 47(4): 662-664
- Skårderud, F. (1991). *Sultekunstnerne – Kultur, Kropp og Kontroll*. Aschehoug, Oslo
- Skårderud, F. (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget, Oslo
- Skårderud, F. (1998). *Kroppstanker, kropp – kjønn – idéhistorie*. Universitetsforlaget, Oslo
- Sosial ulikhet i helse. (2018). Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/#oekende-sosiale-forskjeller-i-levealderhttps://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse#økonomisk-og-sosial-bakgrunn-påvirker-helsen>
- Sosiale helseforskjeller. (2014). Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/#om-sosiale-helseforskjeller>

- Stervoll, E. E., Strandbu, Å., Wichstrøm, L (2005). A cross-sectional study of changes in Norwegian adolescents' body image from 1992 to 2002. *Body Image*, 2(1), 5-18. Doi: 10.1016/j.bodyim.2005.01.001
- Sullivan, M., Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. *J Clin Epidemiol* Vol. 51, No. 11, s. 1105-1113. Doi: 10.1016/s0895-4356(98)00102-4
- Tajvar, M., Arab, M., Monazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*; 8: 323. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2458-8-323>
- Tarlov, A, R. (1989). The Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262(7), 925. Doi: 10.1001/jama.1989.03430070073033
- Tiggemann, M. Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*. Volume 1, Issue 1, s. 29-41
- Tiggemann, M., Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 630-633. Doi: 10.1002/eat.22141
- Vegatti, G, C., Barbosa Filho, V, C., Moreira, N, B., Oliveira, V, d., Mazzardo, O., Campos, W, d. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Bras. Psiquiatr.* Vol. 36 no. 1. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0895>
- Wahl, A, K., Hanestad, B, R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis – en innføring*. Fagbokforlaget, Bergen
- Ware, J, E., Kosinski, M., Keller, S, D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA: Health Assessment Lab
- Ware, J, E., Sherbourne, C, D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, Vol. 30, No. 6, s. 473-483
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim
- Withbourne, S, K. (1985). *The Aging Body*. Physiological Changes and Psychological Consequences. Springer-Verlag New York, Inc.
- World Health Organization (WHO). (1997). Programme on Mental Health. WHOQOL, Measuring Quality of Life. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO). (2019). Body mass index – BMI. Hentet fra:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Oversikt over tabeller og figurer

| | |
|---|----|
| Tabell 1: Klassifisering av BMI | 17 |
| Tabell 2: Beskrivelse av de åtte domeneene i RAND-36..... | 38 |
| Tabell 3: Gjennomsnittscore BSQ-14 for Kapstad et al (2015) og denne oppgaven | 45 |
| Tabell 4: Deskriptive data | 47 |
| Tabell 5: Korrelasjonsanalyse (Spearman rho)..... | 49 |
| Tabell 6: Logistisk regresjonsanalyse | 52 |
| Figur 1: Histogram for BSQ-14 score (tatt fra SPSS) | 41 |
| Figur 2: Normative data for den norske befolkningen 1998 (RAND-36) | 46 |

Vedlegg 1: Informasjonsskriv



Hei,

Mitt navn er Sigurd Grønvik Bachke og går masterstudiet i kroppsøving, idretts- og friluftslivsfag ved Universitetet i Sørøst-Norge, avd. Bø. Jeg skal gjennomføre et forskningsprosjekt på personer over 60 år som trener på treningssentre, og deres selvrapporterte helse, trening og livskvalitet. Spørreskjemaet skal ligge til grunn for oppgaven og vil bidra til et folkehelseperspektiv som det ikke er gjort så mye forskning på tidligere.

Spørreskjemaet består av tre deler og tar ca. 10 minutter å fylle ut.

Del 1 består av bakgrunnsopplysninger om deg.

Del 2 består av 14 spørsmål som handler om hva du selv føler i forhold til ditt eget utseende.

Del 3 består av spørsmål om din egen livskvalitet (både fysisk og psykisk)

Del 2 og 3 er standardiserte spørreskjemaer: BSQ-14 (Body Shape Questionnaire) og RAND-36

Både deltakerne og treningssenteret blir anonymisert.

På forhånd takk for hjelpen!

Student: Sigurd Grønvik Bachke

Veiledere: Solfrid Bratland-Sanda og Tommy Langseth

Vedlegg 2: Spørreskjema del 1 (Bakgrunnsopplysninger)

DEL 1

Kjønn

Sett kryss.

Kvinne.....

Mann.....

Alder, høyde og vekt

Fyll inn alder, høyde og vekt i de markerte boksene.

Alder.....

Høyde.....

Vekt.....

Utdanning

Hva er din høyeste fullførte utdanning? (Sett ett kryss)

Mindre enn 10 års grunnskole

10 års grunnskole

Videregående skole (inkludert gymnas og yrkesskole)

Universitet eller høyskole (inntil 4 år)

Universitet eller høyskole (mer enn 4 år)

Inntekt

Husholdningens samlede bruttoinntekt det siste året. Hvis du/din partner er pensjonist: kryss av på den samlede bruttoinntekten siste året før du/din partner ble pensjonert. (Sett ett kryss)

Under 150.000 kr

150.000 – 250.000 kr

250.000 – 350.000 kr

351.000 – 450.000 kr

451.000 – 550.000 kr

551.000 – 750.000 kr

750.000 – 1 000 000 kr

1 000 000 – 1 500 000 kr

Over 1 500 000 kr

Mosjon

Hvor ofte driver du mosjon? *(Ta et gjennomsnitt)*. Med mosjon menes det f.eks. å gå tur, gå på ski, svømme eller annen type trening/idrett

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i uka
- En gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- Omtrent hver dag

Dersom du driver slik mosjon så ofte som en eller flere ganger i uka:

Hvor hardt mosjonerer du? *(Ta et gjennomsnitt)*

- Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett
- Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett
- Tar meg nesten helt ut

Hvor lenge holder du på hver gang? *(Ta et gjennomsnitt)*

- Mindre enn 15 minutter
 - 16-30 minutter
 - 30 minutter – 1 time
 - Mer enn 1 time
-

Vedlegg 3: Spørreskjema del 2 (BSQ-14)

DEL 2

Hvordan har du følt det i forhold til utseende ditt i løpet av DE TO SISTE UKENE (BSQ-14)

Sett ett kryss på det alternativet som passer best til hvert spørsmål

Alle spørsmålene skal besvares.

| | | Aldri | Sjelden | Noen ganger | Ofte | Veldig ofte | Alltid |
|----|--|-------|---------|-------------|------|-------------|--------|
| 1 | Har du vært så bekymret for kroppsfasongen din at du har følt du burde slanke deg? | | | | | | |
| 2 | Har det å være sammen med tynne personer gjort deg forlegen i forhold til egen kropp? | | | | | | |
| 3 | Har du noen gang lagt merke til andre personer sin kropp og følt at din egen kroppsfasong kommer dårlig ut av sammenligningen? | | | | | | |
| 4 | Har det å være naken, f.eks. når du dusjer, fått deg til å føle deg tykk? | | | | | | |
| 5 | Har det å spise godteri, kaker eller mat med høyt kaloriinnhold gjort at du føler deg tykk? | | | | | | |
| 6 | Har du følt deg overdreven stor og rund? | | | | | | |
| 7 | Har du skammet deg over kroppen din? | | | | | | |
| 8 | Har bekymringer for kroppsfasongen din fått deg til å slanke deg? | | | | | | |
| 9 | Har du tenkt at kroppen din ser ut som den gjør fordi du mangler selvkontroll? | | | | | | |
| 10 | Har du bekymret deg for at andre skal se valker rundt midjen eller magen din? | | | | | | |
| 11 | Har du følt at det er urettferdig at andre personer er tynnere enn deg? | | | | | | |
| 12 | Har det å se ditt eget speilbilde (f.eks. i speilet eller et butikkvindu) gjort at du føler ubehag ved kroppsfasongen din? | | | | | | |
| 13 | Har du vært særlig bevisst på din egen kroppsfasong når du er sammen med andre? | | | | | | |
| 14 | Har bekymringer for kroppsfasongen din gjort at du føler at du må trene? | | | | | | |

*

Vedlegg 4: Spørreskjema del 3 (RAND-36)

DEL 3

RAND-36 Din helse

Spørsmålene under handler om hvordan du oppfatter helsen din.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette et kryss (X) i den boksen som passer best for deg.

1. Stort sett, vil du si at helsen din er:

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utmerket | Veldig god | God | Nokså god | Dårlig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå?

| | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|---|
| Mye bedre nå enn for ett år siden | Litt bedre nå enn for ett år siden | Omtrent som for ett år siden | Litt dårligere nå enn for ett år siden | Mye dårligere nå enn for ett år siden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?

Hvis ja, hvor mye? [Kryss (X) en boks på hver linje.]

| | Ja, begrenser meg mye | Ja, begrenser meg litt | Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt |
|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| a Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Løfte eller bære poser med dagligvarer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Gå opp trappen flere etasjer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Gå opp trappen én etasje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Bøye deg eller gå ned på kne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Gå mer enn to kilometer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h Gå flere hundre meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i Gå hundre meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j Dusje eller kle på deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av din fysiske helse?

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Fått gjort mindre enn du ønsket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Vært begrenset i type arbeidsoppgaver eller andre aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Hatt problemer med å utføre arbeidet eller andre aktiviteter (for eksempel at det krevde en ekstra innsats av deg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av følelsesmessige problemer (som å føle seg engstelig eller deprimeret)?

| | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Fått gjort mindre enn du ønsket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Utført arbeid eller andre aktiviteter mindre grundig enn vanlig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker?

| Ikke i det hele tatt | Litt | Moderat | Ganske mye | Ekstremt mye |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene?

| Ingen | Veldig svake | Svake | Moderate | Sterke | Veldig sterke |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smarter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ikke i det hele tatt | Litt | Moderat | Ganske mye | Ekstremt mye |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. De neste spørsmålene handler om hvordan du føler deg og hvordan du har hatt det i løpet av de siste fire ukene. For hvert spørsmål, ber vi deg velge det svaret som best beskriver hvordan du har følt deg.

Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene:

| | | Hele tiden | Mesteparten av tiden | En god del av tiden | Noe av tiden | Litt av tiden | Aldri |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | Har du følt deg full av liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | Har du vært veldig nervøs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d | Har du følt deg rolig og avslappet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e | Har du hatt mye overskudd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f | Har du følt deg nedfor og deprimert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g | Har du følt deg utslitt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h | Har du følt deg glad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i | Har du følt deg sliten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hele tiden | Mesteparten av tiden | En del av tiden | Litt av tiden | Aldri |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*

11. Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstandene for deg?

| | Helt riktig | Stort sett riktig | Vet ikke | Stort sett galt | Helt galt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Jeg regner med at helsen min blir dårligere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Helsen min er utmerket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(RAND Corporation, USA, har opphavsrett til det opprinnelige skjemaet, som ble utviklet innen Medical Outcomes Study. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten distribuerer oversettelsen av RAND-36, norsk versjon 1)

Vedlegg 5: SPSS syntaks fil RAND-36 (SF-36 V1)

*SPSS SYNTAKS FILE RAND-36 (SF-36 V1).

*1 Erstatt "xxx" med tilsvarende variabelnavn, slik at de opprinnelige variabelnavnene blir beholdt.

```
COMPUTE SF1 = xxx.  
COMPUTE SF2 = xxx.  
COMPUTE SF3a = xxx.  
COMPUTE SF3b = xxx.  
COMPUTE SF3c = xxx.  
COMPUTE SF3d = xxx.  
COMPUTE SF3e = xxx.  
COMPUTE SF3f = xxx.  
COMPUTE SF3g = xxx.  
COMPUTE SF3h = xxx.  
COMPUTE SF3i = xxx.  
COMPUTE SF3j = xxx.  
COMPUTE SF4a = xxx.  
COMPUTE SF4b = xxx.  
COMPUTE SF4c = xxx.  
COMPUTE SF4d = xxx.  
COMPUTE SF5a = xxx.  
COMPUTE SF5b = xxx.  
COMPUTE SF5c = xxx.  
COMPUTE SF6 = xxx.  
COMPUTE SF7 = xxx.  
COMPUTE SF8 = xxx.  
COMPUTE SF9a = xxx.  
COMPUTE SF9b = xxx.  
COMPUTE SF9c = xxx.  
COMPUTE SF9d = xxx.  
COMPUTE SF9e = xxx.  
COMPUTE SF9f = xxx.  
COMPUTE SF9g = xxx.  
COMPUTE SF9h = xxx.  
COMPUTE SF9i = xxx.  
COMPUTE SF10 = xxx.  
COMPUTE SF11a = xxx.  
COMPUTE SF11b = xxx.  
COMPUTE SF11c = xxx.  
COMPUTE SF11d = xxx.
```

*2 Sjekk frekvenser og gjør om verdier utenfor mulig rekkevidde (out of range - verdier) til SYSMIS
Erstatt "a, b" med out of range verdier (for eksempel 0 og 9 osv).

```
RECODE SF1 SF2 SF6 SF8 SF10 SF11a SF11b SF11c SF11d (a, b = SYSMIS).  
RECODE SF3a SF3b SF3c SF3d SF3e SF3f SF3g SF3h SF3i SF3j (a, b = SYSMIS).  
RECODE SF4a SF4b SF4c SF4d SF5a SF5b SF5c (a, b, = SYSMIS).  
RECODE SF7 SF9a SF9b SF9c SF9d SF9e SF9f SF9g SF9h SF9i (a, b = SYSMIS).
```

*3 Kod om slik at høyere skårer betyr bedre helse på alle variabler.

RECODE SF1 SF2 SF6 SF11b SF11d (1=5) (2=4) (4=2) (5=1).

RECODE SF7 (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).

RECODE SF8 (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1).

RECODE SF9a SF9d SF9E SF9H (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).

*4 Lag skalaskårer der hvor minst halvparten av enkeltpørsmål er besvart.

COMPUTE RPHYSICA = 10*MEAN.5(SF3a,SF3b,SF3c,SF3d,SF3e,SF3f,SF3g,SF3h,SF3i,SF3j).

COMPUTE RROLEPHY = 4*MEAN.2(SF4a,SF4b,SF4c,SF4d).

COMPUTE RPAIN = 2*MEAN.1(SF7,SF8).

COMPUTE RGENERAL = 5*MEAN.3(SF1,SF11a,SF11b,SF11c,SF11d).

COMPUTE RVITALIT = 4*MEAN.2(SF9a,SF9e,SF9g,SF9i).

COMPUTE RSOCIAL = 2*MEAN.1(SF6,SF10).

COMPUTE RROLEMOT = 3*MEAN.2(SF5a,SF5b,SF5c).

COMPUTE RMENTAL = 5*MEAN.3(SF9b,SF9c,SF9d,SF9f,SF9h).

COMPUTE RCHANGE = SF2.

*5 Gjør om skalaskårer til 0-100.

COMPUTE PHYSICAL = ((RPHYSICA-10)/20) * 100.

COMPUTE ROLEPHY = ((RROLEPHY-4)/4) * 100.

COMPUTE PAIN = ((RPAIN-2)/10) * 100.

COMPUTE GENERAL = ((RGENERAL-5)/20) * 100.

COMPUTE VITALITY = ((RVITALIT-4)/20) * 100.

COMPUTE SOCIAL = ((RSOCIAL-2)/8) * 100.

COMPUTE ROLEMOT = ((RROLEMOT-3)/3) * 100.

COMPUTE MENTAL = ((RMENTAL-5)/25) * 100.

COMPUTE CHANGE = ((RCHANGE-1)/4) * 100.