

## **5. Årsoppgave i stadium IV – Medisinstudiet ved UITø**

**”Treneres holdninger til og kunnskaper om spiseforstyrrelser og grad av overensstemmelse mellom slike holdninger og de oppfatninger utøverne har om treneres kunnskaper og holdninger til spiseforstyrrelser”**

### **Studenter:**

Tom Vegard Markussen, Oddbjørn Bertheussen, Bror Olav Håvardrud, kull – 01.

### **Veiledere:**

Jan Rosenvinge, Professor dr. Psychol ved institutt for psykologi, UITø.  
Jorunn Sundgot-Borgen, Professor dr. Scient, Norges Idrettshøgskole.

Tromsø, 15. September 2006

## **Innholdsfortegnelse**

Forside .....	1
Innholdsfortegnelse .....	2
Resymé .....	3
Innledning .....	4
Metode .....	7
Materiale .....	7
Instrumenter .....	7
Prosedyre .....	8
Resultater .....	10
Diskusjon .....	14
Konklusjon .....	17
Kilder / referanser .....	18

## **Resymé**

*Bakgrunn.* I de fleste studiene om spiseforstyrrelser og idrett fokuseres det på å kartlegge utøvernes og deres forhold til kropp, mat, trenere og familie. Mindre belyst er imidlertid trenernes og idrettsledernes kunnskaper, holdninger og oppfatninger om spiseforstyrrelser, og om idrettsutøvere som har spiseforstyrrelser.

*Formål.* Kartlegge treneres kunnskaper og holdninger til spiseforstyrrelser i idretten, og hvordan utøverne oppfattet trenernes holdninger og kunnskaper.

*Metode.* Spørreundersøkelse der utvalget var trenere og utøvere fra hele Norge på ulike nivåer.

*Konklusjon.* Undersøkelsen viser at trenerne ikke har gode nok kunnskaper om spiseforstyrrelser i idretten og at trenerne slik dem selv antyder trenger mer utdanning innenfor dette temaet. Kurs i spiseforstyrrelser har en positiv virkning i forhold til det at det kan være med på å bringe emnet lettere på banen mellom trener og utøver. Utøverens mottagelighet for påvirkning fra trener angående utvikling av spiseforstyrrelser framstår mindre viktig.

## **Innledning**

Idrett og spiseforstyrrelser vært et debattert tema i flere år. Det har stort sett vært fokus på å kartlegge omfanget av hvor utbredt spiseforstyrrelser er innenfor idretten. Studier fra 90-tallet (1) har vist at frekvensen av spiseforstyrrelser er to til fire ganger høyere enn i resten av befolkningen. Et nyere studie (2) viste at 20 % av kvinnelige eliteidrettsutøvere hadde subkliniske eller kliniske spiseforstyrrelser mot 9 % i kontrollgruppe av ikke-konkurrans aktive kvinner. Hos menn var forskjellen den samme, men med lavere prosentandel (henholdsvis 8 % og 0,5 %). De idrettene med høyest forekomst var utholdenhets-, estetiske og vektrelaterte idretter med henholdsvis 24 %, 42 % og 30 %. Med andre ord ser det ut til at slike lidelser særlig kan være utløst av idretter der vekt, kropp og utseende er prestasjonsfremmede faktorer, og der idretten drives av toppidrettsutøvere eller utøvere som aspirerer til å nå et toppnivå. På bakgrunn av disse forskningsresultatene har det gjennom flere år blitt drevet med holdningsskapende arbeid i regi av Norges Idrettsforbund og Olympiatoppen for å bevisstgjøre idrettsledere og trenere på farene ved at idrettsutøvere utvikler spiseforstyrrelser.

Det er enighet i litteraturen om at årsaksforhold til spiseforstyrrelser ligger i en kombinasjon av biologiske, psykologiske, familiære og sosiokulturelle faktorer, men det er tvil på om idretter i seg selv er en kausal faktor. Mulige utløsende faktorer er livskriser og slanking. Imidlertid er det en rekke idrettsrelaterte faktorer som kan spille en utløsende rolle. Dette gjelder press om å oppnå og opprettholde en lav vekt, hyppige vektvariasjoner, økning i treningsvolum uten å øke energiinntaket, skader, bytte av trener samt ønske om å avslutte idrettskarrieren (3). Særlig synes dette å gjelde kvinnelige idrettsutøvere. The American College of Sport Medicine (ACSM) hevder at alle unge kvinner som trener, er i risiko for å utvikle spiseforstyrrelser(4).

Biologiske endringer, samfunnets ”krav til tynnhet”/en spesiell kroppsform, press fra andre og spesiell opptatthet av eget kroppsbylde gjør unge jenter særskilt sårbare (4).

I de fleste studiene om spiseforstyrrelser og idrett fokuseres det på å kartlegge utøvernes og deres forhold til kropp, mat, trenere og familie. Mindre belyst er imidlertid trenernes og idrettsledernes kunnskaper, holdninger og oppfatninger om spiseforstyrrelser, og om idrettsutøvere som har spiseforstyrrelser. Dette synes viktig i lys av at man har satset store menneskelige og økonomiske ressurser på forebyggende arbeid. Det er mange forhold som spiller inn for at forebyggende arbeid skal lykkes. Dette kan blant annet knyttes til kunnskaper og holdninger, slik at treneren ikke bare kan detektere tidlig, men også ønske å gjøre noe med det. Motsatt kan man eksempelvis tenke seg at trenere som ikke har særlige kunnskaper om tidlige tegn på spiseforstyrrelser, anser utøvere med spiseforstyrrelser som bryssomme i treningsmiljøet og mener at det å ha en spiseforstyrrelse er en selvforskyldt privatsak. Derved ville trolig forebyggende tiltak for å redusere forekomsten av spiseforstyrrelser i idrettsmiljøer ikke vært særlig vellykket. Treneres holdninger til slanking og vektidealer er også viktige fordi trenere har stor påvirkningskraft overfor sine utøvere i kraft av å være rollemodeller. Deres holdninger kan eventuelt være en med- eller motvirkende faktor til at utøvere utvikler eller videreutvikler spiseforstyrrelse. Som nevnt er dette perspektivet vært lite belyst i tidligere forskning. Ett studie(5) viste imidlertid at trenerne kunne nyttiggjøre seg bedre av kunnskap innenfor alle domeneene av spiseforstyrrelser. Studien viste også at det kunne være en tendens til at trenernes gjorde gale valg om spiseforstyrrelser og hvordan forebygge dem.

Hensikten med denne artikkelen er å kartlegge treneres holdninger til og kunnskaper om idrett og spiseforstyrrelser, samt i hvilken grad det er samsvar

mellom hva trenere angir og de oppfatninger utøverne har om trenernes kunnskaper og holdninger til spiseforstyrrelser.

Variasjon i kunnskaper og holdninger kan henge sammen med flere forhold. Man ønsket også i denne studien å undersøke betydningen av lagidrett versus individuelle idretter, samt trenernes rapporterte spiseproblemer. Det kan tenkes seg at trenere som selv har spiseproblemer er mer oppmerksomme på dette hos sine utøvere. Mye av fokus på idrett og spiseforstyrrelser er som nevnt innledningsvis individorientert. Man kan således tenke seg at trenere innen typiske lagidretter kan ha opplevd dette fokuset som irrelevant, slik at deres kunnskaper og holdninger er annerledes enn blant trenere i individorienterte idretter.

De siste årene har Norges Idrettsforbund og Olympiatoppen satset mye på å lære opp trenere og idrettsledere om spiseforstyrrelser. Som et ledd i undersøkelsen ønsket man også å se på om denne opplæringen kan ha gitt resultater.

## **Metode**

### **Materiale**

Deltakere i studien var trenere fra hele landet på alle nivåer innen fotball, håndball, turn, langrenn, hopp/kombinert, judo, friidrett, dans, alpint, skiskyting og orientering. Trenere var målgruppen, men for å validere svar valgte man også utøvere innen de samme idretter med samme spredning i nivå. Av praktiske grunner utelukket man utøvere under 18 år.

Utgangsmaterialet bestod av henholdsvis 347 trenere og utøvere. Fordelingen på type idrett var dans (N = 50), kombinert (N = 8), langrenn (N = 40), hopp (N = 22), alpint (N = 43), fotball (N = 40), håndball (N = 41), turn (N = 40), friidrett (N = 35) og judo (N = 28).

### **Instrumenter**

Et særskilt spørreskjema ble utarbeidet til undersøkelsen. Foruten demografiske spørsmål bestod skjemaet av spesiallagede spørsmål knyttet til holdninger vedrørende idrett, idrettsutøvere og slanking/vektkontroll, samt enkelte spørsmål fra en tidligere undersøkelse (1). Her laget man parallellspørsmål til utøvere for å kunne ha muligheten til å studere konsistens og pålitelighet. Dernest inneholdt skjemaet et mål på kompetanse med hensyn til spiseforstyrrelser "The Eating Disorder Clinical Competence Scale, EDCCS"(6) samt et mål på deltagernes egne spiseproblemer "The Eating Disturbance Scale, EDS-5"(7). Kompetansemålet bestod av 24 påstander langs en 10-delt Likertskala, mens

EDS bestod av 5 påstander langs en 7-delt skala. Begge disse instrumentene hadde også i denne studien tilfredsstillende intern konsistens, med Chronbach's alpha på 0,65(trener) i EDCCS, 0,77(trener) og 0,88(utøver) i EDS-5. Derneft ble det inkludert en norsk versjon (8) av et mål "Marlowe-Crowne Social Desirability Scale, MCSDS" på sosial ønskverdighet, som har vist seg velegnet for å undersøke i hvilken grad respondenter på spørreskjemaet har en tendens til å fremstille seg på ønskelige måter. Slik sett er dette instrumentet et mål på validitet. Dette målet består av to subskalaer med 5 ledd i hver skåret langs en 7-delt skala. Intern konsistens i MCSDS i denne studien var 0,58.

Oppsummert har skjemaene en holdningsdel, kunnskapsdel, generell del om personen, del om selvbilde/matvaner og en troverdighetsdel.

Totalt var det 80 spørsmål til trenerne og 51 til utøverne, enkelte spørsmål hadde underspørsmål.

## **Prosedyre**

Trenerne i undersøkelsen ble rekruttert på 5 måter: (1)Norges Idrettsforbund (NIF); (2) Særforbund; (3) Særforbundenes kretskontorer; (4) klubber eller; (5)gjennom idrettskalenderer. Fra enkelte særforbund fikk man hele trenerlister der man tok et randomisert utvalg fra listen. Særforbundenes kretskontorer tok på henvendelse kontakt med trenere i kretsen og de som ønsket å delta, sendte e-post til prosjektets e-post konto med navn og adresse. På klubbnivå ble lederen kontaktet som formidlet henvendelsen videre til trenerne, også her for de som ønsket å delta sendte de inn til e-post kontoen til prosjektet. Idrettskalender ble



bare brukt ved ett tilfelle og der valgte man tilfeldig ut hvem som skulle få delta i en oversikt over trenere.

Treneren mottok en konvolutt med infoskriv, spørreskjema til treneren, samt ferdig frankert svarkonvolutt. I tillegg til dette lå det med infoskriv og et spørreskjema til en utøver samt egen ferdig frankert svarkonvolutt til utøver. Treneren ble bedt om å gi et spørreskjema til utøver hvis han/hun var 18 år eller eldre. På denne måten ble utøveren helt anonym og svaret kunne ikke spores tilbake til hvem denne utøveren var. Utøveren hadde samme kodenummer som trener.

Undersøkelsen var tilrådd gjennomført av Regional Komité for Medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) og Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS(NSD). Dette gav muligheten til å purre, dette ble kun gjort en gang grunnet prosjektets budsjett.

Hvis vi bare manglet svar fra utøveren ble det tilsendt et nytt spørreskjema til treneren som skulle gi det videre til den aktuelle utøveren.

Alt av data vil bli slettet den 15. sept 2006 gitt av konsesjon av til NSD.

## Resultater

Det ble sendt ut 347 trener- og utøverskjema, 36 av trenerne hadde feil adresse. Det kom inn 88 utfylte trenerskjemaer og 39 utøverskjemaer. Dette gav en svarprosent 25,4 % for trenere og 11,2 % for utøvere. 20 trenere og 19 utøvere svarte blankt, hvilket i henhold til metode tilsier at de ikke ønsket å delta i undersøkelsen. 203 trenere returnerte ikke svarskjema. Kjønnfordelingen blant trenerne som svarte var 60 menn, 23 kvinner og 5 svarte blankt. Blant utøverne var det 24 menn og 15 kvinner.

Trener- og utøverfordeling innenfor type idrett er framstilt i tabell 1.

Tabell 1

	Trenere		Utøvere	
	Antall	%	Antall	%
Langrenn	10	11,4	6	15,4
Hopp & Kombinert	4	4,5	3	7,7
Alpint	2	2,3	1	2,6
Fotball	10	11,4	7	17,9
Håndball	6	6,8	3	7,7
Turn	6	6,8	5	12,8
Dans	4	4,5	1	2,6
Judo	7	8,0	4	10,3
Friidrett	10	11,4	3	7,7
Orientering	5	5,7	0	0,0
Kombinasjoner	23	26,1	5	12,8
Andre	1	1,1	1	2,6
Total N	88	100	39	100

Prosenten er regnet i forhold til total N

I tabell 2 framstilles score for EDS-5, EDCCS(kompetansemål), alder og antall år som trener/utøver.

Tabell 2

	Trener			Utøver		
	N	Mean	SD	N	Mean	SD
1:Alder	83	38,2	12,1	39	24,7	10,4
2:År som trener/utøver	81	11,8	9,0	37	13,3	8,5
3:EDS 5	86	11,6	5,1	38	13,5	7
4:EDCCS(kompetansemål)	87	5,1	0,7	-	-	-

EDS 5 har en minimums verdi på 5 =bra og en maksverdi på 35=dårlig og verdien som er representert i tabellen er en gjennomsnittlig sumscore av 5 spørsmål. EDCCS/kompetansemål er et gjennomsnitt av 24 spørsmål, der 10= bra og 1=dårlig. Mean = Gjennomsnit. SD = Standardavvik. N = Antall.

Det viste seg at utøverne hadde en signifikant større EDS-5 enn trenerne

( $p = 0,007$ ). Som et tilleggssfunn viste det seg at 14 av utøverne hadde en EDS-5 over 15.

Som et supplement til et mål om kompetanse(The Eating Disorder Clinical Competence Scale, EDCCS) ble trenerne bedt om å svare på kjennetegn ved anorexia, bulimi og hva normal grensen for Body Mass Index(BMI) er hos menn og kvinner. Dette kommer til uttrykk i tabell 3.

Tabell 3

	N	Rett	Galt
Kan du krysse 10 ting om anorexia	88	34(38,6%)	54(61,4%)
Kan du krysse 10 ting om bulimi	88	4(4,5%)	84(95,5%)
Hva er normal BMI hos kvinner	88	17	71
Hva er normal BMI hos menn	88	16	72

Trenerne ble bedt om å krysse 3 og 4 riktige kjennetegn ved henholdsvis anorexia nevrosa og bulimi nevrosa, og fikk rett hvis de hadde alle kjennetegnene korrekt. Normal grensen for BMI(9) ble satt fra 18,5 til 25 gjeldende for begge kjønn.

Hovedsakelig var holdningssvarene omkring nøytralområdet fra 4 til 6 med stort standardavvik, men et par spørsmål pekte seg ut. Dette illustreres i tabell 4.

Tabell 4

	N	Mean	SD
Som trener er jeg uten ansvar hvis en av mine utøvere skulle utvikle en spiseforstyrrelse	88	3,3	2,4
Lav vekt er avgjørende for å oppnå en god idrettsprestasjon	85	3,9	2,4
Som trener er jeg uten skyld hvis en av mine utøvere skulle utvikle en spiseforstyrrelse	88	4,2	2,4
Jeg mener at tynne utøvere har større sjanse for å lykkes i sin idrett	85	4,2	2,6
For idrettsutøvere er effekten av vektreduksjon positiv	85	4,9	2,1
Jeg synes det er vanskelig å diskutere vekt med mine utøvere	88	5,1	2,9
Jeg mener at jeg som trener har gode kunnskaper om spiseforstyrrelser	88	5,5	2,8
Trener for kvinner må være mer oppmerksomme på symptomer på spiseforstyrrelser enn de som trener mannlige utøvere	88	6,0	2,8
Jeg mener at jeg som trener forebygger spiseforstyrrelser	88	6,4	2,1
Media påvirker kroppsidealet til idrettsutøvere mye mer enn trener	86	7,4	2,5
Dersom en av mine utøvere utviklet tegn til spiseforstyrrelser ville jeg kontaktet utøverens nærmeste og familie/foresatte	88	8,9	1,5
Jeg mener at trener har plikt til å hjelpe og støtte utøvere med spiseforstyrrelser	88	9,1	1,8

Mena = Gjennomsnitt. SD = Standardavvik

Det ble testet hvordan trenernes holdninger korresponderte med hvordan utøverne oppfattet holdningene til trenerne. Stort sett viste det seg at utøverne

hadde samme oppfattelse av holdningene som trenerne gav uttrykk for, men noen ulikheter var det. Forskjeller og likheter kommer til uttrykk i tabell 5.

Tabell 5

	Trener	Utøver	SD – T/U	P-Verdi
Jeg som trener har gode kunnskaper om spiseforstyrrelser	5,5	6,1	2,8/2,4	0,27
Trenerne for kvinner må være mer oppmerksomme på symptomer på spiseforstyrrelser enn de som trener som trener mannlige utøvere	6,0	6,6	2,8/3,1	0,29
Jeg mener det er lett for mine utøvere å be meg om hjelp dersom de er redde for om de er i ferd med å utvikle spiseforstyrrelser	6,6	6,9	2,4/2,8	0,59
Som trener er jeg uten ansvar hvis en av mine utøvere skulle utvikle en spiseforstyrrelse	3,3	6,2	2,4/2,9	0,00
Jeg som trener forebygger spiseforstyrrelser	6,4	5,1	2,1/2,4	0,00
Dersom en av mine utøvere tegn til spiseforstyrrelser ville jeg kontaktet utøverens nærmeste familie/foresatte	8,9	7,4	1,5/2,7	0,00
Det er helt forsvarlig å la utøverne slanke seg	3,40	4,74	0,27/ 0,44	0,01
Som trener er jeg uten skyld hvis en av mine utøvere skulle utvikle en spiseforstyrrelse	4,18	7,41	0,26/ 0,40	0,00

T = trener, U = utøver. Spørsmålene har skala mellom 1=helt uenig og 10=helt enig. I utøver spørreskjemaene var disse holdningsspørsmålene vinklet mot trenerne. Eksempelvis i trenerskjema stod det; "Jeg som trener forebygger spiseforstyrrelser" mens i utøverskjema stod det; "Treneren min forebygger spiseforstyrrelser i treningsgruppen".

Det viste seg at 91 % av trenerne mente at de hadde for dårlig skolering til å gjenkjenne tegn på spiseforstyrrelser hos utøvere, mot at 63,3 % av utøverne mente at trenerne hadde for dårlig skolering.

40 % av trenerne hadde pratet med utøveren om faren for å utvikle spiseforstyrrelser. 80 % av de med kurs i spiseforstyrrelser hadde snakket med utøverne om dette. De med kurs i spiseforstyrrelser tok opp temaet med utøverne mer enn de som ikke hadde tatt kurs( $p=0,001$ ).

78 hadde trenerutdannelse, 10 uten, henholdsvis 88,4 % og 11,6 %. Trenerutdannelsen fordelte seg i 3 grupper; (1) 50 med Norges Idrettsforbund(NIF) trenerkurs; (2) 8 Grunnfag idrett; (3) 20 med høyere utdannelse. 15(17,4 %) trenere svarte at de hadde vært på kurs om spiseforstyrrelser i regi av NIF eller andre. På bakgrunn av dette ønsket man å se om det var noen forskjeller innenfor kompetanse og holdning mellom de som hadde kurs i spiseforstyrrelser og de som ikke hadde det. Dette kommer til uttrykk i tabell 6.

Tabell 6

	Kurs	Mean	Std.avvik	P-Verdi
1. Kompetanse	Ja	4,81	0,27	0,082
	Nei	5,18	0,08	
2. Jeg mener at jeg som trener har gode kunnskaper om spiseforstyrrelser.	Ja	7,53	0,47	0,001
	Nei	4,99	0,34	
3. Jeg syntes det er vanskelig å diskutere vekt med mine utøvere.	Ja	6,60	0,72	0,022
	Nei	4,72	0,34	

Kurs = Kurs i regi av NIF eller andre i spiseforstyrrelser. Kompetansen er et gjennomsnitt av 24 spørsmål, der 10=bra og 1=dårlig. Punkt 2 og 3 har en skala på 1=uenig og 10=enig.

Det var ingen signifikant forskjell mellom antatt kunnskap og kompetanse( $p=0,3$ ). Det var ingen signifikant forskjell( $p=0,42$ ) i EDS-5 mellom de som hadde kurs( $M=12,6$ ) i spiseforstyrrelser og de som ikke hadde( $M=11,3$ ). EDS-5 mellom de som hadde trenerutdanning( $M=11,1$ ) og de som ikke hadde( $M=14,4$ ) var ikke signifikant( $p=0,06$ ).

Ved logistisk regresjonsanalyse kunne man ikke finne noen forskjell i holdninger og kunnskaper mellom lag- og individuell idrett.

## Diskusjon

Undersøkelsen gikk ut på å kartlegge treneres holdninger til og kunnskaper om spiseforstyrrelser i idretten og om dette kunne være en medvirkende årsak til at utøvere utvikler spiseforstyrrelser. Dette fordi trenerne har påvirkningskraft overfor sine idrettsutøvere som rollemodeller. I den forbindelse ønsket man også å se på hvordan utøverne oppfattet holdningene til trenerne. Variasjon i kunnskaper og holdninger kan henge sammen med flere forhold, for eksempel kan det finnes forskjeller mellom trenere for lag- og individuell idrett. En liten del av undersøkelsen handlet om se på om satsingen til NIF og Olympiatoppen har gitt effekt med tanke på å skolere trenere bedre om spiseforstyrrelser.

Nesten halvparten av svarene på trenernes holdningsspørsmål om spiseforstyrrelser i idretten og deres forhold til utøvere, havnet omkring nøytral posisjon. Disse svarene hadde stor variasjonsbredde som kan tyde på at trenerne har motstridende holdninger. På to av holdningsspørsmålene så man bred enighet med lite variasjon. Disse to var ”Dersom en av mine utøvere utviklet tegn til spiseforstyrrelser ville jeg kontaktet utøverens nærmeste familie/foresatte” og ”Jeg mener at trenere har plikt til å hjelpe og støtte utøvere med spiseforstyrrelser”. Hvorfor disse pekte seg så mye fra de andre kan skyldes at dette er spørsmål som omhandler medmenneskelighet og til en viss grad skyldfølelse. Disse to spørsmålene er for så vidt kanskje formulert på en slik måte at det var innlysende hva de måtte svare. Flertallet av trenerne var negativ til at lav vekt, tynt kroppsbilde og vektreduksjon gir utøvere en fordel. Vi anser dette som sunne holdninger i forhold til temaet spiseforstyrrelser. Derimot hadde fåtallet holdninger om disse påstandene som tilsa at dersom de praktiserer disse kan utøverne deres disponere for å utvikle spiseforstyrrelser.

Det kom fram at trenerne mente media bidrar til å skape kroppsidealet til utøverne mye mer enn trenerne, hvilket nok også er den samfunnsmessige

oppfatningen, men innen idrett er det også andre faktorer som spiller inn som nevnt i innledningen.

Trenernes forhold til egen kropp og matvaner var bra, dersom dette ikke var tilfellet kunne dette påvirke utøveren negativt slik at utøveren også utviklet dårlig forhold til kropp og matvaner. Dette studiet viste at fjorten av tretti-ni utøvere aspirerte til å utvikle spiseforstyrrelser, men dette kan ikke forklares gjennom trenernes forhold til egen kropp og matvaner, gitt resonnementet over.

Trenerne mente de i stor grad har skyld og ansvar for at utøvere utvikler spiseforstyrrelser. Dette kan skyldes at trenere setter utøvere under fysisk og psykisk press med målsetning å fremme positiv utvikling. Her er det naturligvis en hårfin balansegang mellom utøvers positive og negative prestasjonsmessige og psykiske utvikling. Utøverne svarer derimot at trenerens rolle er av mindre betydning. Dette kan bety at treneren påtar seg unødig psykisk stress dersom en utøver utvikler en spiseforstyrrelse, men kan også anses som positivt dersom det påvirker trener til aktiv å motarbeide utvikling av spiseforstyrrelser. Vi mener at aktiv innsats mot spiseforstyrrelser har effekt, og trenerne mente de aktivt forebygget spiseforstyrrelser. Det er da interessant å se at utøverne var uenige trenerens forebyggende rolle. Er treneres rolle som kilde for påvirkning svekket?

Kompetansen til trenerne var dårligere enn forventet. Med tanke på at forekomsten av spiseforstyrrelser er betydelig større innenfor idrett i forhold til resten av befolkningen, ville det vært naturlig at trenerne hadde en akseptabel kompetanse om spiseforstyrrelser. Den dårlige kompetansen sees også i sammenheng med at trenerne generelt var dårlige til å gjenkjenne tegn på anorexi og bulimi. Det var god overensstemmelse mellom antatt kunnskap og aktuell kompetanse, slik at trenerne på en måte var klar over at kompetanse deres ikke holdt mål. Dette kan settes i sammenheng med at ni av ti trenere mente de hadde for dårlig skolering til å oppdage tegn på spiseforstyrrelser.

I følge årsrapporten(8) til NIF og Olympiske komitè satses det på skolering om spiseforstyrrelser til flere grupper som er involvert i idretten. Det

har i flere år vært gitt kurs om spiseforstyrrelser til trenere, blant annet fra NIF. Ved denne undersøkelsen viste det seg at nesten en femte del av trenerne hadde gått slike kurs. Blant annet kommuniserte de mer om emnet med utøverne. Dette kan skyldes større tro på egen kunnskap innen feltet, noe som ble bekreftet gjennom undersøkelsen. Det virker som om et slikt kurs gir treneren større selvtillit angående emnet, og slik genererer kommunikasjon. Dette må kunne sies å være positivt siden kommunikasjon gir mulighet for at problemer blir lettere å ta opp for utøveren og dermed blir oppdaget, noe som korrelerer med undersøkelsen.

Det var ingen signifikant forskjell i kompetanse mellom trenere med og uten kurs i spiseforstyrrelser. På grunn av at kompetansen generelt ble ansett som dårlig og at de trenerne med kurs i spiseforstyrrelser var mer villig til å bringe temaet spiseforstyrrelse opp for sine utøvere, kan det tenkes at de gjør gale vurderinger og råd til utøveren.

I idretten er kvinner mer utsatt enn menn for å utvikle spiseforstyrrelser, faktisk viser det seg at ni av ti som utvikler spiseforstyrrelser i idretten er kvinner. Litt overraskende er da at trenere med kurs i spiseforstyrrelser var uenige i forhold til de uten kurs om man bør overvåke kvinner mer nøye enn mannlige utøvere med tanke på spiseforstyrrelser. Årsaken kan være at det at innholdet i kursene mangler vesentlige basiskunnskaper om spiseforstyrrelser.

Ulik svarandel innen de forskjellige idrettene var varierende, dette gjøres muligens at tall materialet kanskje blir preget av de største gruppene. Når det gjelder utvelging av utøverne ble dette gjort av trenerne personlig. Det er da vanskelig å si om hvilke kriterier som ble lagt til grunne for hvilken utøver treneren valgte.

Når det gjelder spørreskjemaet kan dette være svakheter i formulering. Kompetanse delen til skjemaet er i utgangspunktet beregnet på helsepersonell, kanskje denne delen virket fjernt fra trenernes område med tanke på formulering og problemstillinger. Kan også tenkes at deltakerne ikke har svart ærlig, altså



svart det vi vil høre. Gjennomgående så man store standard avvik som kan tyde i den retning at deltakerne kan ha krysset av på spørreskjemaet som om det var en lottokupong.

## **Konklusjon**

Undersøkelsen viser at trenerne ikke har gode nok kunnskaper om spiseforstyrrelser i idretten og at trenerne slik dem selv antyder trenger mer utdanning innenfor dette temaet. Man kan ikke si noe om holdningene til trenerne enten var sunne eller dårlige, men innenfor noen områder var det tendens til sunne holdninger.

Kurs i spiseforstyrrelser viser ikke økt kompetanse hos trenere om spiseforstyrrelser. Derimot har kurs i spiseforstyrrelser en positiv virkning i forhold til det at det kan være med på å bringe emnet lettere på banen mellom trener og utøver.

Treners oppfatning av egen rolle angående spiseforstyrrelse hos utøverne, korrelerte ikke med utøverens mening om dette. Utøverens mottagelighet for påvirkning fra trener angående utvikling av spiseforstyrrelser framstår mindre viktig.

## Kilder / referanser

1. Sundgot-Borgen, J. (1991). Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere. Oslo, Helsedirektoratet.
2. Sundgot- Borgen J, Torstveit MK. The Prevalence of eating disorders in elite athelets is higher than in the Genral population. Clin J Sport med 2004; 14: 25-32.
3. Rosenvinge, J. H. Silvera, D. H. Bergersen, T. D., Perry, J. A., Bjørgum, L., & Holte, A. A new instrument measuring bulimia nervosa and disturbed eating patterns: Development and validation of a 5-item scale (EDS-5). European Eating Disorders Review, 2001, 9, 123-132.
4. Rosenvinge, J. H., Skårderud, F. & Thune-Larsen, K. B. (2003). Can educational programmes raise clinical competence in treating eating disorders? Results from a Norwegian trial. European Eating Disorders Review, 11, 1-15.
5. Rudmin, F. W. (1999). Norwegian short-form of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Scandinavian Journal of Psychology, 40, 229-233.
6. Otis CL, Drinkwater B, Johnson M et al. American College of Sports Medicine stand. The Female Athlete triad. Med Sci Sports Exerc 1997; 29: i-ix.
7. Joanne C, William E, Susane Chapell, Edgar W. Shields. Collegiate Coaches´s Knowledge of Eating Disorders. Journal of Athletic Training 1999; 34(1):19-24.
8. Årsrapport 2005, Norges Idrettsforbund & Olympiske Komitè: 14-15.