

Bacheloroppgave

Forekomst av forstyrret spise- og treningsatferd blant ernærings- og treningsstudenter sammenlignet med markedsføringsstudenter

En tversnittstudie utført på studenter ved Høgskolen Kristiania

av

102388

102504

Innleveringsfrist:

26. April 2018

VF202 – Bacheloroppgave

Bachelor i fysisk aktivitet og ernæring

Antall ord: 8783

April. 2018

Institutt for helsefag- Høgskolen Kristiania

«Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Institutt for helsefag- Høgskolen Kristiania. Høgskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.»

Forord

Denne bacheloroppgaven er vår avsluttende oppgave etter tre år på studiet Fysisk aktivitet og ernæring på Høgskolen Kristiania.

Vi vil gjerne takke vår veileder Ane Cecilie Westerberg for god og strukturert veiledning gjennom bacheloroppgaven, samt alle respondentene som besvarte spørreskjemaet vårt.

102388 og 102504

26 april. 2018.

Oslo.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	5
1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 HENSIKT/PROBLEMSTILLING.....	7
2.0 TEORI	7
2.1 HVA ER EN SPISEFORSTYRRELSE?.....	7
2.2 KLASSIFISERING.....	7
2.2.1 Anorexia Nervosa (AN).....	8
2.2.2 Bulimia Nervosa (BN).....	8
2.2.3 Binge eating disorder (BED).....	9
2.2.4 Uspesifikke spiseforstyrrelser (EDNOS).....	9
2.3 FOREKOMST	10
2.4 FORSTADIET TIL SPISEFORSTYRRELSER.....	10
2.4.1 Forstyrret spiseatferd.....	10
2.4.2 Forstyrret treningsatferd.....	11
2.5 UTSATTE GRUPPER.....	11
2.5.1 «Kvinnelidelse?».....	11
2.5.2 Studenter	12
2.5.3 Studenter innen studieretning trening og ernæring	12
2.5.4 Hyppigere forekomst blant de som trener mye?	13
2.6 BEHANDLING AV SPISEFORSTYRRELSER.....	14
2.6.1 Kognitiv terapi	14
2.6.2 Trening og kostholdsveiledning som behandling	14
3.0 METODE	16
3.1 VALG AV METODE.....	16
3.1.1 Populasjon og utvalg.....	17
3.1.2 Målemetode.....	18
3.2 VALIDITET OG RELIABILITET	19
3.3 STATISTIKK	20
3.4 ETISKE FORHOLD	20
4.0 RESULTATER	21
4.1 BAKGRUNNSVARIABLER.....	21
4.2 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN.....	21
4.2.1 Treningsatferd	21
4.2.2 Spiseatferd.....	23
4.2.3 Tidligere anstrengt forhold til trening, kropp og mat, og påvirkning av studie.....	24
4.2.4 Respondenter med spiseforstyrrelse.....	24
5.0 DISKUSJON	25
5.1 HOVEDFUNN	25
5.2 RESULTATSDISKUSJON	26
5.3 METODISKE STYRKER OG SVAKHETER	29
5.3.1 Kvantitativ fremgangsmåte	29
5.3.2 Studiedesign og målemetode.....	30
5.3.3 Utvalg.....	31
5.3.4 Konfunderende faktorer	32
5.4 BEHOV FOR VIDERE FORSKNING	33
6.0 KONKLUSJON	33

REFERANSELISTE.....	35
VEDLEGG 1. INFORMASJONSSKRIV TIL RESPONDENTENE.	39
VEDLEGG 2. SPØRRESKJEMA. SIDE 1 AV 2.	40
VEDLEGG 3. SPØRRESKJEMA. SIDE 2 AV 2.	41

Sammendrag

Bakgrunn: Studenter innenfor studieretningen i trening og ernæring, blir stadig eksponert for kunnskap om ulik mat sitt næringsinnhold, og viktigheten av fysisk aktivitet. Flere studier har undersøkt om ernærings- og treningsstudenter i større grad er utsatt for problematikk med spising og trening. Likevel har få studier funnet en signifikant høyere forekomst av spiseforstyrrelser blant ernærings- og trening studenter, sammenlignet med andre studenter.

Hensikt: Oppgavens hensikt var å undersøke om forekomsten av trenings- og spiseforstyrret atferd i mindre grad er utbredt blant helsefagstudenter, og om studiet og kunnskapen kan gi en opplevelse av bedret forhold til trening, mat og kropp for helsestudenten. Dette sammenlignes med studenter innen markedsføring.

Metode: Studien er en kvantitativ tversnittstudie. Innsamling av data ble gjort via et spørreskjema med lukkede spørsmål. Utvalget (n=65) besto av to grupper. Det deltok 36 studenter fra helsefag og 29 fra markedsføringsfag i studien.

Resultater: Det var en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt treningsfrekvens, treningsatferd, redd for vektoppgang, og om deres forhold til trening, mat og kropp hadde forandret seg etter påbegynt studie. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt om de tidligere har hatt problematikk med spising og trening, og om de ofte opplevde skyldfølelse etter de hadde spist.

Konklusjon: Studien kan konkludere med at det ikke er flere studenter med spise- og treningsproblematikk blant helsestudentene sammenlignet med markedsføringsstudentene. Studien ble på sin side utført på et lite utvalg, og flere konfunderende faktor kan ha påvirket resultatet. Det vil være behov for videre forskning.

Nøkkelord: treningsforstyrretatferd, spiseforstyrretatferd, spiseforstyrrelser, forekomst, studenter.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske plager og lidelser anses i dag som et stort samfunnsproblem i den vestlige verden (1). Psykiske plager er tilstander som oppleves belastende, men ikke i en så stor grad at det karakteriseres som en diagnose. Psykiske lidelse er derimot en samlebetegnelse for plager og symptomer som påvirker følelser, atferd og vår omgang med andre mennesker. Det anses at ca. halvparten av den voksne befolkning vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Åpenheten rundt psykisk sykdom har økt det siste tiår. Den psykiske lidelsen spiseforstyrrelser er ett hett tema i media, og det blir stadig diskutert hva kropps- og prestasjonspress kan gjøre med psyken til unge. Det beregnes at sykdommen vil ramme rundt 5-7% av verdens vestlige befolkning, og er den tredje mest vanlige lidelsen blant unge kvinner (2).

På Høyskolen Kristiania er studieretning for helsefag og studieretning for markedsføringsfag ganske homogene grupper i forhold til kjønnsfordeling (3). Statistisk sentralbyrå sine tall fra 2015 viste at begge studieretningene har en høyere prosentvis andel kvinner enn menn. Begge studieretningene er også på samme høgskole, og i samme by (4). Hovedforskjellen som skiller de to gruppene er at helsestudentene har fag knyttet til ernæring, fysisk aktivitet (FA), treningslære og generell helse, noe markedsføringsstudentene ikke har. Studenter som stadig blir utsatt for kunnskap om hva som er bra og dårlig for helsa, og viktigheten med FA og trening kan tenkes å i større grad være utsatt for ett anstrengt forhold til trening og mat. Likevel har tidligere studier som har undersøkt denne problemstillingen, funnet motstridende resultater (5,6,7,8). Trenings- og ernæringsstudentene har sjeldent vært signifikant mer utsatt for et anstrengt forhold til mat og trening, sammenlignet med andre studenter.

På en annen side har studier vist at både trening og kostholdsveiledning kan være effektivt som behandling av spiseforstyrrelser, eller mot ett anstrengt forhold til trening og mat (9). Kostholdsveiledning har vist seg å fjerne «vrangforestillinger» om hva som anses som sunt, og gitt personen enn større trygghet i forhold til mat. Trening har vist å gi en symptombedring for pasienter med spiseforstyrrelser, og kan bidra med å holde sykdommen i sjakk (10).

1.2 Hensikt/problemstilling

Studiens hensikt var å undersøke om forekomsten av trenings- og spiseforstyrret atferd er større eller mindre blant helsefagstudenter sammenlignet med markedsføringsstudenter. Samtidig ville vi også se på om studiet kan bedre studentens forhold til trening, mat og kropp. Studenter fra markedsføringsfag ble benyttet som kontrollgruppe i denne studien. Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er: «**Er det lavere forekomst av forstyrret spise- og treningsatferd blant studenter med økt kunnskap om fysisk aktivitet og ernæring sammenlignet med studenter uten særskilt kompetanse innen disse områdene?**»

2.0 Teori

2.1 Hva er en spiseforstyrrelse?

En spiseforstyrrelse defineres som: «Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten» (11). Spiseforstyrrelser er et samlebegrep for ulike psykiske lidelser som deler lignende karakteristiske trekk som resulterer i et problematisk forhold til kropp, vekt og mat. Sykdommen vil i stor grad opptre som en mestringsmekanisme for å prøve å kontrollere et kaos av følelser (12). Et strikt og kontrollert forhold til mat, vekt og kropp kan gi en opplevelse av kontroll, og en følelse av mestring. Mat er aldri hovedproblemet i sykdommen, men opptrer som et symptom (13).

De siste årene har misnøye med egen kropp og vekt blitt et økende fokus i media og helsevesenet. Dette betyr ikke nødvendigvis at det har vært en økning i insidens av spiseforstyrrelser, men kan skyldes at flere velger å være åpen om sykdommen, og dermed har sykdommen blitt mer synlig i media.

2.2 Klassifisering

Det er utviklet to diagnostiske systemer for klassifisering av spiseforstyrrelser (14): International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems (ICD- 10) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). ICD-10 er verdens helseorganisasjon (WHO) sitt klassifiseringssystem, mens DSM-5 er klassifiseringssystemet til den amerikanske psykiatriforeningen, The American Psychiatric Association (APA). ICD-10 er det offisielle diagnosesystemet i norsk helsevesen, mens i

vitenskapelige sammenhenger benyttes DSM-5 hyppigst (14). Den største forskjellen mellom de to diagnostiske systemene er at DSM-5 også inkluderer overspisingslidelse (Binge Eating Disorder) (15).

Hoveddiagnosene innenfor spiseforstyrrelser er Anorexia Nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) og Binge eating disorder (BED). Det er også dannet en rest kategori: «Eating disorder not otherwise specified» (ENDOS) for de som eksempelvis mangler en eller flere av kriteriene for BN eller AN (16). Det viser seg at de «uspesifiserte» spiseforstyrrelsene oftest er de vanligste (1).

2.2.1 Anorexia Nervosa (AN)

AN kjennetegnes som «benekteren» (16). DSM- 5 stiller følgende kriterier for at diagnosen skal stilles (15):

A) Vegring mot å opprettholde kroppsvekten. Følger et restriktivt energiinntak som fører til lav kroppsvekt sett i forhold til alder og kroppshøyde.

B) Intens frykt for å gå opp i vekt, eller legge på seg til tross for at personen er betydelig undervektig.

C) Forstyrret kroppsbilde. Selvtilliten er påvirket av kroppsvekt eller kroppsform og/eller fornektelse av alvorligheten forbundet med den lave kroppsvekten.

Sykdommen fører til en overopptatthet av mat, trening, vekt og kroppsform, som igjen kan føre til en kroppsvekt som er under 15% av det som er forventet for høyde og alder (15).

Vekttapet er hovedsakelig et resultat av et begrenset energiinntak. Både overtrening og sult benyttes som metoder for vektnedgang (16). I tillegg forekommer hyppig kroppsjekking, slik som gjentatte vektmålinger, klype i hudfolder og kjenne etter utstående bein. AN betegnes som den mest dødelige psykiske sykdommen (17). Dette skyldes de alvorlige somatiske komplikasjonene sykdommen kan gi, slik som hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteinfarkt, og suicidalitet.

2.2.2 Bulimia Nervosa (BN)

BN kjennetegnes som «renseren» (16). DSM-5 stiller følgende kriterier for at diagnosen BN skal stilles (15):

A) Gjentatte episoder med overspising. En overspisingsepisode karakteriseres av følgende:

1. Inntak av en betydelig stor mengde mat over en begrenset tidsperiode (f.eks.: 2 timer) sammenlignet med hva de fleste ville spist i løpet av samme tidsperiode og under like omstendigheter.
 2. Følelsen av tap av kontroll over spisingen i løpet av episoden (f.eks.: følelsen av å ikke kunne stoppe å spise eller ha kontroll over hvor mye en spiser.
- B)** Gjentatte uhensiktsmessige kompensatoriske atferder som kan hindre vektøkning, slik som oppkast, bruk av avføringsmidler eller overdreven FA)
- C)** Både overspisingen og tømmingsritualene forekommer minst 1 gang ukentlig over en tremåneders periode.
- D)** Selvtilliten er påvirket av kroppsvekt og kroppsform.
- E)** Symptomene forekommer ikke kun i anorektiske perioder.

2.2.3 Binge eating disorder (BED)

DSM-5, i motsetning til ICD-10, definerer BED som en egen diagnose (15). I dag anses sykdommen å være mer utbredt i Norge enn AN og BN. Likevel er dette diagnosen de færreste kjenner til (16). Sykdommen opptrer ofte i eldre alder enn BN og AN.

DSM-5 stiller følgende kriterier for å stille en diagnose (15):

- A)** Gjentatte episoder med overspising.
- B)** Overspisingsepisodene er forbundet med minimum tre av de følgende: 1) å spise mye raskere enn normalt, 2) å spise til en er ubehagelig mett, 3) å spise store mengder mat uten å være sulten, 4) å spise alene grunnet flauhet over matmengden en spiser, 5) å føle avsky, skyldfølelse i etterkant.
- C)** Markant skam over overspisingsepisodene.
- D)** Overspisingsepisodene forekommer minimum en gang i uken over en periode på tre mnd.
- E)** Benytter seg ikke av kompensatoriske strategier slik som ved BN.

2.2.4 Uspesifikke spiseforstyrrelser (EDNOS)

EDNOS omfatter en heterogen gruppe personer med spiseforstyrrelser som ikke oppfyller alle de diagnostiske kriteriene for eksempelvis AN, BN eller BED, men allikevel har et forstyrret forhold til sin egen kropp og vekt, og har behov for behandling (14). EDNOS ser ut til å forekomme hyppigere enn AN og BN, og kan være like alvorlige og langvarige som de overnevnte.

2.3 Forekomst

Det er en stor variasjon i målt forekomst blant ulike studier, dette skyldes ulike måleinstrumenter og utvalg, samt en økning i andelen som får en diagnose etter omleggingen fra DSM-IV til DSM-5(18). Norske studier baserer seg på bruk av spørreskjema som metode for å kartlegge spiseforstyrrelser (1). Forekomst av spiseforstyrrelser blant kvinner var uendret fra 1991 til 2004. Uspesifikke spiseforstyrrelser var diagnosen med høyest forekomst.

Rosenvinge og Göttestams artikkel fra 2002 bygger grunnlaget for tallene Folkehelseinstituttet (FHI) oppgir på sine sider (15, 16). Forekomsten av AN antas å være på 0,3 prosent, og den beregnes å ha vært relativt stabil de siste årene (16). Forekomsten av BN antas å være på ca. 2 prosent, mens forekomsten av BED antas å være på ca. 3 prosent. Tallene vil være noe usikre da de er 16 år gamle og spørreskjemaer baserer seg på selvrappotering.

2.4 Forstadiet til spiseforstyrrelser

I likhet med at flere kan ha psykiske plager, uten å ha en psykisk lidelse, kan flere ha symptomer på en spiseforstyrret atferd, eller slite med trening, mat og egen kropp uten å være diagnostisert med klinisk diagnose (18). De overnevnte kriteriene for diagnostisering av spiseforstyrrelser kan oppleves som snevre for mange. En spiseforstyrrelse utvikles normalt gjennom flere stadier. Fra det å ha et normalt forhold til mat og egen kropp, til et stadig mer forstyrret forhold, som videre utvikles til en klinisk diagnose. Forstyrret spise- og treningsatferd kan være forstadiet til videre utvikling av spiseforstyrrelser.

2.4.1 Forstyrret spiseatferd

Forstyrret spiseatferd vil si at man har en forstyrret måte å tenke og oppføre seg på når det gjelder eget forhold til kropp, mat og vekt (18). En atferd som går fra det å være normalt opptatt av kroppsvekt og matrestriksjon til en overopptatthet av kroppsvekt, overspising/fråtsing, misbrukt av avføringsmidler, vandrivende eller bruk av slankepiller. Det er ikke uvanlig at kroppsbildeproblem forekommer samtidig. Over tid kan dette gradvis utvikle seg til kriteriene for en klinisk spiseforstyrrelse. Klassiske symptomer kan være (13):

- opplever skyldfølelse etter man har spist
- opplever at det er ubehagelig å spise foran andre

- redd for vektoppgang
- overopptatthet av vekt og egen kropp

2.4.2 Forstyrret treningsatferd

Generelt er trening en sunn aktivitet, som gir flere psykiske og fysiske helsegevinster (19). Men for noen kan trening føre til en avhengighet som går utover personens sosiale liv og helse. Symptomer på dette kan være ekstremt økt mengde aktivitet utover det som er normalt for å oppnå god form og god helse.

Treningsavhengighet er ikke anset som en diagnose, men ses å forekomme både avhengig og uavhengig av en spiseforstyrrelse. Innenfor spiseforstyrrelser anses trening å ha en dobbeltsidig virkning som betegnes som «The To-Edge Sword» (20). På den ene siden spiller trening en viktig rolle for å opprettholde en frisk og sunn helse, mens hvis treningsmengden og intensiteten blir for stor, er ikke dette gunstig for helsen. Det finnes ulike betegnelser og definisjoner for overdreven trening og treningsavhengighet (21). I hovedsak handler slik problematikk om å kontrollere vekten, eller som en kompenserende atferd, eksempelvis for å unngå dårlig samvittighet etter et måltid. De fleste studier som har sett på mengde FA blant pasienter med spiseforstyrrelser benytter selvrapporing som metode. Dette kan gi en stor feilmargin, da flere pasienter med spiseforstyrrelse har en tendens til å underrapportere mengde FA. En Norsk studie fra 2010 undersøkte kvinner med BN på Modum bad sine aktivitetsvaner (22). Her ble mengde FA registrert subjektivt via selvrapporing og objektivt via et akselerometer. Studien viste at flere pasienter med BN underrapporterte mengde FA.

2.5 Utsatte grupper

Sykdommen opptrer hyppigst i ungdomsalderen, men kan også ramme prepubertale barn og voksne (13). Noen er i større grad disponert for å utvikle sykdommen enn andre (14). Typiske disponerende forhold er eksempelvis hunnkjønn, genetik, negative familiære forhold, perfektjonisme og kulturelle forhold med eksempelvis et stort prestasjonspress og slankepress. Klassiske årsaksforhold er oftest sammensatt av biologiske, psykososiale og kulturelle faktorer (23). Typiske utløsende forhold er mobbing, slanking, store prestasjonskrav og tidlig pubertet (13).

2.5.1 «Kvinnelidelse?»

Spiseforstyrrelser har tidligere blitt beregnet som en «kvinnelidelse» (23). En Kanadisk studie fra 2001, studerte kanadiske jenter i alderen 12-18 år og deres spisevaner og spiseatferd (24).

Resultatet viste at opp mot $\frac{1}{4}$ av deltakerne hadde karakteristiske trekk og symptomer på en spiseforstyrret atferd. Spiseforstyrrelser er også utbredt blant norske jenter og kvinner.

Oppimot 50 000 norske kvinner mellom 15 og 45 år lider av en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse (23).

I kliniske materialer er ofte mindre enn 5% av pasientene med spiseforstyrrelser menn (25). Dette kan skyldes at kvinner er mer utsatt for sykdommens disponerende faktorer, slik som tidlig pubertet og perfektjonisme (23). Menn har også ofte en høyere terskel for å oppsøke helsevesenet både med psykiske og fysiske plager (25). Det kan også tenkes at menn opplever en følelse av skam for å lide av en såkalt «kvinnelidelse». Etter økt kunnskap om spiseforstyrrelser blant menn og gutter, antas det at det er store mørketall, og det antas at flere menn lider av en spiseforstyrrelse uten å være diagnostisert.

2.5.2 Studenter

Studenter er en utsatt gruppe for psykiske plager. Spørreundersøkelsen; studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) utføres hvert fjerde år på norske universitets- og høyskole studenter (26). Resultatene fra 2014 viste at hver femte student rapporterte symptomer på psykiske plager. Forekomsten var dobbelt så høy blant studenter sammenlignet med normalbefolkningen i samme aldersgruppe. Forekomsten blant kvinner var også dobbelt så høy som forekomsten blant menn. Andelen med alvorlige psykiske plager har også økt hos begge kjønn siden 2010. Resultatene fra 2018 ventes i September (27).

2.5.3 Studenter innen studieretning trening og ernæring

Gjennom studieretninger innenfor ernæring, livsstilsendring og trening, blir studentene daglig påvirket av kunnskap om hva som gir god helse, viktigheten av å være i aktivitet og treningslære. Flere studier har undersøkt om studenter innenfor ernæring og trening i større grad er disponert for å utvikle en trenings- og spiseforstyrret atferd og et dysfunksjonelt forhold til kropp. Internasjonale studier har vist noe motstridende resultater.

En fransk studie fra 1992 undersøkte forekomsten av forstyrret spiseatferd blant kvinnelige collestudenter som studerte ernæring (5). Studien viste at det ikke var en høyere forekomst av forstyrret spiseatferd blant ernæringsstudentene, men at det faktisk var en lavere forekomst av spiseforstyrrelser og forstyrret spiseatferd. Studien separerte de ulike klassetrinnene, fra første års studenter til fjerde års studenter. Det viste seg at tredje og fjerde års studenter hadde

en signifikant bedret spiseatferd enn første års studenter. Studien konkluderte med at studentene fikk en bedret spiseatferd ved å eksponeres for økt kunnskap om ernæring. En australsk studie fra 2017 studerte negativt kroppsbilde, bruk av overdreven trening og ulike vektnedgang strategier blant studenter som utdannet seg som kroppsøvingslærere, sammenlignet med andre lærerstudenter (6). Studien fant en signifikant forskjell mellom de mannlige studentene. Mannlige studenter som utdannet seg som kroppsøvingslærere hadde en høyere driv for å oppnå stor grad av muskulatur og hyppigere registret tvangsdreven trening. De registrerte også en signifikant høyere forekomst av bruk av diett. Kvinnelige studenter som utdannet seg som kroppsøvingslærere hadde også en noe større grad av tvangspregget trening enn andre kvinnelige lærerstudenter.

En Tyrkisk studie fra 2010 fant motstridende resultat til den australske studien (7).

Tversnittstudien studerte prevalensen av spiseforstyrrelser og negativt kroppsbilde blant ernæring studenter, sammenlignet med en annen studieretning. 577 studenter fra Gazi Universitet i Ankara, Tyrkia ble rekruttert til å svare på en spørreundersøkelse. Studien fant ingen signifikant forskjell mellom ernæringsstudentene og studenter fra andre studieretninger. En amerikansk studie fra 2015 fant lignende resultat som den tyrkiske (8). Studien undersøkte risiko for spiseforstyrrelser og negativt kroppsbilde blant kvinnelige studenter ved universitetet. Deltakerne ble delt inn i tre grupper: studenter ved ernæring, studenter ved idrettsvitenskap og studenter ved andre studieretninger. Studentene ble gitt et standardisert spørreskjema. Resultatet viste ingen signifikant forskjell mellom de tre gruppene. Studien hadde dog få deltakere (n=89).

En portugisisk studie fra 2013 fant heller ingen signifikant høyere risiko for spiseforstyrrelser blant ernæringsstudentene enn vanlige studenter (28). Studien fant derimot en signifikant høyere treningsfrekvens blant ernæringsstudentene.

2.5.4 Hyppigere forekomst blant de som trener mye?

Hyperaktivitet eller overtrening kan være ett symptom på spiseforstyrrelser og en forstyrret treningsatferd. Det har vært diskutert om store treningsmengder også kan være en utløsende faktor for sykdommen. Toppidrettsutøvere har en større risiko for å utvikle spiseforstyrrelser enn normalbefolkningen (29). Dette skyldes eksempelvis deres høye krav til å prestere og tåle ekstreme treningsmengder. Derfor har det også blitt antatt at vanlige mosjonister med store treningsmengder er i større grad utsatt for sykdommen. En doktoravhandling av Einar Kjelsås fra 2003 fant motstridende resultater til dette (30). Det ble utført en spørreundersøkelse blant

1500 universitetsstudenter i Norge. Her ble det undersøkt treningsmengde og symptomer på en spiseforstyrret atferd. Det viste seg at studentene var like mye utsatt for sykdommen uavhengig av treningsmengde. En spansk oversiktsartikkel fra 2015 konkluderte også med at bare rundt 3% av de som var fysisk aktive ble sykkelig treningsavhengige (31).

2.6 Behandling av spiseforstyrrelser

2.6.1 Kognitiv terapi

Tidlig diagnostisering og iverksetting av behandling er viktig for å redusere sykdomforløpet (16). I følge FHI er behandlingsresultatene gode for 65-85 prosent, hvis behandlingen settes i gang tidlig i sykdomsforløpet. Flere kvier seg for å oppsøke hjelp (13). Det viser seg at noen venter opp mot 4-5 år med symptomer på spiseforstyrrelser, før de oppsøker hjelp. Man antar også at flere lever med spiseforstyrrelse uten å være klar over det selv.

I dag er den foretrekkende behandlingsmetoden for spiseforstyrrelser kognitiv behandling og/eller medikamentell behandling (13). Klassisk kognitivbehandling kan være både individterapi og familieterapi, samt grupper med både spisetrening og sosial trening. Dette kan gjennomføres samtidig med medikamentell behandling, slik som eksempelvis antidepressiva. Første konsultasjon skjer oftest hos pasientens fastlege. Deretter blir pasienten henvist videre til spesialhelsetjenesten, slik som Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hvis pasienten er under 18 år, eller Distriktpsykiatrisk sentre hvis pasienten er over 18 år. Skulle pasientens helsetilstand stå i fare for å gi alvorlige somatiske komplikasjoner, og det vil kunne bli behov for medisinsk overvåking som ikke kan tilbys i det psykiske helsevernet, vil det kunne være nødvendig med et midlertidig opphold ved en somatisk avdeling, enten gjennom tvungen eller frivillig innleggelse. Et slikt opphold er oftest i forbindelse med tvangsernæring, via sonde eller intravenøst.

2.6.2 Trening og kostholdsveiledning som behandling

FA og trening har vist seg å bedre livskvaliteten for pasienter med ulike psykiske sykdommer slik som depresjon og angst, og kan benyttes som en del av behandlingen av psykisk sykdom (32). Innenfor spiseforstyrrelser er FA og trening et mer sensitivt tema, da det ofte benyttes som en kompenseringsteknikk for å tilfredsstille sykdommen, og er i flere tilfeller en del av sykdomsbilde. Likevel kan trening i samarbeid med økt kunnskap om mat og FA ha flere gunstige fordeler for personer med spiseforstyrrelser (33).

Kostholdsveiledning, eller ernæringsrådgiving utføres ved at en person med helsefaglig kompetanse i ernæring, vanligvis en klinisk ernæringsfysiolog, hjelper pasienten med fornuftige ernæringsvalg, og legger til rette for realistiske mål når det gjelder å normalisere spisemønstre (33). Hvis pasienten er medisinsk frisk nok til å være fysisk aktiv, kan FA bidra til å redusere spiseforstyrrelse symptomer.

Norges Idrettshøgskole startet i 2014 prosjektet «FAKT» (9). FAKT er en forkortelse for Fysisk aktivitet og kostholdsterapi. Dette var en kvalitativ intervensjonsstudie, hvor FAKT ble testet opp mot den terapiformen som i dag anses som gullstandarden, kognitiv terapi, blant kvinnelige pasienter med BN og BED. Studiens hypotese var at økt kunnskap om ernæring kan redusere vrangforestillinger om mat som anses som «farlig», og gi pasientene større trygghet i forhold til spising. Trening benyttes også som behandling, da bedret fysisk form vil bedre beinmasse, kroppssammensetning og redusere medisinske komplikasjoner som en spiseforstyrrelse kan gi (9). Resultatene fra studien kom i 2017.

En av deltakerne rapporterte at hun hadde blitt mer fokusert på hvor viktig det var å ha en velfungerende kropp. En annen deltaker rapporterte at hun hadde begynt å lytte bedre til kroppen sin før hun trente. Eksempelvis om hun hadde spist nok og sovet nok.

Flere av deltakerne rapporterte at de hadde høyere tiltro til ernæringsråd og informasjon fra profesjonelle terapeuter sammenlignet med råd og informasjon om ernæring som de fant gjennom eksempelvis sosiale medier. Dette gjorde det også enklere å følge en kostholdsplan som var satt opp av de samme profesjonelle behandlingsterapeutene. Flere opplevde også å få en større forståelse av viktigheten av mat, og de fleste deltakerne uttrykket at de ønsket at behandlingen varte lenger.

En behandlingsstudie fra 2002 som også var gjennomført av Norges Idrettshøgskole hadde noen lignende funn (34). Kvinner med BN ble randomisert inn i tre grupper: en treningsgruppe, en kostholdsveiledningsgruppe, og en kognitiv terapigruppe. Studiens formål var å undersøke hvilken av gruppene som hadde høyest grad av symptombedring. Resultatet viste at treningsgruppen ga de beste resultatene. Gruppen hadde høyere grad av symptombedring i forhold til ønske om å være tynn, overspisings- og renselsesepisoder, sammenlignet med kognitiv terapi. Kostholdsveiledning hadde ikke en høyere grad av symptombedring sammenlignet med kognitiv terapi.

En amerikansk meta-analyse fra 2008 konkluderte med at FA kan forbedre livskvaliteten blant personer med spiseforstyrrelser (10).

Spesielt ser det ut til at FA er effektivt i forhold til å forbedre og redusere spiseforstyrrelse symptomer. Man må likevel være noe kritisk til resultatene, siden FA kan benyttes som en kompensierende atferd for å tilfredsstille sykdommen, og for å holde sykdommen og kroppsvekten stabil (20, 22).

3.0 Metode

Vilhelm Aubert definerte metode som: «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme med ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (35, s. 196).

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (36, s 81). Metode er redskapet vårt når vi ønsker å undersøke noe. Den hjelper oss med å samle inn data, altså i å gi den informasjonen vi trenger i undersøkelsen vår. Innenfor metode har vi to overordnede tilnæringsmåter: kvalitativ metode, som gir resultater som kan ordfestes, og kvantitativ metode, som gir resultater som kan tallfestes (36, s. 82).

3.1 Valg av metode

Vi har benyttet en kvantitativ metode. Metoden var mest passende for vår problemstilling, og var metoden som var hyppigst brukt i andre studier med lignende problemstillinger som vi kunne diskutere opp i mot.

Ved bruk av en kvantitativ metode kunne vi tallfeste resultatene våre, og sammenligne resultatene fra de ulike studieretningene. Som studiedesign valgte vi å utføre en tversnittstudie, med et eget definert spørreskjema. En tversnittstudie er en observasjonsstudie som utføres på et gitt utvalg valgt ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriterier (37). Et spørreskjema er en systematisk metode for å samle inn data om et gitt tema for en utvalgt gruppe (36, s. 204). Metoden var relativt enkelt og gjennomførbar innenfor tidsrammen for bacheloroppgaven, samt at respondentene kunne være helt anonyme. En tversnittstudie er godt egnet for å finne forekomst, men mindre egnet til å finne årsakssammenhenger.

Da det finnes få store, og spesielt norske studier, innenfor dette tema, valgte vi ikke å utføre en litteraturstudie.

3.1.1 Populasjon og utvalg

Rekrutering eller utvalgsmetode omhandler å velge ut målgruppen man ønsker å undersøke (36, s. 89). Gjennom strategisk utvelgelse valgte vi på forhånd målgruppen som skulle rekrutteres for å innhente nødvendig data.

Vi valgte et utvalg blant tredje års studenter ved helsefag og markedsføringsfag ved Høgskolen Kristiania. Utdanning innenfor markedsføring er relativt populært, og finnes ved en rekke høyskoler både i Norge og i utlandet (38). Studieretningen var derfor godt egnet til å benyttes til sammenligning.

Et utvalg fra tredje års studentene på Høgskolen Kristiania avdeling Oslo ble rekruttert i skolens egne lokaler, slik som forelesningssal og skolens eget bibliotek. Fra helsefag var inklusjonskriteriene at de enten skulle være tredje års studenter ved bachelor i livsstilsendring og folkehelse, bachelor i fysisk aktivitet og ernæring, eller bachelor i ernæring (se tabell 1). Vi valgte å ekskludere osteopatistudenter, akupunkturstudenter og personligtrener studenter da disse ikke har like mye ernæring eller FA i pensum. Dette var også for å avgrense oppgaven. Blant markedsføringsfag var inklusjonskriteriene bachelor i markedsføring og merkevareledelse eller markedsføring og salgsledelse. Første og andre års studenter ved helse- og markedsføringsfag ble ekskludert, da disse ikke har gått på høyskolen i like mange år, og derfor ikke har rukket å opparbeide seg den samme kunnskapen innen eksempelvis helse, FA og ernæring, som tredje års studenter.

Tabell 1. Inklusjons og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Samtykket å delta i studien. - Tredje års studenter ved bachelor i Fysisk aktivitet og ernæring, bachelor i ernæring og bachelor i livsstilsendring og folkehelse. - Tredje års studenter ved bachelor i markedsføring og salgsledelse, og bachelor i markedsføring og merkevareledelse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke samtykket å delta i studien. - Datamateriale som kan gjenkjennes. - Første- og andre års studenter ved nevnte studieretninger.

3.1.2 Målemetode

Ved utforming av spørsmålene til spørreskjemaet ble Helsedirektoratet sine «nyttige spørsmål for å avdekke spiseforstyrrelse for barn og unge» og Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-) benyttet som utgangspunkt (13, 39). Dette er validerte spørreskjemaer som brukes i kartlegging av spiseforstyrrelser. EDE-Q benyttes eksempelvis ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) på Ullevål sykehus. Spørsmålene ble noe tilpasset så de skulle være relevant for bacheloroppgaven.

Spørreskjemaet (Vedlegg 2) består av lukkede spørsmål med angitte svaralternativer. Spørsmålene kartlegger trenings- og spiseatferd blant studentene, endringer av selvopplevet forhold til mat og trening, samt belyser studenter som eventuelt har vært eller er diagnostisert med en spiseforstyrrelse. Vi laget også en kategori i spørreskjemaet for de som ikke har vært diagnostisert, men selv føler de har hatt/eller har en spiseforstyrrelse. Dette gjorde vi for å få med flere, da ikke alle oppsøker helsevesenet, og de diagnostiske kriteriene kan for noen oppleves som snevre (18). Vi ønsket også å undersøke på en generell basis om studentene opplevde et stort kropps- og sunnhetsfokus på sitt studie, og om deres forhold til trening og kropp har endret seg etter påbegynt studie. Vi valgte av hensyn til anonymitet, å la være å ha spørsmål angående vekt, høyde og kroppsmasse index (KMI), til tross for at dette er faktorer som er tett knyttet opp mot sykdommen (13). Spiseforstyrrelser og en spise- og treningsforstyrret atferd er i hovedsak en psykisk tilstand, og en lav KMI behøver ikke ha en direkte sammenheng med spiseproblemer. Flere med sykdommen, eller problematikk med trening og spising er også normalvektige (16, 23). Vi unngikk å ha spørsmål om amenoré eller impotens, fordi vi ønsket å ha samme standardiserte spørsmål som passet både menn og kvinner.

Rekkefølgen ble tilpasset etter relevans. Ved visuell utforming av spørreskjema tok vi utgangspunkt i SSB sin håndbok; «Retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema» (40). Spørsmålene skulle besvares ved avkrysning i bokser. Dette gjorde det enklere både for deltakerne og oss forskere. Vi brukte klare skiller mellom spørsmålene og utheving av spørsmålstekstene. Deltakerne ble gitt et informasjonsskriv (vedlegg 1), hvor de ble informert om spørreskjemaet og hva som skjer med informasjonen angående dem. Deltakere måtte også avkrysse om de samtykket til å delta i studien. Ved utforming av informasjonsskrivet, tok vi utgangspunkt i: «Regionale etiske komité mal for informasjonsskriv» (41). Dette ble også noe

tilpasset for å være relevant for bacheloroppgaven.

I midten av februar delte vi ut spørreskjemaer til tredje års studenter ved bachelor Helsefag og markedsføringsfag. Vi presenterte oss, forklarte kort om at dette var et spørreskjema i anledning vår bacheloroppgave og at det var frivillig å delta, og at anonymiteten ville ivaretas. Respondentene ble tildelt en identitetsfri konvolutt, hvor de skulle legge inn besvarelsen. Deretter la de konvoluttene ytterst på pulten i en bunke, som vi hentet igjen når alle respondentene hadde utført besvarelsen. Vi unngikk også å nevne for deltakerne at dette var en spørreundersøkelse som kartla forstyrrelser innenfor trening og spising, men heller ordla det som: «kartlegging av trening- og spiseatferd blant studenter».

3.2 Validitet og reliabilitet

Validitet sier noe om valgt metode er fornuftig for å besvare problemstillingen (42). Høy validitet er derfor ønskelig. I denne studien vil det bety i praksis at det utarbeidede spørreskjema må måle det som ønskes å forske på. Studien tok utgangspunkt i validerte spørreskjemaer som benyttes i kartlegging av spiseforstyrrelser. Spørreskjemaet var også standardisert, slik at alle respondenter fikk de samme spørsmålene, med de samme svaralternativene. Vi lagde flere utkast og design av spørreskjemaet før vi fant det endelige produktet vi var fornøyde med. Første utkast ble diskutert med veileder. Her fikk vi konkrete tilbakemeldinger om at enkelte spørsmål måtte omformuleres. Vi utførte også en pilottest av spørreundersøkelsen, på en gruppe klassekamerater, og disse tilsvarte målgruppen (43, s. 291). Vi ba dem gi oss konstruktive tilbakemeldinger, og gi beskjed om spørsmålene kunne tolkes annerledes enn antatt. Vi oppdaget at ett av spørsmålene kunne vært formulert enda mer presist. Det var flere respondenter som svarte på mer enn ett svar alternativ ved spørsmål 7: «Hvilken av følgende passer ditt forhold til trening?» Her var det derfor ikke presisert godt nok at man bare skulle svare ett svaralternativ.

Reliabilitet sier noe om gyldigheten til studien, eller hvor «nøyaktig» den er (42). Studien bør utføres slik at en annen forsker kunne utført samme studie samtidig og kommet frem til tilnærmet samme resultat. Før utført studie hadde vi planlagt hvordan vi ønsket å behandle dataene etter innsamling av besvarelsene. Vi gikk gjennom bevarelsene flere ganger, og sorterte dem i de ulike studieretningene før vi vi tastet det inn i Excel. Vi tastet det først inn i ett Excelark vi kalte «grunnlag». Deretter dobbeltsjekk vi at alle tallene var korrekte, før vi

tastet det inn i ulike tabeller. Vi passet alltid på å telle at vi skulle ha 29 besvarelser fra marked, 36 besvarelser fra helse og 65 besvarelser til sammen ved hvert spørsmål.

3.3 Statistikk

Primærdata ble bearbeidet i Excel (*Microsoft Office, Excel 2015*). Vi benyttet prosent istedenfor utvalg, da de to ulike gruppene hadde ulikt antall respondenter. Vi benyttet en kjikvadrattest i Excel for å teste forskjellen mellom de to ulike studentgruppene. En kjikvadrattest estimerer om det er en signifikant forskjell mellom ulike kategoriske variabler (43, s 190).

3.4 Etiske forhold

Studien tok utgangspunkt i de generelle forskningsetiske retningslinjer (44). Primærdata ble behandlet uten navn. Personlig informasjon ble håndtert konfidensielt, og respondentene ble tydelig informert om samtykke. Det var frivillig å besvare spørreskjemaet, og deltakerne kunne når som helst trekke seg under besvarelsen. Hvis datamaterialet til en deltaker kunne gjenkjennes, ble disse dataene slettet. Vi valgte å innhente informasjonen på papir, for å unngå at prosjektet hadde meldeplikt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Studien ble utført anonymt, og ved at det ble utført på papir kunne ikke datamaterialet spores tilbake til en IP-adresse. Det var også bare vi forskere som hadde tilgang til besvarelsene. Etter godkjent bacheloroppgave vil besvarelsene bli makulert.

4.0 Resultater

4.1 Bakgrunnsvariabler

Fra helsefag ble det rekruttert 36 respondenter, mens fra markedsføringsfag ble det rekruttert 29 respondenter (se tabell 2). Fra begge studieretningene ble det rekruttert flere kvinner enn menn. Prosentvisandel kvinner og menn var ganske likt fordelt mellom gruppene.

Tabell 2. Bakgrunnsvariabler.

	Kjønn		Alder		Totalt
	Mann	Kvinne	<25 år	>25 år	
Marked	41%	59%	41%	59%	n=29
Helse	42%	58%	56%	41%	n=36

4.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

4.2.1 Treningsatferd

Det var en signifikant forskjell i treningsfrekvens mellom helsestudentene og markedsstudentene (se tabell 3). Alle helsefagstudentene trente mer enn 1 gang i uken. Dette var ikke tilfelle hos markedsføringsstudentene, hvor 28% trente mindre enn 1 gang i uken. Blant både markedsføringsstudentene og helsefagstudentene var den vanligste treningsfrekvensen 3-5 ganger i uken.

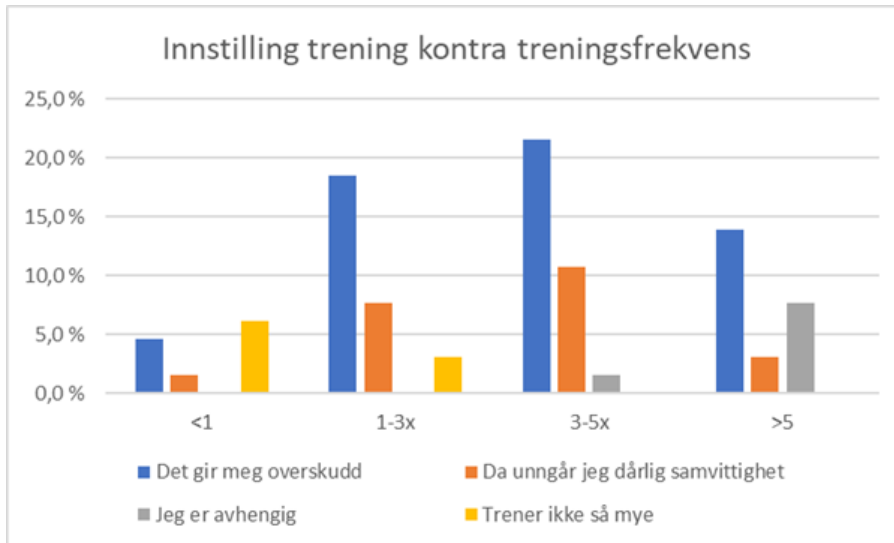
Det var en signifikant forskjell mellom gruppene ved angitt treningsatferd. Flest respondenter fra begge studieretningene rapporterte at de trente fordi det ga dem overskudd. 31% av markedsføringsstudentene rapporterte at de trente for å unngå dårlig samvittighet. 14% av helsefagstudentene rapporterte at de trente fordi de var avhengig.

14% av helsestudentene rapporterte at de opplevde det som det var et stort trenings- og kroppsfokus på sitt studie. 47% rapporterte i liten grad. Blant markedsføringsstudentene rapporterte 7% at det var et stort trenings- og kroppsfokus og 24% rapporterte i liten grad. Der summen av prosentverdiene ikke blir 100, skyldes dette avrunding opp eller ned.

Tabell 3. Treningsatferd og treningsfrekvens blant de ulike studieretningene.

Spørsmål	Svaralternativ	Marked (n=29)	Helse (n=36)	P-verdi
«Hvor ofte trener du?»	<1/uken	28%	0%	0,008
	1-3/uken	24%	33%	
	3-5/uken	31%	36%	
	>5/uken	17%	31%	
«Hvilken av følgende utsagn passer ditt forhold til trening?»	Det gir meg overskudd	48%	67%	0,048
	Jeg er avhengig	3%	14%	
	For å unngå dårlig samvittighet	31%	17%	
	Trener ikke så mye	17%	3%	
«Opplever du at det er et stort treningsfokus og kroppsfokus på studie ditt?»	Ja	7%	14%	0,054
	I liten grad	24%	47%	
	Nei	69%	39%	

Ved sammenligning av treningsfrekvens og treningsatferd ser man at treningsavhengigheten ikke forekommer før en treningsfrekvens på over fem ganger i uken (se figur 1). Trening for å unngå dårlig samvittighet har høyest forekomst ved en treningsfrekvens på 3-5 ganger i uken.



Figur 1. Treningsatferd kontra treningsfrekvens.

4.2.2 Spiseatferd

Det var en signifikant forskjell mellom gruppene ved spørsmål om de syntes det var ubehagelig å spise foran andre, og om de var redd for å gå opp i vekt (se tabell 4). Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene ved spørsmål om de ofte opplevde skyldfølelse etter de hadde spist.

Tabell 4. Rapportert spiseatferd på de ulike studieretningene.

Spørsmål	Svaralternativ	Marked	Helse	P-verdi
		(n=29)	(n=36)	
«Opplever du ofte skyldfølelse etter du har spist?»	Ja	14%	8%	0,166
	I liten grad	45%	36%	
	Nei	41%	56%	
«Syntes du det er ubehagelig å spise foran andre?»	Ja	0%	6%	0,017
	I liten grad	17%	0%	
	Nei	83%	94%	
«Er du redd for å gå opp i vekt?»	Ja	45%	14%	0,014
	I liten grad	17%	39%	
	Nei	38%	47%	

4.2.3 Tidligere anstrengt forhold til trening, kropp og mat, og påvirkning av studie

Flere helsestudenter rapporterte et tidligere anstrengt forhold til trening, mat og kropp, og en større prosentvisandel har vært diagnostisert med en spiseforstyrrelse, men andelen var ikke signifikant større (se tabell 5). Flertallet fra helsefag har også fått et bedre forhold til trening, mat og kropp etter påbegynt høgskole. Flertallet fra markedsføringsfag svarte at det var uforandret. Her var det en signifikant forskjell mellom gruppene.

Der summen av prosentverdiene ikke blir 100, skyldes dette avrunding opp eller ned.

Tabell 5. Studenter som rapporterte tidligere anstrengt forhold til trening, mat og kropp, og deres opplevd påvirkning av studie på disse områdene.

Spørsmål	Svaralternativ	Marked (n=29)	Helse (n=36)	P-verdi
«Har du hatt perioder med et anstrengt forhold til trening, mat og din egen kropp?»	Ja	28%	42%	0,474
	I liten grad	28%	25%	
	Nei	45%	33%	
«Utviklet dette seg til en spiseforstyrrelse?»	Ja	3%	19%	0,148
	Nei	90%	75%	
	Vet ikke	7%	6%	
«Etter påbegynt høgskole, har ditt forhold til trening, mat og kropp forandret seg?»	Blitt bedre	17%	58%	0,001
	Blitt dårligere	17%	3%	
	Uforandret	66%	39%	

4.2.4 Respondenter med spiseforstyrrelse

Respondenter som svarte ja på om de tidligere har hatt eller har en spiseforstyrrelse, ble spurt tre ekstra spørsmål angående spiseforstyrrelsen. 8 respondenter fra helsefag og 3 respondenter fra markedsføringsfag svarte på disse ekstra spørsmålene. Den hyppigst registrerte diagnosen var AN. To respondenter fra helsefag har vært diagnostisert med ENDOS og BN. Det var flere respondenter som rapporterte at de ikke hadde vært diagnostisert, men følte selv de hadde hatt en spiseforstyrrelse. Fra helsefag rapporterte flertallet at de var ganske friske i dag, og hadde blitt bedre etter påbegynt studie. Fra markedsføringsfag svarte flertallet at de var helt friske i dag, og at spiseforstyrrelsen var uforandret etter påbegynt studie.

Der summen av prosentverdiene ikke blir 100, skyldes dette avrunding opp eller ned.

Tabell 6. Respondenter diagnostisert med en spiseforstyrrelse.

Spørsmål	Svaralternativer	Marked (n=3)	Helse (n=8)
«Ble du diagnostisert med en av diagnosene nedenfor?»	AN	33%	38%
	BN	0%	13%
	BED.	0%	0%
	EDNOS	0%	13%
	Ble ikke diagnostisert, men følte jeg hadde en spiseforstyrrelse.	67%	38%
«Med tanke på spiseforstyrrelsen, hvor frisk føler du deg i dag?»	Helt frisk	67%	25%
	Ganske frisk	33%	63%
	Ikke frisk	0%	13%
«Med tanke på spiseforstyrrelsen, har den forandret seg etter du begynte på Høgskolen Kristiania?»	Blitt bedre	0%	63%
	Blitt dårligere	33%	13%
	Uforandret	67%	26%

AN: Anorexia Nervosa. **BN:** Bulimia Nervosa. **EDNOS:** Eating disorder not otherwise specified. **BED:** Binge eating disorder.

5.0 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

Hensikten med studien var å sammenligne forekomsten av forstyrret spise- og treningsatferd blant studenter som har økt kunnskap om FA og ernæring, sammenlignet med studenter uten særskilt kompetanse innenfor disse områdene.

Studien fant en signifikant forskjell blant gruppene når det gjaldt treningsfrekvens og angitt treningsatferd. Helsestudentene hadde en hyppigere treningsfrekvens enn markedsføringsstudentene, og alle respondentene fra helsefag trente mer enn 1 gang i uken.

Flertallet fra helsefag og markedsføringsfag svarte de trente fordi det ga dem overskudd. Det var en liten prosentvis andel fra helsefag som svarte at de trente for å unngå dårlig samvittighet. En større prosentvis andel fra av markedsstudentene trente for å unngå dårlig samvittighet. En større prosentvis andel helsestudenter rapporterte at de var treningsavhengig. Det var en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt redd for vektoppgang. 45% av markedsstudentene var redd for vektoppgang, sammenlignet med helsestudentene hvor 14% svarte at de var redd for vektoppgang.

Det var en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt om deres forhold til trening, mat og kropp hadde forandret seg etter påbegynt studie. 58% fra helsefag svarte at deres forhold til trening, mat og kropp hadde blitt bedre etter påbegynt høyskole, mens 13% svarte at det hadde blitt dårligere. Blant markedsstudentene svarte 68% at deres forhold til trening, mat og kropp var uforandret etter påbegynt studie, mens 33% svarte at det hadde blitt dårligere.

5.2 Resultatsdiskusjon

Hvorfor helsestudentene hadde en hyppigere treningsfrekvens enn markedsføringsstudentene har studien ingen fasit svar på. Resultatet samsvarer med funn fra den portugisiske studien fra 2013, som fant en signifikant forskjell i aktivitetsnivå blant ernæringsstudenter og vanlige studenter (28). Vi antar at studenter som studerer innenfor FA, har en større interesse for trening, og at de trolig i utgangspunktet, før de startet på studie, hadde en større interesse for dette, ved tanke på at de velger en studieretning innenfor disse områdene. Studien fant også signifikant forskjell mellom studieretningene ved spørsmål om de syntes det var et stort trening- og kroppspress på studie sitt (se tabell 3). Dette kan også ha vært påvirkende faktorer for utfallet.

Det var en signifikant forskjell mellom studieretningene ved angitt treningsatferd. Det ser likevel ut til at de fleste av studentene har et sunt forhold til trening, og de fleste rapporterte at de trente fordi det ga dem overskudd. Treningsavhengighet viste en noe større trend blant helsestudentene, mens trening for å unngå dårlig samvittighet viste en noe større trend blant markedsføringsstudentene. Resultatet samsvarer noe med funn fra den australske studien fra 2017 (6). Denne konkluderte med at lærerstudenter innenfor kroppsøving hadde en hyppigere forekomst av tvangsdreven trening, sammenlignet med andre lærerstudenter. Når vi sammenlignet treningsatferd og treningsfrekvens opp mot hverandre, oppdaget vi at treningsavhengigheten bare var hyppigst til stede for respondenter med en treningsfrekvens på

over 5 ganger i uken (se figur 1). Da en større prosentvis andel helsestudenter hadde en treningsfrekvens over 5 ganger i uken, kan dette ha en sammenheng.

Einar Kjelsås sin doktoravhandling fra 2003 viste at det ikke var en sammenheng mellom spiseproblematikk og treningsmengde blant studenter (30). Dette samsvarer med funn i denne studien. Til tross for at helsestudentene ser ut til å ha en hyppigere treningsfrekvens, ser det ikke ut til at de i større grad et utsatt for en anstrengt spiseatferd.

I studien vår fant vi en signifikant forskjell ved spørsmål om de syntes det var ubehagelig å spise foran andre. Resultatene fra de ulike studieretningene var noe vanskelig å sammenligne. Bare 5% av helsestudentene svarte ja, mens 17% av markedsføringsstudentene svarte i liten grad. Resterende av respondentene fra begge studieretningene svarte nei. Resultatet kan i alle fall tyde på at få studenter rapporterte at de syntes det er ubehagelig å spise foran andre.

Studien fant en signifikant større andel markedsføringsstudenter som var redd for vekt oppgang. Det var likevel over halvparten fra begge studieretningene som svarte ja eller i liten grad på spørsmålet. Resultatet kan tyde på at det var en stor andel fra begge studieretningene som var redd for vekt oppgang. Generelt kan dette også skyldes andre faktorer enn at man har et anstrengt forhold til sin egen vekt. Eksempelvis at man føler seg mest komfortabel i den kroppen man har. På en annen side presiserte spørsmålet om du er *redd* for å gå opp i vekt. Dette kunne anses som et faresignal. Vi kan tenke oss at markedsføringsstudentene ikke har samme kunnskapsnivå om hva som fører til vekt oppgang. Eksempelvis ved at økt muskelmasse kan også føre til vekt oppgang, og at generelt vekt ikke alltid er en god indikator på fysisk form, helse og kroppssammensetning (45, s. 158).

Studien fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene ved spørsmål om de ofte opplevde skyldfølelse etter de hadde spist. Fra markedsføringsfag svarte i overkant av halvparten ja eller i liten grad, mens fra helsefag svarte i underkant av halvparten ja eller i liten grad.

Det bør også nevnes at trening kan benyttes som en symptombedring ved spiseproblematikk (10, 33). Eksempelvis ved at trening/FA er kan bidra med holde kroppsvekten i sjakk, fordi det er energiforbrennende. Det at helsestudentene hadde en noe høyere treningsfrekvens enn markedsføringsstudentene kan ha vært en påvirkende faktor for at færre helsestudenter var redd for å gå opp i vekt, eller opplevde skyldfølelse etter de hadde spist.

Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt om hadde hatt perioder med et anstrengt forhold til trening, mat og kropp. Dette var et uforventet resultat, da det så ut til å være en større trend blant helsestudentene, med 42% av respondentene som svarte ja. Likevel svarte over halvparten av respondentene fra begge studieretningene ja eller i liten grad på spørsmålet. En stor del av befolkningen vil i løpet av livet ha perioder hvor man tenker litt mer over sin egen kropp, spesielt i tenårene (13). Det er derfor ikke uvanlig å ha perioder med et anstrengt forhold til trening, mat og kropp. Spørsmålet presiserte heller ikke hva en periode med et anstrengt forhold til dette vil innebære. Respondentene kan derfor ha hatt ulike oppfatninger av spørsmålet. Det kan også tenkes at siden helsestudentene i større grad har fått kunnskap om problematikk med spising og trening, kan det ha vært lettere å «erkjenne» at de periodevis har hatt et anstrengt forhold til dette.

Studien fant en signifikant større andel helsestudenter som opplevde at deres forhold til trening, mat og kropp hadde blitt bedre etter påbegynt studie. Bare 13% svarte det hadde blitt dårligere, som kan tyde på at bare et fåtall opplever at studie har påvirket dem i negativ retning i forhold til trening og mat. Dette samsvarer med funn i den franske studien fra 1992, som fant redusert forekomst av spiseproblematikk blant siste års studenter, sammenlignet med første års studenter. Da vi ikke har kjennskap til studentenes utgangspunkt fra første klasse på studie, må vi være noe kritisk til resultatet, da det kan være andre bakenforliggende mekanismer som har påvirket dette. Dette går nærmere inn på under konfunderende faktorer.

Totalt rapporterte 6 av 65 respondenter at de hadde vært diagnostisert med en spiseforstyrrelse. Det var også fem respondenter som svarte de ikke hadde blitt diagnostisert, men følte de hadde en spiseforstyrrelse. Dette er basert på selvrappotering, og studien var ikke egnet til finne forekomsten av spiseforstyrrelser. Likevel ga det noen interessante funn. Det var ingen menn som rapporterte at de hadde vært diagnostisert, eller følte de hadde hatt en spiseforstyrrelse, til tross for at det var flere mannlige respondenter som erkjente at de hadde hatt perioder med et anstrengt forhold til trening, mat og kropp. Dette samsvarer med tidligere studier som har vist at sykdommen er i større grad utbredt blant kvinner, og forekomsten blant menn ligger rundt 5% i kliniske sammenhenger (24). Menn kan også ha en høyere terskel for å oppsøke helsevesenet enn kvinner.

Blant diagnosene var AN den hyppigst registrerte, selv om dette er diagnosen med lavest forekomst i prevalensstudier (16). Fra helsefag var det flest kvinner under 25 år som besvarte spørreskjemaet, dette kan ha påvirket den forholdsvis høye andelen med respondenter som har vært diagnostisert med AN, da denne diagnosen ofte rammer unge kvinner (16, 23, 24). Ingen av respondentene hadde registrert at de hadde vært diagnostisert med BED, til tross for at diagnosen anses som den vanligste spiseforstyrrelsen i Norge (1). Dette kan skyldes at deltakerne eksempelvis er for unge, da sykdommen oftest opptrer i en eldre alder (16). Fem respondenter svarte de ikke hadde blitt diagnostisert, men følte de hadde hatt en spiseforstyrrelse. Tidligere prevalensstudier har vist at spiseforstyrrelser utenfor de diagnostiske kriteriene er de mest utbredte (1). Det er heller ikke uvanlig at en psykisk lidelse vil ha mange mørke tall.

Siden utvalget som rapporterte at de hadde/eller har hatt en spiseforstyrrelse var såpass lite og skeivt fordelt, var det vanskelig å sammenligne de ulike studieretningene. Likevel er det interessant å se at 63% av de 8 deltakerne fra helsefag som hadde hatt/eller har en spiseforstyrrelse, svarte at de følte spiseforstyrrelsen hadde bedret seg etter de hadde begynt på Høgskolen Kristiania. Bare en med spiseforstyrrelse fra helsefag svarte at spiseforstyrrelsen hadde blitt verre etter påbegynt høgskole. Dette kan tyde på at studieretningen ikke påvirker mange med spiseforstyrrelser i negativ retning. Dette samsvarer med funn fra den kvalitative intervjuundersøkelsen «FAKT» (9); de fleste av pasientene opplevde det positivt med økt kunnskap om trening og ernæring. Gjennom tre år på studie, har studentene bedret sin kunnskap om mat og trening ved hjelp av fagfolk innenfor disse områdene, slik som eksempelvis ernæringsfysiologer, idrettsfysiologer og leger. Vi antar at de som svarte at spiseforstyrrelsen hadde blitt bedre etter påbegynt høgskole, opplever dette som positivt.

5.3 Metodiske styrker og svakheter

5.3.1 Kvantitativ fremgangsmåte

Studien benyttet en kvantitativ fremgangsmåte i likhet med tidligere studier som har undersøkt spise- og treningsatferd blant ernæringsstudenter og treningsstudenter (6, 7, 8, 28). Det kan diskuteres om en kvalitativ fremgangsmåte ville gitt en bedre dybdeforståelse. Siden utvalget var såpass lite, kunne det vært gunstig og heller gått i dybden, istedenfor å gå i bredden. På en annen side ville en kvalitativ fremgangsmåte gjort datamaterialet mer

utfordrende å tolke. Datamaterialet kunne også lettere ha blitt gjenkjent, og anonymiteten kunne ha blitt vanskeligere å ivareta.

5.3.2 Studiedesign og målemetode

En tverrsnittstudie gir informasjon om et utvalg på et gitt tidspunkt, og er best egnet når man ønsker å undersøke forekomst i en populasjon (37). En tverrsnittstudie er mindre egnet til å beskrive kausalitet. I denne studien ønsket vi å undersøke både forekomst og årsakssammenheng. Studien var derfor bedre egnet til å finne forekomst av spise- og treningsforstyrret atferd, men mindre egnet til å finne årsaken bak forstyrrelsen. På en annen side var en tverrsnittstudie enkel å utføre i praksis. Ved tanke på at dette var en bacheloroppgave, ville eksempelvis en intervensjonsstudie blitt for tidskrevende og kostbart. Det kan også diskuteres om vi heller burde ha utført en litteraturstudie, og benyttet tidligere forskning for å besvare problemstillingen. På den andre siden, var det lite forskning innenfor dette feltet, og spesielt få norske studier. Det var også god læring for oss å utføre en praktisk studie. Vi har også benyttet tidligere studier som har undersøkt lignende problemstillinger, for å underbygge funnene i vår studie.

Studien benyttet et eget definert spørreskjema som målemetode. Spørreskjemaet hadde som styrke at det var anonymisert, og gjorde det enklere for respondentene å svare mer ærlig enn de ville vært eksempelvis i et intervju. Datainnsamlingen og dataanalysen var også standardisert. Vi tok også utgangspunkt i validerte spørreskjemaer som benyttes i kartlegging av spiseforstyrrelser (13, 39). Spørsmålene ble tilpasset så de skulle være relevante for bacheloroppgaven.

Spørreskjemaet hadde som svakhet at det besto av selvrapportering. Vi kan derfor ikke garantere at besvarelsene er sanne. Noen av spørsmålene var også retrospektive, og jo lenger spørsmålet krevet at respondenten skal huske tilbake i tid, jo vanskeligere er det å få valide svar. Rett og slett fordi man ikke husker. Det at spørreskjema var eget definert vil være en svakhet med målemetoden. På en annen side var dette gunstig hvis vi ønsket at målemetoden skulle undersøke det som måtte til for å besvare problemstillingen.

Ved utarbeiding av et spørreskjema må man være påpasselig på at alle spørsmålene er konkrete, og ikke kan føre til misforståelse. De må også måle det problemstillingen ønsker at det skal måles. Vi kan ikke garantere at noen respondenter ikke misforstod noen av spørsmålene. Vi prøvde å redusere denne feilmarginen ved å stille så konkrete spørsmål som mulig, og arbeidet med at layouten til spørreskjema skulle være ryddig. Ved utforming av

spørreskjema tok vi eksempelvis utgangspunkt i: «retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema» (41). Vi valgte å benytte lukkede spørsmål istedenfor åpne spørsmål. Ulempen med lukkede spørsmål er at spørsmålet kan oppfattes ulikt. Det kan også være individuelle oppfatninger om hva man definerer som et ja og som i liten grad. Åpne spørsmål kunne gi en indikasjon på hvordan respondenten opplevde spørsmålet. På den andre siden er ulempen med åpne spørsmål at respondentene vil hatt individuelle evner til å uttrykke seg skriftlig (36, s. 212). Dette ville også gjort studien mer kvalitativ. Lukkede spørsmål gjorde datamaterialet enklere å analysere.

Spørreskjema bestod av tre svaralternativer: ja, i liten grad og nei. Innenfor angitt treningsatferd og angitt treningsfrekvens bestod spørsmålet av fire svaralternativer. Dette gjorde dataene noe vanskeligere å tolke, fordi besvarelsene ble såpass jevnt fordelt blant de ulike svaralternativene. Vi oppdaget også at noen respondenter avkrysset på flere enn ett svaralternativ på spørsmålet: «Hvilken av følgende passer ditt forhold til trening?». Dette gjorde besvarelsene ved dette spørsmålet noe usikkert.

Vi unngikk å ha med spørsmål om hvorfor de følte deres forhold til trening, mat og kropp hadde forandret seg etter påbegynt studie. Dette var fordi det var vanskelig å formulere standardiserte svaralternativer som var egnet både for studenter ved markedsføringsfag og studenter ved helsefag. Det ville også vært krevende å finne svaralternativer som ikke ville blitt opplevd «for ledende».

Etter fullført studie ser vi at kunne heller ha fokusert på mer spise- og treningsforstyrrede spørsmål, istedenfor å kartlegge hvem som rapporterte at de tidligere har hatt en spiseforstyrrelse. Vi føler at studien ikke er kvalifisert til å si noe om studenter med spiseforstyrrelsesdiagnoser fordi det ikke var et kriterium for å delta i studien, utvalget var for lite, og vi hadde for få spørsmål rundt selve diagnosene.

5.3.3 Utvalg

Studien sammenlignet to ulike studieretninger: studieretning innenfor helsefag og studieretning innenfor markedsføringsfag. Vi valgte studenter innenfor markedsføring som kontrollgruppe, da dette er en vanlig studieretning mange norske studenter velger, og gruppen var ganske homogen i forhold til kjønnsfordeling sammenlignet med helsefag (3,4). En mulig feilkilde ved at studien benyttet markedsføringsstudenter som «kontrollgruppe», var at vi ikke har kjennskap til disse studentens kunnskap om FA og ernæring. Det er mulig at flere av markedsføringsstudenter kan ha kunnskap innenfor disse områdene.

Seleksjonsbias er feilkilder knyttet til seleksjon og utvalg som kan føre til seleksjon skjevhet (46). De fleste av deltakere som ble spurt om å delta i studien, svarte ja. Undersøkelsen er derfor representativt for de som ble spurt. Studien er derimot ikke egnet til å si noe om de som er eller har vært diagnostisert med en spiseforstyrrelse, fordi utvalget var svært lite, og det var ikke et kriterium for å delta i studien.

Etter fullført studie ser vi at det kunne vært bedre å sammenligne treningsatferd, spiseatferd og spiseforstyrrelser blant førsteklasinger på helsefag og tredjeklassinger på helsefag. For å undersøke om det var en lavere forekomst blant tredje års studenter enn første års studenter. På en annen side er flere førsteklassestudenter yngre enn tredjeklassestudenter, og her kunne faktorer som modning og andre individuelle forskjeller som eksempelvis genetik og miljø også kunne påvirket resultatet.

65 deltakere er et relativt lite utvalg. Likevel måtte det også her tas hensyn til hva som kunne utføres i praksis. Spørreundersøkelsen ble gjennomført på papir, og for mange respondenter ville gitt et stort datamateriale, som igjen kunne gitt en større feilmargin når resultatene skal telles opp, og behandles i Excel.

Da kjønn er såpass knyttet til spiseproblematikk, prøvde vi å ta hensyn til at det skulle være tilnærmet lik prosentvis andel kvinner og menn fra hver studieretning (16, 23). Alder ble noe skeivfordelt, og det var flere respondenter fra markedsfag som var over 25 år, og flere respondenter fra helsefag som var under 25 år. Dette kan ha påvirket resultatet.

5.3.4 Konfunderende faktorer

Konfunderende faktorer er bakenforliggende variabler som kan forstyrre resultatene i en undersøkelse (47). I det følgende presenteres noen konfunderende faktorer som ikke har blitt justert godt nok i studien.

Spørsmålet: «Etter påbegynt høyskole, har ditt forhold til trening og vekt forandret seg?» Kan ha blitt opplevd ledende for helsestudentene, siden studentene har hatt fag knyttet mot disse temaene, og det kan derfor oppleves «naturlig» å svare at forholdet har bedret seg.

Spørreskjema inkluderte heller ikke spørsmål om *hvorfor* studentens forhold til mat, trening og vekt hadde forandret seg etter påbegynt studie. Som nevnt under diskusjon av målemetode, ble dette ikke inkludert fordi det var vanskelig å formulere svaralternativer som var standardisert for begge studieretningene. Likevel gir dette et opphav til flere konfunderende faktorer. Det kan være andre faktorer, som ikke er relatert til studiet, som skyldes at deres forhold til trening, mat og kropp har endret seg. Det vil være naturlig å tro at man modnes

etter tre år på høyskole, både personlig og kunnskapsmessig. Dette kan bidra med å gi et mindre anstrengt forhold til sin egen kropp, trening og mat. Man bygger opp nye erfaringer, kunnskaper og livssituasjonen kan også ha endret seg på disse tre årene.

Det er også individuelle trekk som gjør at noen er i større grad utsatt for sykdommen enn andre. Genetisk sett er noen i større grad utsatt for spiseforstyrrelser (13, 23). Miljøfaktorer, etnisitet og familiære forhold er også bakenforliggende faktorer som kan ha påvirket utfallet. Vi prøvde å redusere miljøfaktoren ved å utføre studien på to grupper fra samme skole, og i samme by. Likevel kan eksempelvis klasse miljøet være ulikt i de to studieretningene. Vi kjenner heller ikke til respondentenes livssituasjon. Dette var en vanskelig faktor å ta hensyn til, siden det ville gått utover deltakernes anonymitet.

Resultatene fra SHoT-spørreundersøkelsen fra 2014 viste at studenter generelt, er en risikogruppe for utvikling av psykiske plager/lidelser (26). Denne studien tok ikke for seg andre psykiske lidelser/plager. Andre psykiske plager kan også være bakenforliggende faktorer som påvirker utfallet til spørreundersøkelsen.

5.4 Behov for videre forskning

Det er vanskelig å trekke noen endelige konklusjoner etter drøftingen av studien, fordi studien ga opphav til mulige feilkilder som ikke ble godt nok tatt hensyn til. Forskningsfeltet denne studiens tema ligger innenfor, finnes det også relativt få store studier om. Det bør gjennomføres større og godt finansierte intervensjonsstudier som kan undersøke om kunnskap om trening og mat kan bedre utfallet hos de med spise- og treningsforstyrret atferd og spiseforstyrrelser, og eventuelt om det kan forebygge utviklingen av spiseforstyrrelser. Studien bør også kontrollere bedre for konfunderende faktorer og kilder til bias. Denne studien kan på sin side bidra som et utgangspunkt for videre forskning.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen til denne oppgaven var å undersøke om det var en lavere forekomst av trenings- og spiseforstyrret atferd blant studenter som har økt kunnskap om fysisk aktivitet og ernæring, sammenlignet med studenter uten særskilt kompetanse innen disse områdene. Studien fant en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt treningsfrekvens, treningsatferd og om studentens forhold til trening, mat og kropp hadde forandret seg etter påbegynt studie. Det ser ikke ut til at helsefagstudenter i større grad er utsatt for ett anstrengt

forhold til spising og trening, snarere tvert i mot. Dette samsvarer med funn fra tidligere studier, hvor det i flere tilfeller ikke er funnet enn signifikant høyere forekomst av spiseproblematikk blant ernærings- og treningsstudenter, sammenlignet med andre studenter. Likevel bør man unngå overtolkning av funnene. Det er viktig å presisere at studien kunne fått et annet utfall hvis det ble benyttet andre spørsmål i spørreundersøkelsen. Flere konfunderende faktorer ble heller ikke tatt hensyn til. Studien kan på sin side være et utgangspunkt for videre forskning. Det bør gjennomføres større og godt finansierte intervensjonsstudier som kan undersøke i forhold til kunnskap om trening og mat kan bedre utfallet hos de med spise- og treningsforstyrret atferd og spiseforstyrrelser, og eventuelt om det kan forebygge utviklingen av spiseforstyrrelser.

Referanseliste:

1. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Folkehelseinstituttet; Okt 2009. Rapport: 2009:8. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf.pdf>
2. Smink FRE, Hoeken DV, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep [elektronisk artikkel]. 2012 Aug [hentet 2018-02-17];14(4): [9 s.]. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-012-0282-y>
3. Statistisk sentralbyrå. Studenter i høyere utdanning i Norge og utlandet. Kjønn og lærested. [Internett]. Oslo: SSB; 2015 [hentet 2018-01-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utuvh/aar/2016-04-14?fane=tabell&sort=nummer&tabell=262594>
4. Høgskolen Kristiania. Studier i Oslo. [Internett]. Oslo: Høgskolen Kristiania; 2015 [hentet 2018-02-15]. Tilgjengelig fra: <https://kristiania.no/oslo>
5. Reinstein N, Koszewski WM, Chamberlin B, Smith-Johnson C. Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference? J Am Diet Assoc [elektronisk artikkel]. 1992 Aug [hentet 2018-02-17];92(8): [4 s.]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1640037>
6. Yager Z, Gray R, Curry C, McLean SA. Body dissatisfaction, excessive exercise, and weight change strategies used by first-year undergraduate students: comparing health and physical education and other education students. J Eat Disord [elektronisk artikkel]. 2017 Apr [hentet 2018-02-12]; 5(10): [11 s.]. Tilgjengelig fra: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-016-0133-z>
7. Akdevelioglu Y, Gümüs H. Eating disorders and body image perception among University Students. Pak. J. Nutr [elektronisk artikkel] 2010 [hentet 2018-02-13]; 9(12): [5 s.]. Tilgjengelig fra: <http://docsdrive.com/pdfs/ansinet/pjn/2010/1187-1191.pdf>
8. Harris N, Gee D, D'Acquisto D, Organ D, Pritchett K. Eating disorder risk, exercise dependence, and body weight dissatisfaction among female nutrition and exercise science university majors. J Behav Addict [elektronisk artikkel]. 2015 Sep [hentet 2018-02-13]; 4(3): [4 s.]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4627683/>
9. Pettersen G, Sørđal C, Skomakerstuen T, Mathisen TF, Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH. How do women with eating disorders experience a new treatment combining guided physical exercise and dietary therapy? BMJ Open [elektronisk artikkel]. 2017 Dec [hentet 2018-03-07];17(12): [9 s.]. Tilgjengelig fra: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e018588.long>

10. Hausenbias HA, Cook BJ, Chittester NI. Can Exercise treat eating disorders? *Excer Sport Sci Rev* [elektronisk artikkel] 2008 Jan [hentet 2018-03-08]; 36(1): [5 s.] Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18156953>
11. Røstbakken A. Hva er spiseforstyrrelser? [Internett] Oslo: Villa Sult - Institutt for spiseforstyrrelser; 2014 [hentet: 2018-02-16]. Tilgjengelig fra: <http://spiseforstyrrelser.no/disorders/hva-er-spiseforstyrrelser/>
12. Ros. Rådgiving om spiseforstyrrelser. [Internett]. Oslo: [hentet: 2018-01-15]. Tilgjengelig fra: <https://nettros.no/>
13. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2013
14. Ourom M. Forekomst av spiseforstyrrelser i idretten: Sammenheng mellom spiseatferd, konkurransenivå og alder [Masteroppgave]. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2013. 64 s.
15. Aadland G. Behandling med kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) [Hovedoppgave]. Oslo: Psykologisk institutt- Universitetet i Oslo; 2017. 62 s.
16. Folkehelseinstituttet. Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. [Internett]. Oslo: FHI; 2009 [hentet 2018-01-30]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser2/>
17. American Psychiatric Association (COR). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5. utg. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 947 s.
18. Torstveit MK, Rosenvinge J.H, Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scand J Med Sci Sports* [elektronisk artikkel] 2008 Feb [hentet 2018-03-14];18(1): [10 s.]. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x>
19. Lichtenstein M, Støvring R. Exercise can be an addiction. *Ugeskr Laeger* [elektronisk artikkel] 2014 Sep [hentet 2018-02-12];176(36): [5 s.]. Tilgjengelig fra: <http://ugeskriftet.dk/videnskab/motion-kan-blive-et-misbrug>
20. Bratland-Sanda S, Martinsen EW, Rosenvinge JH, Rø O, Hoffart A, Sundgot-Borgen J. Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: the importance of affect regulation and physical activity intensity. *Eur Eat Disord Rev* [elektronisk artikkel] 2011 Mai-Jun [hentet 2018-03-17];19(3): [7 s.]. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.971>
21. Rønningen LS. Forekomst av menstruasjonsforstyrrelser, redusert beinmineraltetthet, tidligere historie av anorexia nervosa og treningsatferd hos kvinner med bulimia nervosa eller overspisingslidelse [masteroppgave] Oslo: Norges idrettshøgskole; 2015. 74s.

22. Bratland-Sanda S, Martinsen EW, Rosenvinge JH, Rø O, Hoffart A, Sundgot-Borgen. Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: an exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *Int J Eat Disord* [elektronisk artikkel] 2010 Apr [hentet 2018-03-16]; 43(3): [8 s.]. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20769>
23. Skårderud F, Rosenvinge JH, Gøtestam KG. Spiseforstyrrelser-en oversikt. *Tidsskr Nor Legeforen* [elektronisk artikkel] 2004 Aug [hentet 2018-01-20]; 124(15): [5.s.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
24. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Can Med Assoc J* [elektronisk artikkel] 2001 Sept [hentet 2018-01-17];165(5): [6 s.]. Tilgjengelig fra: <http://www.cmaj.ca/content/165/5/547.long>
25. Knepe LH. Spiseforstyrrelser hos menn [hovedoppgave]. Oslo: Psykologisk institutt-Universitetet i Oslo; 2013. 68 s.
26. Universitetet i Oslo. Sammendrag SHoT 2014. [Internett]. Oslo: 2014. [hentet 2018-03-15]. Tilgjengelig fra: <http://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/sta/undersokelser/shot-2014-sammendrag.pdf>
27. Universitetet i Oslo. SHoT-Studentenes helse og trivselsundersøkelse. [Internett]. Oslo: 2018. [hentet 2018-03-15]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/studier/om/laringsmiljo/shot/index.html>
28. Mealha V, Ferreira C, Guerra I, Ravasco P. Students of dietetics & nutrition; a high risk group for eating disorders? *Nutr Hosp* [elektronisk artikkel] 2013 Okt [hentet 2018-04-02];28(5): [9 s.] Tilgjengelig fra: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6695.pdf>
29. Sundgot-Borgen J, Torstveit M, Skårderud F. Spiseforstyrrelser i idretten. *Tidsskr Nor Legeforen* [elektronisk artikkel] 2004 Aug [hentet 18-03-15];124(16): [4.s.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-i-idretten>
30. Kjelsås E. Eating disorders and physical activity in non-clinical samples [Doktoravhandling]. Trondheim: NTNU; 2003. 68s.
31. Márquez S, De la Vega R. Exercise addiction: An emergent behavioral disorder. *Nutr Hosp* [elektronisk artikkel]2015 Jun [hentet 2018-03-13];31(6): [8 s.]. Tilgjengelig fra:

<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8934.pdf>

- 32 Henriksen J, Sundberg JC. Aktivitetshåndboken- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Helsedirektoratet; 2008
- 33 Skomakerstuen T. Behandling av spiseforstyrrelser med fysisk aktivitet og kostholdsveiledning. [masteroppgave]. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2015. 60 s.
- 34 Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH, Bahr R, Schneider LS. The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. Med Sci Sports Exerc [elektronisk artikkel] 2002 Feb [hentet 2018-03-13];34(2): [6 s.]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11828224>
- 35 Vilhelm A, Alstad B. Det skulte samfunn. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 1985. 254 s.
- 36 O. Dalland. Metode og oppgaveskriving for studenter. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. 297 s.
- 37 Kunnskapsbasert praksis. Tversnittstudie. [Internett] Oslo: Helsebiblioteket; 2016. [hentet 2018-03-05]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tversnittstudie>
- 38 Studentum [Internett]. Oslo: 2018 [hentet 2018-03-25]. Tilgjengelig fra: <https://www.studentum.no/utdanning/markedsforing-oslo/c105-d84066>
- 39 Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Publications; 2008. 324s.
- 40 Olsen Ø. Retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema: Versjon 1.1. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007. 37s.
- 41 Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [Internett] Oslo: [hentet: 2018-01-02] Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672
- 42 Drageset S, Ellingsen S. Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. Nord Tidsskr Helseforskning [elektronisk artikkel] 2009 [hentet 18-04-02];5(2): [14 s.]. Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/244/234>
- 43 Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Research Methods in Physical Activity. 7. utg. Champaign IL: Human kinetics; 2015. 496 s.
- 44 De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer. [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2016 Mai [hentet 2018- 01-

- 28]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- 45 Garthe I, Helle C. Idrettsernæring. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011. 248 s.
- 46 A. Bias [Internett]. Oslo: Etikkom; 2015 Jun [hentet 2018-04-13]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/#Seleksjonsbias>
- 47 Thoresen M. Konfundering – et tilbakevendende problem. Tidsskr Nor Legeforen [elektronisk artikkel] 2018 Feb [hentet 18-04-10]; 138(3): [3 s.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/02/medisin-og-tall/konfundering-et-tilbakevendende-problem>

Vedlegg 1. Informasjonsskriv til respondentene.

Forespørsel om deltagelse i bacheloroppgave prosjekt

Hva innebærer prosjektet?

Dette er en kvantitativ tversnittstudie blant 3.års studenter på markedsføringsfag og helsefag på Høyskolen Kristiania. Målet med studien er å kartlegge trening, spisevaner og atferd i forhold til mat og kropp blant studenter ved Høyskolen Kristiania. Deltagelse innebærer å fylle ut et anonymt spørreskjema.

Spørreskjema

Det er viktig at du svarer ærlig på alle spørsmålene i spørreskjema. Spørreskjema består av 14 avkrysning spørsmål med svaralternativ slik som: Ja/Nei/ I liten grad.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Du kan når som helst trekke ditt samtykke. Med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser, fordi vi ikke har mulighet til å spore deg opp igjen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slikt som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger blir behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Etter godkjent bacheloroppgave blir all informasjon slettet.

For mer informasjon, kan du ta kontakt med en av oss.:

Elene M. Tangen. Telefon: 95787210 Mail: Elene.Tangen@gmail.com

Kristine L. Opland. Telefon: 99405111 Mail: Kristine_Opland@hotmail.com

Tusen takk for at du vil besvare dette spørreskjemaet i forbindelse med vår bacheloroppgave ved Høyskolen Kristiania.

Jeg samtykker å delta i studien:

JA

NEI

På Høyskolen Kristiania studerer jeg:

Helse

Marked

Vedlegg 2. Spørreskjema. Side 1 av 2.

Kartlegging av trenings- og spiseatferd blant helse- og markedsfagsstudenter på Høyskolen Kristiania.**1. Kjønn**

Kvinne Mann

1. Alder

<25 år > 25 år

2. Opplever du ofte skyldfølelse etter du har spist?

Ja I liten grad Nei

3. Syntes du det er ubehagelig å spise foran andre?

Ja I liten grad Nei

4. Er du redd for å gå opp i vekt?

Ja I liten grad Nei

5. Hvor ofte trener du?

<1 gang i uken 3-5 ganger i uken
 1-3 ganger i uken >5 ganger i uken

6. Hvilken av følgende passer ditt forhold til trening?

Det gir meg overskudd Jeg er avhengig
 Da unngår jeg dårlig samvittighet Trener ikke så mye

7. Har du hatt perioder med et anstrengt forhold til trening, mat og egen kropp?

Ja I liten grad Nei

Vedlegg 3. Spørreskjema. Side 2 av 2.

8. Hvis ja, utviklet dette seg til en spiseforstyrrelse?

Hvis nei, svar svaralternativet «Har ikke hatt/eller har spiseforstyrrelse» ned mot spørsmål 13.

- Ja Nei Vet ikke

9. Hvis ja, ble du diagnostisert med en av diagnosene nedenfor?

- Anoreksi (Anorexia Nevrosa) Bulimi (Bulimia Nevrosa)
- Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder) Uspesifisert spiseforstyrrelse(EDOS)
- Har ikke hatt/ eller har spiseforstyrrelse Ble ikke diagnostisert, men føler jeg hadde en spiseforstyrrelse

11. Med tanke på spiseforstyrrelsen, hvor frisk føler du deg i dag?

- Helt frisk Ganske frisk Ikke frisk Har ikke hatt/ eller har spiseforstyrrelse

12. Med tanke på spiseforstyrrelsen, har den forandret seg etter du begynte på Høyskolen Kristiania?

- Blitt bedre Blitt dårligere Uforandret Har ikke hatt /eller har spiseforstyrrelse

13. Føler du det er et stort treningspress og kroppspress på studie ditt?

- Ja I liten grad Nei

14. Etter påbegynt høgskole, har ditt forhold til trening og vekt forandret seg?

- Blitt bedre Blitt dårligere Uforandret