



Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik

Utbildningsprogram
i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete 15
hp
Höstterminen 2012

Hur upplever elitidrottande kvinnor förmågan att förändra sitt ät- och träningbeteende?

Författare

Camilla Björklund
Anna Åberg
Sjukgymnastutbildningen
Lunds Universitet

camilla.bjorklund88@hotmail.com
aaberg.anna@hotmail.com

Examinator

Liselott Persson, Dr Med Vet
Lektor, Leg Sjukgymnast
Institutionen för hälsa vård
och samhälle
Avdelning för sjukgymnastik
liselott.persson@med.lu.se

Handledare

Gunvor Gard,
Professor i sjukgymnastik
Institutionen för hälsa vård
och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik
gunvor.gard@med.lu.se

Åsa Tornberg, Dr Med Vet
Lektor, Leg. Sjukgymnast
Institutionen för hälsa vård
och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik
asa.tornberg@med.lu.se

*Vi vill tacka Gunvor Gard och Åsa Tornberg för god handledning.
Även ett stort tack till Anna Melin för hennes bidrag till vår
studieprocess.*

Vi är tacksamma att vi fick ta del av Ert projekt.

~

Camilla Björklund & Anna Åberg

Hur upplever elitidrottande kvinnor förmågan att förändra sitt ät- och träningsbeteende?

Sammanfattning

Bakgrund: Kroppsidealet har idag gått mot en allt smalare siluett, framfört av både media och tidningar. Även i flera idrotter har en smal kroppsbyggnad betydelse för prestation och bättre resultat. Detta kan bli en början till ett stort ätbeteende och om det inte blir uppmärksammat i tid, kan det leda till en ätstörning. Motivationen till att driva sig själv till framgång existerar redan, dock kan det läggas på ohälsosamma metoder. **Syfte:** Studien syftar till att studera om och hur elitidrottande kvinnor upplever förmågan att förändra sitt ät- och träningsbeteende. Vad som motiverar dem till livsstilsförändring och till idrottsprestationer. Eventuellt se samband gällande att vara i riskzonen för ätstörning och upplevelse av livs- och idrottssituation respektive kroppsmissnöje och upplevelse av stöd, krav och kontroll. **Studiedesign:** Kvantitativ studie med deskriptiv statistik. **Undersökningsgrupp och metod:** En grupp elitidrottande kvinnor som var aktiva i ett landslag. Instrumenten som användes var Motivation for Change Questionnaire (MCQ) i en modifierad form samt Eating Disorders Inventory (EDI). **Resultat:** Idrottarna upplevde att de har en förmåga till att kunna förändra sitt träningsbeteende och att det sociala stödet var en viktig motivationsfaktor i livssituationen. Gruppen visade en motivation till att öka energiintaget men inte minska sin träningsmängd. **Konklusion:** De viktigaste motivationsfaktorerna för de elitidrottande kvinnor som deltog är det sociala stödet och att bli uppskattad av andra personer. Missnöje med kroppen, självförtroendet, perfektionism och överdriven kontroll har i denna studie visat samband med varandra. Den slanka kroppsbilden som utgör ett ideal inom media och idrott kan skapa ett missnöje med den egna kroppen som sänker idrottarens självförtroende. De två instrumenten kompletterade varandra på ett informativt sätt.

Nyckelord: kroppsuppfattning, kvinlig triad, anorexia nervosa, anorexia athletica, motivation till förändring, ätstörning.

How do elite female athletes perceive the ability to change their eating and exercise behavior?

Abstract

Background: The ideal body shape has today gone towards a slimmer silhouette, put forward by both the media and magazines. Even in several sports a slim physique have an importance for performance and better results. This may contribute to disordered eating behavior as if it does not get noticed in time can lead to an eating disorder. The motivation to push them to success already exist, however, it can be put on unhealthy practices. **Objective:** The study aims to examine whether and how elite female athletes experience the ability to change their eating and exercise behavior. What motivates them to lifestyle changes and athletic performance? Possibly see the connection to be at risk for eating disorders and experience of life and athletic situations and body dissatisfaction and experience of support, requirements and control. **Study design:** Quantitative study with descriptive statistics. **Materials and methods:** A group of elite female athletes who were active in a national team. The instruments used were the Motivation for Change Questionnaire (MCQ) in a modified form, and the Eating Disorders Inventory (EDI). **Results:** The athletes felt that they had the ability to be able to change their exercise behavior and that social support was an important factor of motivation in life situation. The group showed a motivation to increase energy intake but not reduce their amount of exercise. **Conclusion:** The main motivation factors for elite female athletes that participated in the study is the social support and to be appreciated by other people. Dissatisfaction with the body, self-esteem, perfectionism, and excessive control has been demonstrated a relationship in this study. The slimmer body image that represents as ideal in media and sports can create dissatisfaction with one's own body that lowers the athlete's self-confidence. The two instruments complement each other in an informative way.

Key words: body image, female athlete triad, anorexia nervosa, anorexia athletica, motivation to change, eating disorder.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Idrotten	1
1.2 Anorexia athletica	2
1.3 Kost	2
1.4 Motivation	3
2. Syfte & frågeställningar	3
3. Material	3
4. Metod	4
5. Resultat	6
5.1 Hur upplevs förmågan att ändra sitt ät- respektive träningsbeteende?	6
5.2 Hur betydelsefulla upplevs olika motiverande faktorer vara till en livsstilsförändring?	6
5.3 Vilka faktorer motiverar gruppen till deras idrottsprestationer?	8
5.4 Finns det något samband med att vara i riskzonen för ätstörning och i livs- och idrottsprestationen?	11
5.4.1 Finns det samband med missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i livssituationen?	11
5.4.2 Finns det samband med missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i idrottssituationen?	11
6. Diskussion	14
6.1 Metoddiskussion	14
6.2 Resultatdiskussion	14
6.2.1 Hur upplevs förmågan att ändra sitt ät- respektive träningsbeteende?	14
6.2.2 Hur betydelsefulla upplevs olika motiverande faktorer vara till en livsstilsförändring?	14
6.2.3 Vilka faktorer motiverar gruppen till deras idrottsprestationer?	15
6.2.4 Finns det något samband med att vara i riskzonen för ätstörning och i livs- och idrottsprestationen?	15
7. Konklusion	16
8. Klinisk relevans	16
9. Referenser	17
Bilaga 1	
Bilaga 2	

1. Bakgrund

Det visar sig finnas en tydlig trend i samhället mot att betrakta en smal kropp som vacker (1). Modetidningar påverkar unga flickors oro över sin vikt samt deras kroppsuppfattning. Bilder i modetidningar har en inverkan på flickors kroppsuppfattning enligt en studie där 69 % upplever sig bli påverkade av det modeideal som finns. Studien visar på ett samband mellan de som läser modetidningar och de som har bantat på grund av en artikel. Detta tyder på att medier tar fram ett orealistiskt smalt kroppsideal som delvis är anledningen till ett stort ätbeteende (2). Disordered Eating (DE) kännetecknas av störningar i ätbeteende, kroppsuppfattning, känslor och relationer (3). I de fall då DE intensifieras kan detta leda till Eating Disorders (ED), översatt till ätstörningar (4). Två typer av kliniska ätstörningar som förekommer är Anorexia Nervosa (AN) och Bulimia Nervosa (BN) (5). Ett vanligt beteende för att uppnå sitt kroppsideal är att minska eller utesluta vissa energiämnen som fett och protein. Annat beteende är hetsätning och utrensning med hjälp av kräkning, laxering och bantningspiller. AN är ett tillstånd av en vägran att behålla en minimal normalvikt eller att acceptera den förväntade viktökningen som beror på tillväxt av kroppen i samband med träning. Det innebär även ofta en intensiv rädsla över viktökning, ett förnekande av sin nuvarande låga vikt och de negativa effekterna på sin hälsa. AN har en grund i både biologiska, sociala och kulturella faktorer. En studie gjord på tvillingar har även visat att AN kan ha en genetisk faktor (6). BN innebär att individen har episoder av hetsätning vilket betyder att individen äter extrema mängder mat och då upplever sig ha förlorat kontrollen av sitt kostintag. Det existerar en rädsla för viktökning. Detta gör att ett kompensatoriskt beteende framkommer i form av självutlösande kräkningar, intag av laxermedel eller överdriven motion. För definition av BN bör beteendet upprepas minst två gånger i veckan under tre månaders tid (7). I de fall då en person inte riktigt uppfyller alla kriterierna för AN och BN blir diagnosen Eating disorder not otherwise specified (EDNOS) (3). För fullständiga diagnoskriterier se bilaga 1. I en studie gjord på norska atleter uppmanas det att se AN och BN som psykisk störning troligare än en ätstörning (8).

1.1 Idrotten

Även inom sporter kan det upplevas som ett behov att vara smal då flertalet sporter kräver en låg kroppsvikt samt där utseende spelar roll för framgång (8,9). Det framkommer också att miljön inom sporter där kroppsvikten har betydelse ytterligare ökar stressen för idrottare som visats mer sårbara för ED (3). Ett flertal studier visar att prevalensen är högre för ätstörning bland kvinnliga elitidrottare än bland icke-elitidrottare. Förekomsten av ED är högre för elitidrottare som tävlar i estetiska sporter än för elitidrottare som tävlar i uthållighets-, teknik- samt bollsporter (8,10). Ett annat studieresultat visar att det har skett en ökning av ED bland yngre kvinnor under en tioårsperiod (8). Under intervjun i en studie av Sundgot-Borgen tas det upp flera faktorer som kan utlösa ett stort ätbeteende. Dessa kallas för triggerfaktorer och innebär långa perioder av bantning, frekventa viktförändringar, en plötslig ökning i träningsvolym eller en traumatisk händelse såsom skador eller tränarbyte (10). Undersökning visade att ett signifikant antal elitidrottare började banta efter att tränaren påpekat låg vikt i förhållande till ökad prestation. Detta kan förklara fokus på tränarens roll i en eventuell utveckling av ED (11). Även i en studie gjord på dansare visar att tränare, kamrater samt föräldrar kan pressa eller uppmuntra idrottaren till att vara smal (9). En ytterligare faktor som kan ge ökad risk att utveckla ED är då idrottarens egendefinierade idealvikt skiljer sig mycket från en realistisk idealvikt (11).

1.2 Anorexia Athletica

Ett begrepp som har blivit vedertaget på senare tid är Anorexia Athletica (AA), även kallad för idrottsanorexi. Definitionen på diagnosen AA utgår ifrån de absoluta kriterierna; viktnedgång, mag-tarmproblem, överdriven rädsla för att bli fet, begränsning av kaloriintag och avsaknad av en sjukdom som kan förklara viktnedgången. Idrottaren ska också ha en eller fler av de relativa kriterierna; försenad i sin pubertet, menstruationsrubbningar, störd kroppsuppfattning, användande av utrensningmetoder, hetsätning eller tvångsmässigt tränande (7). I en studie beskrivs AA som att idrottaren har symptom av ED men inte uppnår alla kriterier för AN eller BN. Deltagarna i den studien rapporterade förutom tvångsmässigt beteende även perfektionism (8).

Kombinationen av en negativ energibalans och hård träning kan leda till störningar i kroppens hormonsystem. Tillståndet kallas The Female Athlete Triad (FT) (7). Definitionen av FT är baserad på tre kriterier; ätstörning, amenorré och osteoporos. Amenorré definieras av utebliven mens i tre cykler på rad. Stressfrakturer har en större benägenhet att uppstå i samband med en låg benmassa, detta kan resultera i sjukdomen osteoporos senare i livet (12). Osteoporos innebär att bentätheten minskar. Då det sker förändringar i benvävnaden som leder till benskörhet ökas som nämnts tidigare risken för frakturer. Den låga benmassan beror på hur länge och hur svår menstruell dysfunktion den idrottande har (3). Normalt ska den kvinnliga kroppen bestå av 20 procent fett. Bland de elitidrottande kvinnor som undersökts på Karolinska institutet var det i genomsnitt endast 7 procent kroppsfett. Mindre andel kroppsfett leder till risk för benbrott då skelettet urkalkas och det sker även hormonella rubbningar. Risken är större för elitidrottande kvinnor att få benbrott. Detta kan åtgärdas genom att reducera träningsmängd och intensitet (7). Viktbärande träning dämpar benförlusten, vilket minskar risken för att utveckla osteoporos. Förutom träning är den viktigaste faktorn kost samt energi- och näringsintag. Detta då ett otillräckligt näringsintag har en skadlig effekt på bentätheten. Ätstörning och lågt kalciumintag i kombination med menstruell dysfunktion kan förvärra benförlusten (3). Genetiska faktorer och psykisk stress påverkar risken för att drabbas av FT (7).

1.3 Kost

Ett korrekt kostintag kan hjälpa atleter att maximera sin prestation (13). Ett ojämnt energiintag ger trötthet, irritation och dålig prestation. Detta indikerar på att det finns ett behov av att utbilda idrottare om hur betydelsefull energibalansen är, då det är en viktig del av träningsprestationen. Negativ energibalans leder till en förhöjd proteinkatabolism, vilket kan förändra skelettmuskulaturens tillväxt negativt (14). Energitillgänglighet är ett annat begrepp som innebär den mängd energi som är kvar i kroppen efter ett träningspass. Detta definieras som kostintaget minus energiförbrukningen av träningen. Denna energi ska försörja kroppsfunktionerna inklusive de reproduktiva och endokrina systemen (5). Det är viktigt att tidigt upptäcka kvinnliga elitidrottare som har en ökad risk för ätstörningar och förebygga detta med behandling. Idrottare är ofta extremt motiverade till att minska i vikt eller kroppsfett och vissa missbrukar ohälsosamma metoder för att nå en viktminskning. Ett omedvetet beteende som kan vara hälsoskadligt (4).

1.4 Motivation

Definitionen för motivation beskrivs från Nationalencyklopedin: *“psykologisk term för de faktorer hos individen som väcker, formar och riktar beteendet mot olika mål”*(15). Motivation till förändring bygger på individens beredskap, villighet samt förmåga att ändra sitt skadliga beteende (16). Flera studier har visat på betydelsen av motivation till förändring som grund för att ta sig ur ett ätstörningsbeteende (17). Motivation till förändring kan förklaras genom en sammanfattning av alla de motiverande faktorer som uppmuntrar en individ till att genomföra förändringar i sin livssituation (18). I flertalet studier har dessa författare använt sig av den transteoretiska beteendeförändringsmodellen som beskriver förändringsprocessen. Den består av sex olika motivationssteg (17). Syftet är att bedöma var individen befinner sig i sin motivationsprocess så att rätt intervention ska kunna utföras (19).

2. Syfte & frågeställning

Studien syftar till att studera om och hur elitidrottande kvinnor upplever förmågan att förändra sitt ät- och träningsbeteende. Vad som motiverar dem till livsstilsförändring och till idrottsprestationer. Eventuellt se samband gällande att vara i riskzonen för ätstörning och upplevelse av livs- och idrottssituation respektive kroppsmisnöje och upplevelse av stöd, krav och kontroll.

1. Hur upplevs förmågan att förändra sitt ät- respektive träningsbeteende?
2. Hur betydelsefulla upplevs olika motiverande faktorer vara till en livsstilsförändring?
3. Vilka faktorer motiverar gruppen till deras idrottsprestationer?
4. Finns det något samband med att vara i riskzonen för ätstörning och hur man upplever sin livs- och idrottssituation?
- 4.1 Finns det samband med misnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i livssituationen?
- 4.2 Finns det samband med misnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i idrottssituationen?

3. Material

En grupp bestående av 15 elitidrottande kvinnor. Inklusionskriterierna var; kvinnliga idrottare, i åldern 18-39 år, som var professionella atleter och medlemmar i ett landslag i Sverige eller i Danmark. Dessutom skulle personerna vara aktiva inom en idrott med höga energikrav eller en idrott som rekommenderade en slank kroppsbyggnad. Exklusionskriterier var graviditet, metabol sjukdom, rökning, bruk av psykofarmaka, andra former av hormonella preventivmedel än p-piller och skada som hindrat träning i mer än två veckor samt diabetes. Ytterligare information av de medverkande kvinnorna kan läsas i tabell 1.

Tabell 1 Visar information om de medverkande kvinnorna.

Deltagare	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ålder	27	36	20	30	23	20	38	29	24	32	30	29	22
Längd	1.70	1.69	1.73	1.69	1.72	1.69	1.71	1.68	1.73	1.62	1.71	1.79	1.62
Vikt	63,2	57,6	55,0	56,8	71,0	59,4	64,8	54,4	62,2	48,2	56,0	68,4	48,6
BMI	21,9	20,2	18,4	19,9	24,0	20,8	22,2	19,3	20,8	18,4	19,2	21,3	18,5
Fettmassa %	20,6	17,2	20,5	25,4	27,0	23,5	24,6	19,6	22,0	19,3	26,2	22,5	17,3
Träningsmängd h/v	11,6	8,6	17,0	7,0	9,0	16,7	5,4	8,5	6,8	14,7	12,1	11,6	9,9

4. Metod

Denna studie var en del av ett större projekt som kallades LEA-studien och handlade om ätstörningar och motivation till förändring hos elitidrottande kvinnor. LEA-studien har ett etiskt godkännande från Etikprövnämnden i Lund. Studien utfördes genom att två frågeformulär besvarades av de elitidrottande kvinnor som deltog i undersökningen. Författarna till denna studie har mottagit de två ifyllda frågeformulärens från samtliga deltagare som sedan har bearbetats som beskrivs här nedan. Studien kan ses som kvantitativ och deskriptiv statistik har använts. Gruppen bestod av 15 deltagare och efter att två valde att inte delta blev det 13 stycken kvar. Frågeformulären var; *Motivation for Change Questionnaire* (MCQ) i en modifierad upplaga, som används för att identifiera och mäta styrkan av motiverande faktorer till förändring av en persons livs- och arbetssituation (18,20). MCQ enkäten beskrivs i två skalar, en för motivation till förändring i livssituationen och den andra skalan fokuserar på motivation till förändring i arbetssituationen med totalt 48 frågor. Instrumentet avser att vara reliabelt (18) och valid (20). Den modifierade upplagan innehåller istället för frågor angående arbetssituationen omformulerade frågor som tar upp upplevelsen och motivation till förändring av sin idrottssituation med 23 frågor. Skattningsskalorna för MCQ skiljer sig under frågeformulärens gång. Frågorna ett till fyra, 53 och 54 har deltagarna fått skatta sitt svar på frågorna genom att sätta ett kryss på en visuell analogisk skala från noll till tio centimeter, där noll beskrivs som ”mycket dåligt” och tio som ”mycket bra”. Skalan mäts med linjal för att få fram exakta siffror. De resterande frågorna besvaras med att sätta ett kryss i ett av fyra svarsalternativ som stämmer överrens med deltagarens uppfattning för; ”alltid”, ”i hög grad”, ”sällan” och ”aldrig”. Författarna har sedan kodat svarsalternativen i siffror, där det mest positiva utslaget gav en fyra och det mest negativa utslaget gav en etta. För en korrekt sammanställning av MCQ har index använts. Dessa redovisas som tabeller i bilaga 2. Andra frågeformuläret, *Eating Disorders Inventory-3* (EDI-3) ska utvärdera attityden till individens matbeteende i samband med ätstörningar. Den består av 12 subskalor; Viktfobi, bulimi, missnöje med kroppen, låg självkänsla, personlig alienation, interpersonell osäkerhet, interpersonell alienation, interoceptiva brister, störd emotionsreglering, perfektionism, asketism samt rädsla för vuxenlivet. Instrumentet avser att vara valid (17, 21). Studien har utgått från viktfoxi, bulimi och missnöje med kroppen och avser att mäta om individen är i riskzonen för ätstörningar. Perfektionism ingår i frågeformuläret eftersom detta har identifierats som ett kännetecken i utvecklingen av en ätstörning. Perfektionism speglar höga krav på den egna personen och prestationen hos sig själv samt krav som kommer från andra personer. Asketism ingår i frågeformuläret för att detta kan ge

positiva känslor hos individer genom självbehärskning och undvikande av njutning. En sammansatt skala av perfektionism och asketism, kallad överkontroll, har också använts i denna studie (22). Processen i EDI-3 börjar med att deltagarna får besvara frågor där svarsalternativen är ”alltid”, ”mycket ofta”, ”ofta”, ”ibland”, ”sällan” samt ”aldrig”. Det görs genom att de får ringa in en bokstav som motsvarar ovan nämnda svarsalternativ. Varje påstående poängsätts med noll till fyra poäng. Beroende på om frågan är positivt eller negativt ställd, poängsätts det med en fyra om det pekar mot det mest symptomatiska eller patologiska riktnings. Författarna har sedan räknat ut deltagarnas bokstavssvar som summerats till respektive subskala som valts ut för denna studie. När värdet är uträknat för subskalan förs det in i två tabeller kallad ”Skalor och domäner för bedömningen av risk för ätstörningar” och ”Skalor och domäner för bedömning av psykiska tillstånd” och får då en råpoäng. Utifrån råpoäng kan sedan t-score och procent anges utifrån specifika tabeller, i detta fall har LEA-studien utgått från att deltagarna har EDNOS och deras poäng har räknats ut från den specifika tabellen för diagnosen EDNOS i manualen för EDI-3. Detta då de olika diagnoserna har var sin tabell i manualen. Slutgiltiga poäng för t-score och procent fylls sedan in i respektive profilark som ingår i instrumentet. Profilarken visar även normalvärde för de olika subskalorna i diagrammet, vilket ger en indikation på nuvarande hälsotillstånd hos deltagaren. För sammanställning av datan användes SPSS 18 (PASW statistics 18). Frågor som inte har besvarats korrekt har markerats med ett streck i samtliga tabeller. En redovisning av EDI-3 på grupp nivå har sammanställts i bilaga 2. Detta eftersom de inte ansågs besvara frågeställningen på individnivå.

5. Resultat

5.1. Hur upplevs förmågan att förändra sitt ät- respektive träningsbeteende?

Besvaras utifrån frågorna ett till fyra av MCQ. Resultatet visar att gruppen hade en förmåga till att klara av sin idrott (fråga 1) vilket visas av att denna fråga hade det högsta medelvärdet. Det lägsta medelvärdet kan utläsas av fråga tre som handlade om hur individerna bedömer sin förmåga att förändra sitt ätbeteende. Variationsvidden visar en stor spridning mellan högsta och lägsta värdet i de nedanstående frågorna. Medelvärdet för samtliga frågor låg över sex vilket var relativt högt (Tabell 2).

Tabell 2 Visar upplevelse av förmåga att genomföra förändringar för sitt ät-respektive träningsbeteende genom fråga ett till fyra i MCQ. Frågorna besvaras genom en visuell analog skala.

	N	Range	Min	Max	Medel	Std. Dev.
1. Hur bedömer du idag din förmåga att klara av din idrott?	13	7,2	1,3	8,5	6,9	2,1
2. Hur bedömer du idag din prestationsförmåga?	13	7,6	1,9	9,5	6,3	2,1
3. Hur bedömer du idag din förmåga att genomföra nödvändiga förändringar av ditt ätbeteende?	13	7,3	1,9	9,2	6,1	2,3
4. Hur bedömer du idag din förmåga att genomföra nödvändiga förändringar av ditt träningsbeteende?	13	7,8	1,6	9,4	6,3	2,5

5.2. Hur betydelsefulla upplevs olika motiverande faktorer vara till en livsstilsförändring?

Besvaras utifrån fråga fem till 31 av MCQ. Gruppens svar på frågorna angående socialt stöd (fråga 5,15), uppskattning (fråga 8, 16) samt människokontakt (fråga 11) resulterade i höga medelvärden och visade att stöd och uppskattning var betydelsefullt för motivation till förändring. Det lägsta medelvärdet gällde frågan om att vara nöjd med sig själv (fråga 30). Att ha egenbestämmande (fråga 24) och uppleva livsglädje (fråga 23) hade relativt höga medelvärden. På alla frågeställningar har en eller flertalet valt siffran fyra förutom frågan som anger upplevelsen av att klara det man företar sig där det högsta värdet blev tre (fråga 25) (Tabell 3).

Tabell 3 Visar hur och vilka deltagarnas motiverande faktorer är för en livsstilsförändring genom frågorna fem till 31 i MCQ.

	N	Range	Min	Max	Medel	Std. Dev
5. Får du socialt stöd från dina vänner i din vardag?	13	1	3,0	4,0	3,5	,5
6. Har du tydliga mål i livet?	13	2	2,0	4,0	3,1	,5
7. Uppmärksammar de personer du har omkring dig det du gör i vardagen?	13	1	3,0	4,0	3,4	,5
8. Känner du dig uppskattad av dina vänner?	13	1	3,0	4,0	3,5	,5
9. Kontrollerar andra din livssituation?	13	2	2,0	4,0	3,2	,6
10. Är det du gör under dagen något du vill göra för din egen skull?	13	2	2,0	4,0	3,2	,6
11. Är dina behov av kontakt med andra människor tillgodosedda?	13	1	3,0	4,0	3,5	,5
12. Hjälper dig dina värderingar/trosuppfattningar när du vill förändras?	12	3	1,0	4,0	2,8	,8
13. Kan du hantera din ekonomiska situation?	13	2	2,0	4,0	3,2	,6
14. Lär du dig något i ditt liv?	12	1	3,0	4,0	3,3	,5
15. Får du socialt stöd från dina närstående i din vardag?	13	1	3,0	4,0	3,6	,5
16. Känner du dig uppskattad av dina närstående?	13	2	2,0	4,0	3,5	,7
17. Är nyfikenhet viktigt för att du skall företa dig något?	13	2	2,0	4,0	3,1	,6
18. Kan du hantera det du bestämmer dig för att göra?	13	2	2,0	4,0	2,9	,5
19. Har du tydliga personliga värderingar/trosuppfattningar?	11	2	2,0	4,0	2,8	,8
20. Känner du dig kompetent i att hantera din livssituation?	13	2	2,0	4,0	2,9	,6
21. Kan du hantera din livssituation?	13	2	2,0	4,0	2,9	,6
22. Har du själv kontroll över din livssituation?	13	2	2,0	4,0	3,0	,7
23. Är livsglädje viktigt för att du skall vilja förändra något?	13	1	3,0	4,0	3,5	,5

24. Är det viktigt att utföra det du själv har bestämt dig för på ett bra sätt?	13	2	2,0	4,0	3,5	,7
25. Upplever du att du kan klara det du företar dig?	13	1	2,0	3,0	2,9	,4
26. Jag känner att jag är en värdefull person, minst lika värdefull som alla andra.	13	2	2,0	4,0	3,1	,6
27. Det som händer i framtiden beror till största delen på mig själv.	13	1	3,0	4,0	3,5	,5
28. Jag har en positiv inställning till mig själv.	13	2	2,0	4,0	2,9	,6
29. Jag kan utföra det jag vill lika bra som andra människor.	13	2	2,0	4,0	2,9	,6
30. I stort sett är jag nöjd med mig själv.	13	2	2,0	4,0	2,7	,8
31. Jag känner att jag har många goda egenskaper.	13	2	2,0	4,0	3,3	,6

5.3. Vilka faktorer motiverar gruppen till deras idrottsprestationer?

Besvaras utifrån fråga 32 till 55 av MCQ. Gruppen upplevde sin idrott som viktig vilket kunde ses på fråga 34 som hade det högsta medelvärdet. Andra viktiga faktorer som motiverar är att ha tydliga mål med sin idrott (fråga 42), att kunna planera och utföra sin träning samt tävling (fråga 43,48) och att vara uppskattad av sina träningskamrater (fråga 49). En stor spridning visar att gruppen hade en högre motivation till att öka energiintaget men inte minska sin träningsmängd, vid en eventuell förändring för att förbättra sin idrottsprestation (fråga 53, 54). De lägsta medelvärdena visades angående att vara tillfreds med sitt idrottande (fråga 32), faktorer utanför idrotten (fråga 44) och behovet av andra människor för att genomföra sin träning (fråga 50) samt feedback av träningskamrater (fråga 52). Detta ger en indikation på faktorer som inte ökar motivationen hos deltagarna (Tabell 4).

Tabell 4 Visar vilka de motiverande faktorerna är som får gruppen att prestera i sin idrott, genom fråga 31 till 55 i MCQ. Fråga 53-55 besvaras genom en visuell analog skala.

	N	Range	Min	Max	Medel	Std. Dev
32. Är du tillfreds med ditt idrottande?	12	1	2,0	3,0	2,8	,4
33. Får du socialt stöd från dina träningskamrater under träning och andra idrottsbegivenheter?	13	1	3,0	4,0	3,3	,4
34. Upplever du att din idrott är viktig?	13	1	3,0	4,0	3,8	,4
35. Får du feedback på träningen av din tränare?	11	2	2,0	4,0	3,3	,9
36. Har du träningsmoment som innebär utmaningar för dig?	13	2	2,0	4,0	3,2	,6
37. Får du socialt stöd från din tränare under träning och andra idrottsbegivenheter?	11	3	1,0	4,0	3,1	,9
38. Samtalar du med någon under träning?	13	2	2,0	4,0	3,3	,9
39. Tränar du för att tillfredsställa andra?	13	1	3,0	4,0	3,4	,5
40. Har andra kontroll över ditt idrottande?	13	3	1,0	4,0	2,9	1,1
41. Kan du lära dig något nytt om din träning?	12	1	3,0	4,0	3,3	,5
42. Har du tydliga mål med ditt idrottande?	13	1	3,0	4,0	3,5	,5
43. Kan du påverka planeringen av din träning/ditt tävlande?	13	2	2,0	4,0	3,5	,7
44. Bestäms ditt idrottande av faktorer utanför idrotten?	13	2	2,0	4,0	2,7	,8
45. Har du kontroll över ditt tränings- och tävlingsdeltagande?	13	2	2,0	4,0	3,3	,6

46. Känner du att din tränare uppskattar din träningsinsats?	11	3	1,0	4,0	3,0	1,0
47. Tar andra kontakt med dig under en träningsdag?	13	2	2,0	4,0	3,2	,7
48. Kan du själv påverka hur du utför din träning?	13	1	3,0	4,0	3,5	,5
49. Känner du dig uppskattad av dina träningskamrater under träning och andra idrottsbegivenheter?	12	1	3,0	4,0	3,5	,5
50. Behöver du andra för att genomföra din träning?	13	3	1,0	4,0	2,6	,8
51. Samarbetar du med andra under träning?	13	2	2,0	4,0	2,9	,5
52. Får du feedback under träning av dina träningskamrater?	13	3	1,0	4,0	2,7	,8
53. Hur bedömer du din förmåga att ändra ditt ätbeteende om den nödvändiga ändringen innebär att du måste öka ditt energiintag och äta mera mat?	13	8,5	0,8	9,3	5,9	2,5
54. Hur bedömer du din förmåga att ändra ditt träningsbeteende om den nödvändiga ändringen innebär att minska träningsmängden?	13	8,5	0,5	9,0	3,9	2,7
55. Hur bedömer du ditt hälsotillstånd för närvarande?	13	2	3,0	5,0	4,2	,6

5.4. Finns det något samband med att vara i riskzonen för ätstörning och hur man upplever sin livs- och idrottssituation?

5.4.1 Finns det samband med missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i livssituationen?

5.4.2 Finns det samband med missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i idrottssituationen?

Resultatet visade att fyra av 13 individer hade värden som låg över normalgränsen på EDI och dessutom hade låga värden på MCQ-livssituations index. Detta visades specifikt i indexen kontroll, kompetens, självförtroende och self efficacy. Resultatet visade att i de fall då kompetensen, självförtroendet och self efficacy hade låga värden hade deltagarna också höga värden på EDIs olika index. Dessa fyra individer utmärkte sig i resultatet, då de hade höga siffror på missnöje med kroppen. Gemensamt visade de på en stark upplevelse av utmaning i sin livssituation. Två individer upplevde ett starkt stöd i livssituationen. Tabell fem visade att endast en individ ansåg sig ha hög kontroll av sin livssituation. De övriga individerna ligger inom normalgränsen för missnöje med kroppen och ansåg sig ha både kontroll, stöd och utmaning i sina livssituationer. En individ visade en lägre siffra på utmaning i förhållande till de andra. Resultatet visade inte att det fanns ett samband med att vara missnöjd med sin kropp och upplevelsen av bristande stöd i sin livssituation. De individer som hade förhöjda nivåer av att inte vara nöjd med sin kropp hade lägre upplevelse av kontroll i livets olika situationer. Däremot kan tabellens resultat inte påvisa ett tydligt samband om missnöje med kroppen och upplevelsen av förhöjda krav. Nivån av kraven utlästes från indexet perfektionism (Tabell 5).

Tabell 5 Visar en jämförelse mellan EDI T-score som besvarats av de sex första kolumnerna, från viktfoxi till överdriven kontroll, samt MCQ-livssituation som är de resterande sju. Normalvärde för subskalor i EDI-3 har angetts. Bortfall pga felaktiga svar har markerats med streck.

Deltagare	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Normal värde
Viktfoxi	52	25	25	31	56	41	31	28	48	23	35	23	56	28-40
Bulimi	57	36	36	35	57	36	36	35	45	36	35	40	44	38-42
Missnöje med kroppen	53	24	23	32	60	38	40	33	43	24	28	23	43	34-46
Perfektionism	46	37	33	37	50	39	35	28	48	29	31	54	69	38-49
Askes	58	31	29	39	52	31	25	25	46	29	33	29	66	33-40
Överdriven kontroll	52	30	27	35	51	32	26	21	46	24	28	39	70	36-43
Kontroll i livssituation	2,33	3	4	3	2,33	3,33	3,33	3	2,33	3	3	3,33	3	
Utmaning i livssituation	3,25	3,25	3,5	3,25	3,25	3,25	2,75	3	3	4	-	3,5	3,75	
Stöd i livssituation	3,17	3	3,5	3	2,83	3,83	3,33	4	3,66	4	3,66	3,83	3,66	
Kompetens i livssituation	2,33	3,33	4	3	2	3	3	3	2,66	3	3	3	3	
Mål i livssituation	2,33	3	3	2,33	2,66	3,33	3	3,66	-	3	2,33	3	-	
Självförtro. livssituation	2,6	4	3,4	2,8	2,4	3	3,4	3	2,8	3,6	3,4	3,8	2,2	
Self effic. i livssituation	2,66	3,66	3,33	3,33	2,66	3	3	3,33	2,66	3	3	3,33	3,33	

Indexet ”att vara tillfreds med idrotten” fick höga värden från alla deltagare. Alla svarade även på frågan angående mål inom idrotten med höga värden. Det var endast en person som inte ansåg sig ha någon utmaning inom sin idrott. Tabell sex visade att fyra individer hade höga värden på de olika EDI indexen och hade låga värden på MCQ index för idrottssituation. För indexet stöd i idrott upplevde fem individer att stödet inte var tillräckligt. Resultatet visade en hög grad av kontroll inom idrotten. Endast tre individer värderade kontroll lägre. Fem individer svarade att deras behov av feedback inte var tillgodosedd. Tre individer hade hög kontroll av sin idrottssituation. Alla upplevde idrotten som mycket utmanande. Två individer upplevde lågt stöd i sin idrott och en individ hade högt stöd i sin idrott. Det saknades svar från en individ angående stödet i idrotten. De övriga individerna ligger inom normalgränsen för missnöje med kroppen dock hade flera av dem en lägre grad av socialt stöd inom idrotten. Missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i idrottssituationen visade inte något tydligt samband (Tabell 6).

Tabell 6 Visar en jämförelse mellan EDI T-score som är de sex första kolumnerna, från viktfoxi till överdriven kontroll, och MCQ-idrottssituation som är de resterande sju. Normalvärde för subskalor i EDI-3 har angetts. Bortfall pga felaktiga svar har markerats med ett streck.

Deltagare	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Normal värde
Viktfoxi	52	25	25	31	56	41	31	28	48	23	35	23	56	28-40
Bulimi	57	36	36	35	57	36	36	35	45	36	35	40	44	38-42
Missnöje med kroppen	53	24	23	32	60	38	40	33	43	24	28	23	43	34-46
Perfektionism	46	37	33	37	50	39	35	28	48	29	31	54	69	38-49
Askes	58	31	29	39	52	31	25	25	46	29	33	29	66	33-40
Överdriven kontroll	52	30	27	35	51	32	26	21	46	24	28	39	70	36-43
Tillfreds med idrotten	3	3,5	3	3	3,5	-	3,5	3	3	3	3	3	2,5	
Stöd i idrott	2,2	3	2,8	2,8	-	2,6	3,8	3	2,8	3,4	-	3,8	3,8	
Mål i idrott	3,5	4	4	4	3,5	4	3,5	3	3,5	4	3,5	3	4	
Feedback i idrott	2	3,5	2,5	2,5	-	2,5	2,5	3,5	-	3,5	-	4	3,5	
Interaktion i idrott	2	3,33	3,66	3	2	3,66	2,66	3,33	3	4	3	3,66	3,33	
Utmaning i idrott	3	3	3,5	2,5	3	-	3,5	3	3,5	4	3	4	3,5	
Kontroll i idrott	3,25	3,75	2,5	3	3	3,25	2,75	3	2,5	3	3,25	3,25	3,5	

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

I instrumentet MCQ användes en annan skattningsskala för frågorna ett till fyra samt 53, 54 och 55. Skalan graderades från noll till tio centimeter, där noll betyder mycket dåligt och tio betyder mycket bra. På grund av detta kan vi se en högre variationsvidd gällande dessa frågor. Felkällor kan uppstå då frågor tolkas olika mellan individerna. Det är första gången EDI har kompletterats med MCQ, det är även den första deskriptiva studien som gjorts för att jämföra instrumenten med varandra för denna grupp så det saknas tidigare studier att jämföra vårt resultat med. Medelvärde har använts vid analysen av MCQ, eftersom det finns en tradition när det gäller psykologiska variabler att använda medelvärde även om gruppstorleken är relativt liten. Vi har beräknat indexen efter gängse praxis i forskning.

6.2 Resultatdiskussion

Instrumentet EDI-3 har i denna studie använts för att utreda om en person är i riskzonen för en ätstörning och att samtidigt utifrån MCQ kunna utläsa var eventuella problem finns i livets övriga situationer. I denna studie har det framkommit att fyra av deltagarna är i riskzonen för att få ätstörningar.

6.2.1 Hur upplevs förmågan att förändra sitt ät- respektive träningsbeteende?

Resultatet ger en indikation på att deltagarna upplever en större förmåga att förändra sitt träningsbeteende än ätbeteende. Samtidigt visar det sig att vid en nödvändig förändring ökar gruppen hellre sitt energiintag än minskar sin träningsmängd. Detta visar i vår studie på en ambivalens i deltagarnas förmåga att genomföra en förändring. Litteraturen säger att det inte är ovanligt att personer med ätstörningar känner sig tveksamma inför en förändring av sitt ätbeteende (17). Waller tar fram i sin studie att för att klara en förändring krävs det att personen har en egen beredskap, vilja och förmåga till motivation (16). Det krävs också individuella faktorer i en motivationsprocess så som intresse och positiva attityder, förväntningar, behov och självförtroende (18). Frågorna som besvarade ovanstående text visade en stor variationsvidd mellan deltagarnas svar. Det var en bred skattningsskala vilket kan förklara den stora variationsvidden. Det skulle vara intressant med en djupare analys av vad det är som gör att de upplever detta så olika. På grund av denna stora spridning tolkar vi att en del av denna grupp har beredskapen och förmågan att förändra sitt beteende.

6.2.2 Hur betydelsefulla upplevs olika motiverande faktorer vara till en livsstilsförändring?

Resultatets utslag gav flera olika faktorer som motiverar deltagarna i sin livssituation. Stödet från anhöriga var det mest betydelsefulla för dem. Trots detta upplever individerna att de har en låg positiv inställning till och ett stort missnöje med sig själva. Ändå är uppmärksamheten från andra om vad man gör i sin vardag ytterligare en viktig motivationsfaktor. Definitionen på socialt stöd innebär en uppfattning eller en erfarenhet om att man blir älskad, omhändertagen och får vara en del av ett socialt nätverk. Familj och vänner uppfattas som ett socialt stöd enligt Fitzsimmons och Bardone-Cone (23). Linville och Brown nämner att positivt socialt stöd hör ihop med ökad hälsa och fungerande copingstrategier i sin livssituation (24). Trots att flera upplever att de får socialt stöd och uppskattning från närstående är de inte nöjda med sig själva. Utifrån detta drar vi en slutsats att det kan bli en nedåtgående spiral om personen samtidigt upplever sig inte klara en uppgift fullt ut. Här anser vi att det sociala stödet från familjen kan vara extra viktigt.

6.2.3 Vilka faktorer motiverar gruppen till deras idrottsprestationer?

Resultatet bygger på att det fanns ett flertal faktorer som är viktiga för att öka motivationen till deras idrottsprestation. Deras idrott och målsättning visade sig vara de faktorer som ansågs vara mest motiverande. Detta förklarar Gard med att specifika mål har en stor betydelse för motivationen, och realistiska mål kan bli en uppmuntran och leda till en åtgärd för prestationen (18). En fundering uppkommer kring varför idrotten upplevs som så viktig men att individerna samtidigt inte är tillfreds med sitt idrottande. Frågan om att träna för att tillfredsställa andra har också fått ett högre medelvärde. Vi som författare anser att dessa frågor bestrider varandra och kan behöva mer utredning. Kan det ha något med tränarens roll att göra? Då tidigare studier har visat att tränaren är betydelsefull för upplevelsen av kraven på prestation (9,11). Detta är en yttre faktor eftersom det ligger utanför personens egen kontroll. Egna krav betraktas som inre kontroll och är även de betydelsefulla för motivationen till att pressa sig ytterligare för ökad prestation.

6.2.4 Finns det något samband med att vara i riskzonen för ätstörning och MCQs kategorier för livs- och idrottssituationen?

6.2.4.1 Finns det samband med missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i livssituationen?

6.2.4.2 Finns det samband med missnöje med kroppen och stöd-, krav- och kontroll i idrottssituationen?

Resultatet visade tydligt att det finns ett samband med att vara i riskzonen för ätstörningar och att inte vara nöjd med olika delar i sin livs- och idrottssituation. Baserat på siffrorna visades det att fler upplever att de har bättre kontroll av sin idrottssituation än av sin livssituation. På samma sätt visades det att de har tydligare idrottsmål än andra målsättningar i livet. Som författare tror vi att det är därför de anser sig ha en bättre kontroll av sin idrott. Mål leder till en känsla av kontroll som vi knyter an till att målen nåddes med större framgång om personen har en hög self-efficacy (25). Kommande studier kan gå djupare in i varför det skiljer sig mellan kontrollen i idrotten och i övriga livet. Dock upplever de generellt ett mindre socialt stöd i sin idrott än i livssituationen. Det tycks finnas ett samband mellan bristande självförtroende och att vara i riskzonen för en ätstörning. Författarna menar också att om individen även är missnöjd med sin kropp och har en perfektionistisk personlighet, kan kraven både på sig själv och från andra kännas ouppnåbara. Detta kan leda till höga nivåer av stress. Här kan vi som författare se likheter med krav-kontroll-stödteorin (26). Utifrån detta upplevs det möjligen vara lättare att ha kontroll inom sin idrott för där vet den elitidrottande personen vilka mål de har och ungefär vad som förväntas av en. Men tillsammans med sin viktfobi och missnöjdhet med kroppen som ligger kvar även i det vanliga livet ställer detta sig mer på sin spets. Individen kan då uppleva att det blir en utmaning i livet, fast med sämre kontroll och detta ger en stresspåverkan i kroppen. Vi ser i vårt resultat att de individer som ligger inom normalgränsen på viktfobin och missnöje med kroppen har en högre känsla av kontroll i livssituationen.

7. Konklusion

Det finns en ambivalens i förmågan att förändra sitt ät- och träningsbeteende. Gruppen säger sig kunna genomföra ändringar. Frågan är om de verkligen vill förändra sitt nuvarande beteende? De viktigaste motivationsfaktorerna för en livsstilsförändring är det sociala stödet och att bli uppskattad av andra personer. Tydlig målsättning och känslan av att vara betydelsefull för andra upplevs som viktiga faktorer för att motivera idrottsprestationen. Missnöje med kroppen, självförtroendet, perfektionism och överdriven kontroll har i denna studie samband med varandra. Den slanka kroppsbild som utgör ett ideal inom media och idrott kan skapa ett missnöje med den egna kroppen som sänker idrottarens självförtroende. Detta kan skapa ett beteende som ökar behovet av kontroll och vilja att vara perfekt och som kan leda till en ökad attityd av perfektionism. Tillsammans kan det utvecklas till en ond cirkel, ett stort problem, som kan leda till ED. De två instrumenten kompletterade varandra i besvarandet av frågeställningarna och motiverar fortsatt forskning inom detta område.

8. Klinisk relevans

Kroppsuppfattning och kroppsbild är en del av det sjukgymnastiska yrket. Det finns kunskap om att personer med ätstörningar har en störd uppfattning om sin kropp. Detta påverkar flera andra situationer och upplevelser hos personerna. Sjukgymnaster som yrkesgrupp har ett brett perspektiv där kropp och själ hör ihop och hela människan ses i ett helhetsperspektiv. Ett stort ätbeteende kan visa sig på flera olika sätt. Det är viktigt att kunna hitta olika individuella faktorer som motiverar till en förändring av sin nuvarande situation.

9. Referenser

1. Beals K, Manore, M. The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. *International Journal of sport nutrition*. 1994; (4): 175-195.
2. Feld A, et al. Exposure to the Mass Media and Weight Concerns among Girls. *Pediatrics* 1999; 103: 36.
3. Sundgot-Borgen J, Torstveit KM. The female football player, disordered eating, menstrual function and bone health. *Br J Sports Med*. 2007; 41: i68-i72
4. Torstveit KM, Rosenvinge HJ, 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*. 2008; 18: 108-118
5. Pantano K. Strategies used by physical therapists in the U.S. for treatment and prevention of the female athlete triad. *Physical Therapy sport*. 2009; (10): 3-11.
6. Lock J, Fitzpatrick KK. Anorexia nervosa. *Clinical Evidence*. 2009; 03: 1011.
7. FoU-rapport. Stockholm. 2004; 1: 10-11. (läst 2012-09-17). Tillgänglig: http://www.rf.se/ImageVault/Images/id_135/ImageVaultHandler.aspx.
8. Sundgot-Borgen J, Torstveit KM. Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher Than in the General Population. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2004; 14: 25-32.
9. Torres-McGehee T, Green J, Leeper J, Leaver-Dunn D, Richardson M, Bishop P. Body image, Anthropometric Measures, and Eating-Disorder Prevalence in Auxiliary unit Members. *Journal of Athletic Training*. 2009; 44(4): 418-426.
10. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Journal of the American College of Sports Medicine*. 1994; 26(4): 414-9.
11. Sundgot-Borgen J. Eating Disorders, Energy Intake, Training Volume, and Menstrual Function in High-Level Modern Rhythmic Gymnasts. *International Journal of Sport Nutrition*. 1996; 6: 100-109.
12. Waldrop, J. Early identification and Interventions for Female Athlete Triad. *Journal of Pediatric Health Care*. 2005; 19(4): 213-20.
13. Sundgot-Borgen J. Nutrient intake female Elite athletes suffering from eating disorders, *International Journal of Sport Nutrition*. 1993; (3): 431-442.
14. Volek JS, Forsythe, CE, Kraemer WJ. Nutritional aspects of women strength athletes. *Br J Sports Med*. 2006; 40(9): 742-748.
15. Nationalencyklopedin. (läst 2012-09-05). Tillgänglig: <http://www.ne.se/motivation>.
16. Waller G. The Myths of Motivation: Time for a Fresh Look at Some Received Wisdom in the Eating Disorders? *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45:1 1-16.
17. Castro-Fornieles J. et al. Motivation to change in adolescents with bulimia nervosa mediates clinical change after treatment. *European Eating Disorders Review*. 2011; 19(1): 46-54.
18. Gard G, Rivano M, Grahn B. Development and reliability of the Motivation for Change Questionnaire, Disability and Rehabilitation. 2005; 27(17): 967-976.
19. Andersson, L, Björklund J. Hur används den transteoretiska beteendeförändringsmodellen för att främja fysisk aktivitet vid övervikt? Örebro universitet, Hälsovetenskapliga institutionen, sjukgymnastik. 2008-12-01.

20. Grahn G, Gard G. Content and concurrent validity of the Motivation for Change Questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008; 18: 68-78.
21. Nevenon L, Broberg AG. Validating the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *The Journal of Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesitas*. 2001; 6: 59-67.
22. Garner DM. *Eating Disorder Inventory-3. Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. 2004.
23. Fitzsimmons EE, Bardone-Cone, Anna M. Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eating behavior*. 2011 Januari; 12(1): 21-28. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.09.002.
24. Linville D, Brown T, Sturm K, McDougal T. Eating disorders and social support: perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*. 2012: 20:216-231.
25. Carron A, Hausenblas, Estabrook. *The psychology of physical activity*. New York: McGraw-Hill; 2003
26. Ekman R, Arnetz B. *Stress. Andra upplagan*. Stockholm: Liber; 2005.

Bilaga 1

Diagnostiska kriterier för ätstörningar

(Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th ed., DSM-IV, 1994)

Anorexia nervosa

- A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normal-gränsen för sin ålder och längd (t.ex. viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 % av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade).
- B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, själv-känslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, d v s minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t.ex. med östrogen.)

Undertyper

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d.v.s. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d.v.s. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Bulimia nervosa

A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):

- (1) Personen äter under en avgränsad tid (t.ex. inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
- (2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t.ex. en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).

B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.

C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.

D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.

E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Undertyper

Med självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Ätstörning UNS – typexempel

Typ 1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.

Typ 2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.

Typ 3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.

Typ 4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t.ex. självframkallad kräkning efter att ha ätit två småkakor).

Typ 5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.

Typ 6. Hetsätningsstörning.

Hetsätningsstörning

A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):

(1) Personen äter under en avgränsad tid (t.ex. inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.

(2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t.ex. en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).

B. Hetsätningsepisoderna är förknippade med minst tre av följande kännetecken:

(1) Personen äter mycket snabbare än normalt.

(2) Personen äter tills en obehaglig mättnadskänsla uppnåtts.

(3) Personen äter stora mängder mat utan att känna fysisk hunger.

(4) Personen äter ensam på grund av förlägenhet över de stora matmängderna.

(5) Personen känner sig äcklad av sig själv, nedstämd eller mycket skuldtyngd efter att ha hetsätit.

C. Personen är tydligt plågad av hetsätandet.

D. Hetsätningen förekommer i genomsnitt minst två dagar i veckan under sex månader.

E. Hetsätningen är inte förknippad med regelmässig användning av olämpliga kompensatoriska beteenden (t.ex. självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, fasta eller överdriven motion) och förekommer inte enbart under förloppet av anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

Bilaga 2

Index har räknats fram genom att summera frågor som enligt tidigare forskning och faktoranalys hör ihop innehållsligt. De olika indexens medelvärden ligger relativt nära varje frågas medelvärde. MCQ-livssituation har sju index; kontroll, kompetens, utmaning, mål, self efficacy, självförtroende samt socialt stöd (Tabell 4).

Tabell 4 Visar index för livssituation på gruppnivå för MCQ

Index	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Frågor
Kontroll	13	2	2	4	3,0	9,18,22
Kompetens	13	2	2	4	2,9	13,20,21
Utmaning	12	2	2	4	3,3	10,14,17,23
Mål	11	3	1	4	2,9	6,19,12
Self efficacy	13	2	2	4	3,0	24,25,29
Självförtroende	13	2	2	4	3,1	26,27,28,30,31
Socialt stöd	13	2	2	4	3,5	5,7,8,11,15,16

Modifierade MCQ-idrottsituation har sju index; tillfredsställelse i sitt idrottande, socialt stöd, mål, feedback i träning, interaktion, utmaning i idrotten samt kontroll för sitt idrottande (Tabell 5).

Tabell 5 Visar index för idrottsituationen på gruppnivå för MCQ.

Index	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Frågor
Tillfredsställelse	12	3	1	4	3,1	32,39
Socialt stöd	11	3	1	4	3,1	33,37,46,49,50
Mål	13	1	3	4	3,7	34,42
Feedback	11	3	1	4	3,0	35,52
Interaktion	13	2	2	4	3,1	38,47,51
Utmaning	12	2	2	4	3,3	36,41
Kontroll	13	3	1	4	3,1	40,43,44,45

Tabellen visar på gruppnivå inga signifikanta avvikelser i medelvärde för de elitidrottande kvinnorna (Tabell 6).

Tabell 6 Visar utvalda delar av EDI T-score medelvärde för hela gruppen

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Normalt
Viktfofi	13	33	23	56	36,5	12,6	28-40
Bulimi	13	22	35	57	40,6	8,0	38-42
Missnöje med kroppen	13	37	23	60	35,7	11,9	34-46
Perfektionism	13	41	28	69	41,2	11,7	38-49
Askes	13	41	25	66	37,9	13,4	33-40
Överdriven kontroll	13	49	21	70	37	14,1	36-43