



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for Folkehelsefag

**Ola Erling Korbøl**

## **Spiseforstyrrelser i videregående skole**

### **Eating disorders in upper secondary school**

Bachelor – Faglærerutdanning i kroppsøving og idrettsfag

Fordypningsoppgave

**2014**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket: JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage: JA  NEI

## **Sammendrag**

Forfatter: Ola Erling Korbøl

Tittel på oppgaven: Spiseforstyrrelser i videregående skole.

Problemstilling: «Hvordan skal vi som kroppsøvlingslærere i videregående skole oppdage og legge til rette vår undervisning for elevene for å forebygge spiseforstyrrelser?»

Teoridelen omhandler de psykologiske kjennetegnene, kroppsbilde, skam og angst. Jeg kommer inn på behandling av spiseforstyrrelser og spiseforstyrrelser i skolen. Det er hovedfokus på anoreksi. Det er også viet et kapittel til tilpasset opplæring.

Metoden jeg tok i bruk for å få svar på min problemstilling var kvalitativ metode. Jeg benyttet kvalitativt forskningsintervju der jeg intervjuet to informanter som hadde hatt anoreksi på videregående skole. Jeg hadde en intervjuguide som hjelpemiddel der jeg hadde utformet spørsmål på forhånd.

I resultat- og diskusjonsdelen kommer det tydelig frem at en kroppsøvlingslærer kan motivere og hjelpe en spiseforstyrret elev til å søke profesjonell hjelp. Kontakt med elevene er essensielt og man må ikke snu ryggen til. Hvis du som kroppsøvlingslærer har kunnskap om spiseforstyrrelser kan dette skape trygghet for elever som har en lidelse.

## Forord

«Åssen går det med bacheloren?» «Når skal du levere?» Disse spørsmålene har jeg ikke tall på hvor mange ganger jeg har besvart de siste månedene. Når jeg sitter her og trykker ned de siste ordene tenker jeg tilbake på den mest omfattende oppgaven jeg har skrevet i skolesammenheng. Jeg har aldri tidligere arbeidet med en oppgave som har gitt meg så mye kunnskap om et emne. Og det er vel meningen, det er tross alt en fordypningsoppgave, er det ikke?

I starten av forskningsperioden syns jeg det gikk litt på lavgir og jeg kom liksom ikke helt igang, men når det først løsnet har jeg arbeidet jevnt og trutt hele veien. Pågangsmotet har egentlig bare bygget seg mer og mer opp igjennom forskningsprosessen. Etter dybdeintervjuene økte motivasjonen enda mer når jeg forstod at det var mye nyttig og at problemstillingen ikke kom til å stå ubesvart. Oppgaven har vært både spennende og utfordrende, og jeg føler jeg ikke har gapet over mer enn jeg har hatt kapasitet til. Jeg må få takke min ivrige veileder Bente O. Skogvang for god veiledning og mange gode råd igjennom forskningsperioden, det har vært til svært god hjelp. Jeg vil også takke mine to informanter som har gitt meg svar på oppgaven. Er veldig takknemlig for at dere stilte opp.

Min oppgave vil forhåpentligvis holde på deg som leser igjennom mer enn mindre nøyaktig 30 sider med innblikk i spiseforstyrrelser og hvordan en spiseforstyrret har det som elev i kroppsøvingstimene på videregående skole.

Her kommer et sitat som gir deg en liten smakebit på hva forskningen skal omhandle:

«Men til tross for en imponerende innsats ble ingenting av det jeg gjorde noensinne perfekt *nok*. Sterke resultater ga mer angst enn glede eller stolthet – *dette var bare flaks, hvordan skal det gå neste gang?* For å unngå nederlag ble dagene et heseblesende kappløp, et kontinuerlig jag.» (Getz, 2012, s. 69).

Ola Erling Korbøl

30.04.2014

Elverum

# Innholdsliste

Forside

Sammendrag

Forord

1.0 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave .....	6
1.2 Oppgavens oppbygning .....	7
2.0 Problemstillingen .....	7
2.1 Hovedproblemstilling .....	7
3.0 Teori .....	8
3.1 Hva er spiseforstyrrelser? .....	8
3.2 Anorexia nervosa .....	8
3.2.1 Overdreven fysisk aktivitet .....	9
3.2.2 Forskjeller fra andre spiseforstyrrelser .....	10
3.2.3 Ortoreksi .....	10
3.3 Symptomer og kjennetegn .....	11
3.4 Psykologiske kjennetegn .....	11
3.5 Kroppsbilde .....	12
3.5.1 Skammen .....	13
3.6 Angst .....	13
3.6.1 Fremtidsangst og sosial angst .....	14
3.7 Behandling av spiseforstyrrelser .....	15
3.7.1 Fysisk aktivitet som behandling .....	16
3.8 Spiseforstyrrelser i skolesammenheng .....	16
4.0 Metode .....	18
4.1 Hva er metode? .....	18
4.2 Kvantitative metoder .....	18
4.3 Kvalitative metoder .....	19
4.4 Valg av metode .....	19
4.5 Kvalitativt dybdeintervju .....	20
4.6 Gjennomføring av intervju og utvalg av intervjupersoner .....	21
4.6.1 Etiske problemstillinger .....	22
4.6.2 Intervjuguiden .....	22
4.6.3 Analyse av data .....	23
4.6.4 Validitet, reliabilitet og mulige feilkilder .....	23
5.0 Resultater og diskusjon .....	25
5.1 Informasjon om informantene .....	25
5.1.1 Synet på Kroppsøving .....	26
5.2 Forebygging .....	26
5.3 Symptomer. Hvordan oppdage forstyrrelsene? .....	27
5.3.1 Kontakt .....	29
5.4 Utfordringer for å få til tilpasset opplæring i kroppsøving .....	30
5.5 Kroppsøvingslæreren .....	31
5.6 Kunnskap og kommunikasjon .....	32
6.0 Konklusjon .....	34
6.1 Kritisk blick på egen forskning .....	35

Referanser

Vedleggoversikt:

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Svar fra NSD

Vedlegg 5: Taushetserklæring

## 1.0 Innledning

Nå er jeg inne i siste semester av den treårige bachelorutdanningen ved Høgskolen i Hedmark campus Elverum, avdeling for folkehelsefag. Som faglærerstudent i kroppsøving og idrettsfag er også siste halvår tiden for å skrive den avsluttende bacheloroppgaven. Føler dette er en fin avslutning på studiet og man får virkelig satt seg inn i et tema som man har interesse for og som kan knyttes opp mot det å bli faglærer i kroppsøving og idrettsfag. Spiseforstyrrelser er et veldig aktuelt tema i hverdagen, jobb, skole, sosiale medier, media generelt og i idrettssamfunnet. Mange kan noe om det, men de fleste vet for lite om omfanget av det. Det er et alvorlig tema og samfunnet har et forbedringspotensial når det kommer til å takle utfordringene som ligger ved.

### 1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Etter mye frem og tilbake kom jeg frem til temaet jeg nå skal skrive om. Interessen for spiseforstyrrelser kom i første omgang etter mye samvær med ei jente som hadde vært igjennom dette, og som i tillegg har masse meninger og tanker om hvordan det kunne behandles i skolen. En annen utløsende faktor var da jeg leste boken til Linnéa Myhre «Evig søndag», ei bok som jeg synes vekket veldig interesse og som trigget meg til å lære mer om hvordan man skal tilnærme seg og forstå elever med spiseforstyrrelser. I tillegg til dette er også spiseforstyrrelser et veldig interessant tema når det kommer til en lærers hverdag, og da kanskje spesielt hverdagen til en kroppsøvings- og idrettslærer. Temaet er veldig relevant og jeg er sikker på oppgaven vil gi meg nytteverdi som fremtidig kroppsøvings- og idrettslærer.

Som Skårderud (2000) sier i boken sin, «Sterk Svak», «Vi har alle behov for å bli sett» (s. 95). Et sitat som alle kroppsøvingslærere bør ta med seg. Jeg er veldig klar på at det å kunne lese mennesker å forstå hvilke behov og ikke minst vansker de kan ha, er veldig viktig for å kunne bli en god lærer. Etter min mening stiller du svakt om du er helt blottet for egenskaper som omhandler det å kjenne mennesker. Da vil du mest sannsynlig med tiden, miste grepet som pedagog og underviser. For å skape trygghet til elevene er det alfa omega å ha forståelse og innsikt. Jeg har gjort meg noen erfaringer på dette når jeg var ute i praksis som kroppsøvingslærer i utdanningsperioden. Jeg tror at tryggheten må være gjensidig, og skal elevene ha trygghet til deg er det vel så viktig å ha sosial kompetanse og være menneskelig som det å være faglig dyktig. Derfor er jeg interessert i å lære mer om hvordan en spiseforstyrret elev har det i skolen, hvordan man kan oppdage forstyrrelsen, hva som skal til for å forebygge og tilrettelegge undervisningen.

## 1.2 Oppgavens oppbygning

Oppbygningen av oppgaven satt opp med fremside der malen er tatt fra Høgskolen i Hedmark, sammendrag av oppgaven, forord, innholdsliste med oversikt over hva oppgaven inneholder delt inn i kapitler og delkapitler. Videre kommer en innledning og deretter et eget kapittel om problemstillingen. Så når vi kommer til selve kjernen av oppgaven finner vi først en teoridel som tar for seg hva spiseforstyrrelser er med hovedfokus på anoreksi. Etter dette kommer metoddelen og til slutt svaret på oppgaven, som er resultater og diskusjon fra intervjuene som er gjennomført. Oppgaven avsluttes med en konklusjon på forskningen. Til slutt kommer referanseliste. Vedlegg settes inn bakerst og hører også med.

## 2.0 Problemstillingen

Når vi lager en problemstilling er det for å finne ut mer og fylle opp de hullene vi har i temaet vi forsker på. Det er noe som utfordrer oss og som vi har lyst til å vite mer om (Dalland, 2013). Med utgangspunkt i tema må vi arbeide oss frem til spørsmål som har et bestemt mål og at det er såpass presist at det kan la seg belyse ved hjelp av metode (ibid).

«Arbeidet med å utforme en god problemstilling regnes av mange for å være den vanskeligste og mest krevende siden ved forskningsprosessen» (Thagaard, 2003, s. 50). Som Thagaard (2003) sier her, er det ingen lett jobb å finne en problemstilling som holder oppgaven sammen og drar den røde tråden fra start til mål, igjennom teori og resultatdel. Utfordringen er å finne balansen mellom åpenhet og presisjon (Thagaard, 2003).

### 2.1 Hovedproblemstilling

Grunnenssen og formålet med oppgaven er å svare på problemstillingen jeg har kommet frem til. Etter en god del vurderinger og samarbeid med veileder kom vi frem til følgende problemstilling:

**«Hvordan skal vi som kroppsøvingslærere i videregående skole oppdage og legge til rette vår undervisning for elevene for å forebygge spiseforstyrrelser?»**

Jeg valgte den problemstillingen fordi jeg ville finne ut om jeg som fremtidig kroppsøvingslærer kan gjøre undervisningen mer tilpasset en elev som er utsatt for spiseforstyrrelser. I tillegg ville jeg tilegne meg kunnskap om hvordan en kan forebygge og unngå at slike forstyrrelser oppstår blant elevene på en skole. Et annet problem jeg ville belyse var hvordan man oppdager at en av sine elever har utviklet spiseforstyrrelser, og det helst på et tidlig stadie.

## 3.0 Teori

Denne teoridelen skal gi et innblikk i hva spiseforstyrrelser er. Jeg kommer til å legge mest vekt på anoreksi, fordi begge mine informanter i resultatdelen har vært rammet av denne type spiseforstyrrelse. Vil også legge vekt på kjennetegn, spesielt psykologiske og symptomer, ettersom dette er en viktig del i forhold til å svare på problemstillingen min. Videre kommer denne teoridelen også til å inneholde teori der jeg tar for meg noe som mange spiseforstyrrede mennesker er utsatt for: angst, forstyrra kroppssyn og skam. I tillegg vil jeg skrive om spiseforstyrrelser i skolen, behandling av spiseforstyrrelser og tilpasset opplæring. Denne delen kommer også til å omhandle mye om forholdet mellom fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser.

### 3.1 Hva er spiseforstyrrelser?

«Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse» (Skårderud, 2000 s.11).

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser og handler i hovedsak om et forvridt forhold til mat og kropp/kroppsbilde. Spiseforstyrrelser er et resultat mellom innvirkingen av arv og miljø (Folkehelseinstituttet, 2013). Både kvinner og menn er utsatt og blir rammet av spiseforstyrrelser, men jenter og kvinner er desidert mest belastet med denne sykdommen (Skårderud, 2000). Det betyr ikke at det skal betegnes som en jente- og kvinnelidelse. Det kan nemlig gjøre det vanskeligere for gutter og menn å søke hjelp hvis det skulle skje at de ble syke. Spiseforstyrrelser er tungt i seg selv, og når du i tillegg skal skamme deg over at du lider av en «jente-lidelse» er det for mange usedvanlig vanskelig å komme seg ut av det (Skårderud, 2000). Vi har tre hovedformer innenfor spiseforstyrrelse: anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (binge eating disorder) (Skårderud, 2000).

### 3.2 Anorexia nervosa

«Anorexia nervosa» oversettes direkte og ordrett over til «nervøs appetittløshet» (Clinton & Norring, 2009). «Orexis» er gresk, og betyr «appetitt», mens første del av ordet «an» betyr «uten appetitt». Betegnelsen anorexia nervosa er egentlig ikke en adekvat beskrivelse på sykdommen, når store deler av pasientene er langt i fra appetittløse. I stedet kjemper de en hard kamp mot sult og impulser om å spise (Clinton & Norring, 2009).

En anorektiker har en intens frykt for fedme og for å legge på seg, selv ved alvorlig undervekt. Han/hun er motstander mot å opprettholde normal vekt. Dette resulterer i 15 % vekttap under



normalvekten (Skårderud, 2000). En person med anoreksi knytter selvfølelsen sterkt opp mot vekt og utseende, han/hun har et forstyrret bilde på kroppens størrelse og form (Skårderud, 2000).

Anoreksi er å begrense hva og hvor mye man spiser. De fleste med anoreksi, beholder maten, mens noen kaster opp dersom de synes de har spist for mye. Noen har også overspisingsepisoder og mister den strenge kontrollen på matinntaket. Mange overdriver løping eller andre treningsmåter for å forbrenne kalorier (Skårderud, 2000 s. 14).

Skårderud (2000) skiller mellom to typer anoreksi. Den første og minst vanlige er *ikke bulimisk type*. Her har personen med anorexia nervosa *ikke* gjentatte episoder med overspising (kaster ikke opp maten). Denne personen er veldig restriktiv med matinntaket og spiser svært lite. Den andre typen er *bulimisk type*. Her forekommer gjentatte episoder med overspising og personen bruker forskjellige måter for å kvitte seg med maten, oppkast, overtrening og/eller lakserende midler (Skårderud, 2000).

*Motstridende følelser* er sentralt blant personer med spiseforstyrrelser, og også hos anorektikere, dette kalles *ambivalens*. Pasienten som er forstyrret vil og vil ikke, kan og kan ikke, tør og tør ikke. Det er et indre kaos (Skårderud, 2000). I Levåg (2002) sin bok kan vi også lese om ambivalensen i forhold til å søke hjelp. En anorektiker bagatelliserer og benekter problemene, og har med det vanskeligheter for å erkjenne at han/hun trenger hjelp. Ambivalensen går ut på at en del av pasienten vil bli frisk, mens en annen del vil holde fast ved symptomene. Den dagen han/hun opplever at sykdommen bringer med seg mer ulemper enn fordeler søker han/hun om hjelp (Levåg, 2002).

### **3.2.1 Overdreven fysisk aktivitet**

Spesielt ved anoreksi kan patologisk økt fysisk aktivitetsnivå utgjøre en del av symptom bildet (Martinsen, 2004). Videre forteller Martinsen (2004) at dette kan brukes som en vektreduserende atferd på linje med å produsere frem oppkast eller bruk av vandrivende og/eller avføringstabletter. Mange jenter som trener ekstremt mye eller er pasienter rammet av spiseforstyrrelser opplever at menstruasjonen blir uregelmessig eller faller bort. I tillegg kan de som trener mest få slitasjeskader i muskler, sener og ledd. Det kan oppstå tretthetsbrudd i føttene og i tillegg til den mekaniske belastningen kan lave nivåer av østrogen og logisk nok mangelfull næringstilførsel bidra til utvikling av osteoporose (Martinsen, 2004).

Som nevnt i Skårderud (2000) er overdreven fysisk aktivitet og trening i noen tilfeller en del av behandlingen. Begrunnelsene for dette er at bevegelse er lystpreget og mange har hatt gode opplevelser med idrett før de ble utsatt for spiseforstyrrelsen. Derfor må man forsøke å finne tilbake

til dette. I tillegg kan det å bruke kroppen føre til at man får bedre *samvittighet* og føler seg sliten slik at det er mer «akseptert» å spise (Skårderud, 2000).

### 3.2.2 Forskjeller fra andre spiseforstyrrelser

Skårderud (2000) skiller som sagt mellom tre typer når du kommer til typer spiseforstyrrelse, anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Det er mange likhetstrekk når vi ser på de forskjellige spiseforstyrrelsene. Felles for dem er tanker og følelser i forhold til mat, vekt og kropp, dette er konfliktfylte og forskrudde tanker. De har også til felles at pasientene har motstridende følelser til det å søke hjelp. Her har de et ambivalent forhold, de ser alltid to sider og vil både fortsette og slutte (Levåg, 2002).

Mange pasienter beveger seg mellom diagnosene, med andre ord det kan være vanskelig å skille om de er rene bulimikere eller rene anorektikere (Skårderud, 2000). En fysisk og vesentlig forskjell mellom de tre vanligste spiseforstyrrelsene er at en *anorektiker* er motstander mot å holde normal vekt, og blir ofte svært undervektig. En *bulimiker* er veldig ofte normalvektig og er med det vanskelig å se at sliter med en spiseforstyrrelse. Når vi kommer til den tredje diagnosen, som er *overspisingslidelse*, er overvekt en vanlig konsekvens, det dreier seg altså om overspising uten *renselse*. Med andre ord, den forstyrrede kvitter seg ikke med maten etter en overspisingsperiode (Skårderud, 2000).

### 3.2.3 Ortoreksi

I tillegg til de tre nevnte spiseforstyrrelsene har vi også ortoreksi som er knyttet opp mot diagnosen anoreksi og i tillegg har fokus på fysisk aktivitet (Vrabel & Reistad, 2013). Ortoreksi omtales gjerne som den fjerde spiseforstyrrelsen, men er per idag ingen diagnose. En person med ortoreksi er usedvanlig opptatt av sunn mat, og unngår all mat og ingredienser som inneholder såkalte «usunne» stoffer. Mange med ortoreksi er også svært opptatt av trening, og ønsker å trene mye. Ortoreksi kan beskrives som en usunn besettelse av å spise sunn mat (Vrabel & Reistad, 2013). Men da må vi stille oss spørsmålet, når er man normalt opptatt av å spise sunt og når er det en sykdom? Man kan trekke mange paralleller mellom ortoreksi og anoreksi. Pasienter med anoreksi kan også være veldig opptatt av kvaliteten på maten de putter i seg og det er tilfeller av overtrening. Dermed kan man si at en personen kan ha anoreksi med ortorektiske trekk (Vrabel & Reistad, 2013). Ortoreksi er relevant for meg fordi en av mine informanter har hatt disse trekkene i sin diagnose.

### 3.3 Symptomer og kjennetegn

Tidlige tegn vi kan se hos en person som begynner å utvikle spiseforstyrrelser er mange, men de kan ofte være vanskelig å oppfatte eller legge merke til. I Skårderud (2000) deles tegnene inn i tre undergrupper, *forholdet til mat, humør og atferd og fysiske tegn*. Under gruppen *i forhold til mat* finner vi tidlige tegn som opptatthet av mat og veldig nøye med hva de har i seg, dette i form av å lese oppskrifter, kokebøker og sjekke ut næringsinnhold på matvarer. De som rammes spiser ofte mindre og helst alene, spiser i skjul, kaster mat eller gjemmer maten bort når ingen ser på, samler og lagrer den. En ser også ofte at de endrer atferd i forbindelse med mat, forlater bordet under måltidet, eller umiddelbart etterpå. Benekter sult når det er opplagt at personen må være sulten og oppkast forekommer, og de godtar ikke at måltidene kommer før eller senere enn planlagt. Andre tidlige tegn vi kan legge merke til er i forhold til *humør og atferd*. Eksempler på dette er at personen veier seg ofte, bedriver overdreven fysisk aktivitet og allikevel har søvnevansker. Videre forteller Skårderud (2000) at de ofte bruker store klær for å dekke til avmagring, misliker seg selv sterkt, blir trass og sta samtidig som personen trekker seg tilbake sosialt. De som er forstyrret har også en ekstrem frykt for vektøkning og det forekommer i tilfeller misbruk av avføringsmidler. Når det kommer til *fysiske tegn* finner vi først og fremst vekttap og vektsvingninger. Hos jenter kan manglende eller uregelmessig menstruasjon oppstå. Svimmelhet og besvimelser er vel så vanlig som tretthet. Magesmerter forekommer og personen med fysiske tegn kan få lav kroppstemperatur å fryse oftere og fortere, ha kalde hender og føtter spesielt, i tillegg kan de få en blålig farge (Skårderud, 2000).

### 3.4 Psykologiske kjennetegn

Vi har sett mye på *kjennetegn* og *kjennemerker* i forrige delkapittel, men jeg vil gjerne gå litt mer inn på de *psykologiske* kjennetegnene. Som nevnt i problemstillingen vil jeg gjerne få svar på blant annet hvordan man skal forebygge og oppdage. Derfor mener jeg at teori om hva som kjennetegner de spiseforstyrrede er viktig å underbygge her i teoridelen, også da psykologisk.

Tilsynelatende er de tre mest vanlige spiseforstyrrelsene; tvangsspising, anoreksi og bulimi tre vidt forskjellige sykdommer, men i bunnen har de en fellesnevner for dem alle som er de psykologiske kjennetegnene. Som Levåg (2002) forteller i boken sin har en spiseforstyrret person veldig behov for *kontroll*. Dette spesielt i forhold til å ha kontroll på matinntaket. En anorektiker sulter seg, og har med det kontroll. Bulimikeren/tvangsspiseren har også dette behovet, men «sprekker» og fyller seg med mat. Som Levåg (2002) nevner har alle mennesker et behov for å bli sett, bekreftet og anerkjent. Hos de som lider av spiseforstyrrelser forekommer stadig følelsen av å være *usynlig*.

Behovet for å gjemme seg og være redde for å vekke oppmerksomhet er også vanlig. Hos personer med spiseforstyrrelser er det også mer vanlig med tilfeller av *depresjon* kontra resten av befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2013). Depresjonen fører til at tilværelsen blir håpløs og mørkelagt, du tar på deg skylden for det meste og kjenner deg så og si verdiløs. Levåg (2002) skriver at hos en del anorektikere er det i større og mindre grad av *perfeksjonisme* i og rundt måten å leve på. De stiller strenge krav til seg selv og er ikke fornøyd med egne prestasjoner før alt er perfekt. Lista legges høyere og høyere hele tiden. Videre beskriver Levåg (2002) et annet psykologisk kjennetegn, det handler om å ha *lite kontakt med egne følelser*. Dette innebærer at de ofte har manglende kjennskap til seg selv, og føler hverken sorg eller glede. Levåg (2002) viser også til at de blir *styrt av ytre signaler*. Med dette menes at pasienten blir ytrestyrt. Å bli ytrestyrt betyr at du blir psykologisk avhengig av andre for å vite hva du skal gjøre, føle og mene. Personen blir avhengig av råd fra andre, og har vanskeligheter med å ta egne beslutninger. Hva spiseforstyrrede selv tenker og føler teller i større eller mindre grad ikke i det hele tatt (Levåg, 2002).

Levåg (2002) kobler også det å være ytrestyrt opp mot *vansker med å sette grenser*:

Å være ytrestyrt har også sammenheng med å sette grenser for seg selv og i forhold til andre mennesker. Når hun ikke greier å sette de nødvendige grensene, klarer hun heller ikke å ivareta egne behov på en tilfredsstillende måte. (s. 47).

Jeg tenker også at dette er et problem i forhold til kroppsøvingstimene, der er det lett og bli styrt av andre og du mister dermed følelsen av å gjøre ditt beste i timen og gjøre ditt beste for din utvikling i faget.

### **3.5 Kroppsbilde**

Dette kapitlet er til for å følge opp om psykologiske kjennetegn, som jeg tidligere har nevnt er det essensielt å vite noe om hvordan man oppdager spiseforstyrrelser tidlig. Ut i fra dette vier jeg nå en egen del til det som omhandler *kroppsbilde*.

I følge Levåg (2002) er de aller fleste som er rammet av en spiseforstyrrelse i større eller mindre grad problemer med selvbildet og synet på egen kropp. Med et dårlig selvbilde har en lav selvaktelse (anerkjenner ikke og har en negativ vurdering av bildet om seg selv) og lite respekt for deg selv, og du tar ikke deg og kroppen din på alvor. Mennesker med dårlig selvbilde må hele tiden høre fra andre at en er flink for å kunne tro på det, og i mange tilfeller hjelper ikke det heller (Levåg, 2002).

«Bildet er velkjent: En avmagret jente står foran et speil og stirrer inn i en fet versjon av seg selv. Særlig ved anoreksi tales det om *forstyrret kroppsbilde*» (Skårderud, 2000 s. 47).

Et forstyrret kroppsbilde er veldig vanlig hos pasienter med spiseforstyrrelse. Dette kan være noe de har hatt helt siden førskolealder, eller de har utviklet et forskrudd og negativt bilde av kroppen sin gjennom spiseforstyrrelsene. Pasientene med disse forstyrrelsene har også ofte et kritisk syn på andres kropper, og er verdensmestere på å dømme andre inne i sitt eget hode. De følger nøye med på venner/venninders, søster og mors kroppsutvikling (Røer, 2009).

Det forstyrrede kroppsbildet medfører også stor misnøye med egen kropp, atferdsproblemer og relasjonsproblemer som også kan gå utover menneskene i pasientenes nære krets (Røer, 2009). De unngår intimitet og foretrekker ikke å eksponere sin egen kropp ved noen som helst anledning. Eksempler på dette kan være at de ikke vil være med på svømming i kroppsøvingstimene eller ikke delta i kroppsøving i det hele tatt. De vil med andre ord ikke vise frem kroppen sin for noen. En konsekvens av dette fører ofte til isolasjon, som igjen fører til at vedkommende ikke vil dra på ferie, reise på restaurant å spise eller for eksempel være med venner på en spasertur. Dette kan sammenlignes med angst, noe jeg skal komme tilbake til seinere i teoridelen (Røer, 2009).

### **3.5.1 Skammen**

«Ingen skam å snu» sier fjellvettreglene. Men det å skamme seg over egen kropp, skamme seg over hva du spiser og å skamme seg over å ikke mestre eller nå sine mål er en skam som er mye mer utbredt enn det å kunne snu før været blir så dårlig at du må grave deg ned.

«Skammen kan være grunnfølelsen bak spiseforstyrrelsen, hvor *selvforminskingen* og *selvskaden* av kroppen er blitt en helt konkret aktivitet» (Skårderud, 2000, s. 39).

Skam er en farlig affekt innenfor spiseforstyrrelser, nettopp fordi den er vanskelig å oppdage, den er lett å skjule, og når det i tillegg er skammelig å føle skam kan man forstå at det er vanskelig å snakke om den. Skammens atferd er brutal, det handler om å forsvinne, gjemme seg og bli borte. Bak et selvmord kan man finne mye dyp skam (Skårderud, 2000).

### **3.6 Angst**

«Angst omfatter et bredt spektrum av følelser, fra engstelse og uro til frykt og panikk» (Martinsen, 2004, s. 70). Angst handler stort sett om enkelthendelser eller spesielle situasjoner du kommer opp i som skaper utrygghet. Det kan for eksempel være: «Jeg har angst for å flytte hjemmefra» eller «Jeg har angst for å gå til tannlegen». Når det kommer til sterk angst hemmer det deg både fysisk og

psykisk, og mer eller mindre blokkerer konsentrasjonsevnen, lammer bevegelsesevnen og sansene får et innsnevret virkefelt (Schmidbauer, 2006). Andre kjennetegn på angst er søvnproblemer, rastløshet, irritabilitet, tretthet, muskelspenninger som er ledsaget av intense følelser av engstelse og bekymring. Gjentas disse symptomene som er nevnt ovenfor jevnlig i minst seks måneder kan det kalles en angsttilstand (Røer, 2009).

Når man skal trekke angst opp mot spiseforstyrrelser er det snakk om «angst som sykdom» og ikke som angst for enkeltsituasjoner. «Angst blir til en sykdom når den vedvarer lenge, opptrer uten at det eksisterer noen reell trussel og forekommer ulidelig og ukontrollerbar» (Schmidbauer, 2006, s. 16). Dette kalles *generalisert* angst og rammer en fjerdedel av de som lider av angst (ibid).

### 3.6.1 Fremtidsangst og sosial angst

Av forskjellige angstlidelser er *fremtidsangst* av de vanligste og mest plagsomme symptomene hos unge pasienter med spiseforstyrrelser. Fremtidsangsten forekommer ofte *før* spiseforstyrrelsen gjør seg gjeldende og følger pasienten gjennom alle fasene. Som Røer (2009) sier er fremtidsangsten en drivkraft bak symptomene. For å utløse spiseforstyrrelsene kan fremtidsangst i form av å grue seg til å starte på ny skole være en faktor. Underveis i sykdomsperioden kan for eksempel det å ha angst for at du ikke skal klare å finne motivasjon og riktige veier til å komme deg ut av sykdommen. Mens i etterkant av den verste sykdomsperioden kan det for mange komme krypende en angst om den «trygge» tilstanden de var i blir revet vekk (Røer, 2009).

Sosial angst er den byrden vi bærer med oss i møte med kjente og ukjente andre, det er en angst som får oss til å føle oss mindre fri enn vi ønsker å være, som hindrer oss i å opptre naturlig og avslappet – og som i stedet får oss til å framtre med skjevt smil, rare ansiktsrynker, ukomfortabel sitte- og ståstilling, usikkert blikk, ukomfortabel konversasjon, fullt trykk på viljen til å ta seg sammen og «play the game» samt gir følelsen av intens ensomhet – til tross for at rommet er tettpakket med andre – mens vi egentlig har mest lyst til 1) å søke tilflukt til den eneste personen i rommet man kjenner fra før, 2) gå hjem og lese boken vår eller se på TV. Den sosiale angsten tar mange former, som frykt for å ta ordet i forsamlinger, sceneskrekke, ubehag ved å spise mens andre ser på, og ikke minst, ubehag ved å kjenne at man rødmer, svetter, skjelver eller har klamme hender sammen med andre (Moxnes, 2009, s. 91).

Sosial angst, som Moxnes (2009) beskriver ovenfor er også en type angstlidelse som er kjent blant pasienter med spiseforstyrrelser. Personer med sosial angst er overfølsomme for kritikk og negative følelser hos andre. For å påvise om denne type angst er bakgrunnen for spiseforstyrrelsen eller om det har kommet som en følge av spiseforstyrrelsen trenger man en grundig undersøkelse av pasienten. Hos mange er det tydelig at angsten og hypersensitiviteten har vært gjeldende helt fra spedbarnsalderen og har blitt bygget opp igjennom oppveksten. Kjennemerker på dette kan være

barn som er sjenerte, sky og engstelige. De tåler ikke overraskelser, brudd på rutiner, sterke lyder, brå bevegelser, skam og sinne. I tillegg til dette er det tilfeller der pasienten har livlig fantasi, mareritt og konstant tendens til bekymring for aktiviteter og oppgaver de må gjennomføre (Rør, 2009).

### 3.7 Behandling av spiseforstyrrelser

«Hovedmålene i behandling av spiseforstyrrelser er å normalisere spiseatferd, vekt, kroppsopplevelse og selvfølelse» (Martinsen, 2004, s.102). Er dette noe en kroppsøvingslærer kan bidra med?

Mange med spiseforstyrrelser søker ikke selv hjelp eller tar kontakt med et hjelpeapparat, de må motiveres til det. Som rådgiver, lærer, kroppsøvingslærer, trener, idrettsledere og andre som er i første linje i likhet med familie, kjæreste og venner kan man ta tak i situasjonen og gi en hjelpende hånd (Skårderud, 2000). Behandling og forebygging ved en tidlig fase handler ofte om kontakt. For å få tidlig kontakt med en spiseforstyrret er det flere oppgaver du må løse. Man må kunne gjøre en vurdering. Er det spiseforstyrrelser? Hvor alvorlig er det? For å gjøre dette må det skapes en trygg situasjon både for pasient og deg som forsøker å hjelpe (Skårderud, 2000).

«Den nyttigste behandlingsformen er samtaler» (Skårderud, 2000, s. 94). Men hvordan skal man gå til verks? «Om man presenterer sine mistanker, kan man i første omgang bli møtt med benekting. Men kanskje er noe positivt satt i gang allikevel» (Skårderud, 2000, s. 18). Derfor er det viktig og ta kontakt. Planlegg samtalen godt, og tenk igjennom hvilke ord du vil bruke og hva som kan være en inviterende samtaleform. Å anklage noen er ingen god idé. Det er mye bedre og gå veien inn til pasienten via bekymring. «Jeg er bekymret for deg. Kan du hjelpe meg til å bli mindre bekymret?» (Skårderud, 2000, s. 99). Blir du avvist gir du klar beskjed om at du kommer tilbake til tema om en tid, og det må gjøres! Gå ikke bak ryggen på vedkommende, vær konkret og informer rett til personen. Spesielt ved anoreksi forekommer lav vekt og vektnedgang. Da kan det være viktig å insistere på veiing og/eller eventuelt en undersøkelse. Dette er ikke realistisk at du som kroppsøvingslærer skal gjøre. Derfor går det an å forsikre seg om at noen andre har en sånn oversikt. I tillegg er det viktig å være en rollemodell. Vær tydelig og sett grenser. Hold avtalene dere har og gi beskjed om hva du selv synes er forsvarlig og ikke forsvarlig. Som trener, lærer, gymlærer etc. er det hensiktsmessig å søke råd hos kollegaer eller helsepersonell (Skårderud, 2000). Å vise seg som et medmenneske og ta kontakt er også en oppgave du som kroppsøvingslærer kan få til.

### **3.7.1 Fysisk aktivitet som behandling**

Det er gjort forsøk både på å bedre behandlingsresultatene av både angst og depresjon ved hjelp av fysisk aktivitet. På depresjon ble det gjort en undersøkelse på Modum Bad (Psykiatrisk sykehus) der 43 kvinner og menn fullførte forsøket. Disse deltok på et standard behandlingsopplegg men fikk byttet ut arbeidsterapien med fysisk aktivitet tre ganger i uka. Martinsen (2004) viser til at det også var en kontrollgruppe med samme opplegg, men da uten fysisk aktivitet. Dette for å få et bedre bilde på om den fysiske aktiviteten var til hjelp. Deltakerne i begge grupper ble bedre av sin depresjon i løpet av disse ukene med behandling, men bedringen i gruppa som hadde trent var så mye bedre at det var nede i 5 % sannsynlighet for at det var tilfeldig. Dermed fikk de bevist at fysisk aktivitet, i hovedsak kondisjonstrening, sammensatt med et ellers bredt behandlingstilbud gir målbar bedring av behandlingsresultatet (Martinsen, 2004). Når det kommer til behandling av angst er det gjort flere kontrollerte forsøk som viser at angst- og spenningsnivået reduseres etter fysisk trening. Virkningen kommer 5-15 minutter etter treningsøkta er avsluttet. Angstnivået vender tilbake igjen etter to-fire timer og ender da på utgangsnivået. Disse forsøkene er gjort på personer med angstnivåer som ikke oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose. Forsøkene på denne type angst er mer usikre (Martinsen, 2004). Slike funn kan man også knytte opp mot kroppsøvingsundervisningen. Og med dette tilegne oss kunnskap om at fysisk aktivitet kan være til hjelp for en elev med spiseforstyrrelse, når disse forstyrrelsene ofte har sammenheng med angst og depresjon.

### **3.8 Spiseforstyrrelser i skolesammenheng**

Som Røer (2009) beskriver er det svært sjeldent et problem for lærere å ha elever med spiseforstyrrelser. Med sin stadige tendens til perfektjonisme (se kapitel 3.4), ærgjerrighet og utholdenhet har de veldig ofte gode karakterer og arbeidsevnen er på topp. Den sosiale angsten og ensomheten som de har i hverdagen ellers klarer de tilsynelatende og skjule for lærere og klassen (Røer, 2009). Og når i tillegg pasienten og familien som oftest ønsker å holde problemene skjult blir det naturlig nok vanskelig for en kroppsøvlingslærer å oppdage forstyrrelsene. Symptomene hos en blir som regel ikke oppdaget før personen er sterkt underernært eller ved at skolen får informasjon om at han/hun er innlagt. I noen tilfeller kan det derimot være motsatt, at skolen igjennom helsesøster eller en våken lærer melder fra om problemene til familien (Røer, 2009).

«Krav til skoleprestasjoner med karakterer er ofte med på å trigge spiseforstyrret adferd» (Røer, 2009, s. 155). Elever med spiseforstyrrelser sammenligner seg kontinuerlig med medelevene sine og takler dårlig og ikke være best. Dette forekommer også spesielt hos pasienter som har anoreksi



og ortoreksi. Dette er relevant i min forskning fordi dette er diagnoser som mine informanter slet med i den tiden de var syke. Dette enorme konkurranseinstinkt kan være med på å opprettholde og i tillegg forsterke spiseforstyrrelsen (Røer, 2009). Derfor kan det i mange tilfeller være et godt bidrag i behandlingen å samarbeide med skolen. Tiltak fra skolen som kan være til hjelp for en pasient med spiseforstyrrelser er å fjerne muligheten til å konkurrere. Man kan for eksempel gi skriftlige tilbakemeldinger i stedet for å sette en lett målelig og sammenlignbar karakter. Dette styrker elevenes mulighet til å se mer helhet i arbeidet sitt på skolen og unngår detaljfokuset. «Dette tiltaket virker særlig bra for pasienter med mye tvang. Slik demper man stress og uro hos pasientene» (Røer, 2009, s. 155).

Flere studier viser til at selvfølelsen bedres ved regelmessig fysisk aktivitet (Martinsen, 2004). Og som vi kjenner til forekommer det veldig ofte at personer med spiseforstyrrelser sliter med lav selvfølelse (Skårderud, 2000). Med disse fakta vil det være naturlig at kroppsøvingen i skolen kan være en positiv faktor i forhold til behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Også ved å skape trygghet mellom lærer og elev er det lettere for eleven å søke om hjelp og be om spesiell tilrettelegging. Da må man legge forholdene til rette for det, og det er viktig som lærer for en elev med spiseforstyrrelser at man ser mennesket bak symptomene (Skårderud, 2000).

Spiseforstyrrelser er også tema og skal belyses i flere fag på skolen, deriblant kroppsøving. Læreplanen for kroppsøving (Utdanningsdirektoratet, 2006) sier at et kompetansemål etter alle tre årene på videregående skole er å ha kunnskap om egen helse, og hvordan man skal ivareta den. Etter Vg3 skal man også drøfte mulige uheldige sider ved trening (Utdanningsdirektoratet, 2006). Dette kan være til god nytte for elevene og det bør kunne settes av litt tid til å belyse temaet.

### **3.9 Tilpasset opplæring**

Kunnskapsdepartementet sier følgende om tilpasset opplæring:

I opplæringsloven § 1–3 heter det at opplæringen skal være tilpasset evnene og forutsetningene til den enkelte elev og at skolen skal sette inn tiltak så tidlig som mulig. Tilpasset opplæring er viktig fordi det er sammenheng mellom skolens evne til å tilpasse opplæringen og elevenes læringsutbytte (Kunnskapsdepartementet, 2011).

Videre beskriver Kunnskapsdepartementet (2011) at tilpasset opplæring er tiltak skolen setter inn slik at elevene får best mulig utbytte av opplæringen. Tilpasset opplæring i en gruppe der mangfoldet er stort er ofte krevende for en lærer. Dette er krevende fordi tilpasset opplæring handler om å skape balanse, balanse mellom evnene og forutsetningene til den enkelte elev og fellesskapet

(Kunnskapsdepartementet, 2011).

«Tilpasset opplæring er således et overordnet prinsipp som omfatter all opplæring i regi av barnehage eller skole» (Briseid, 2006, s. 33). Videre forteller Briseid (2006) at tilpasset opplæring innebærer bruk av ulike læringsarenaer og differensierte læremidler og også forskjellige måter å gruppere barn og unge. I tillegg til dette handler også tilpasset opplæring om å variere arbeidsmåter og arbeidsmetoder, differensiert innhold og tilrettelegging for at barn og unge kan få opplæringa i det tempo de mestrer. I bunn og grunn kan vi si at tilpasset opplæring handler om *differensiering*. Dette betyr at skole og barnehage må gi forskjellig opplæring til barn og unge ut i fra hvilke læreforutsetninger de har, ettersom vi alle er ulike (Briseid, 2006).

## 4.0 Metode

I dette kapitlet skal vi se nærmere på redskapet i en forskningsprosess, nemlig metode. Det vil bli lagt frem hva metode er, hvilke typer forskningsmetoder vi har og valg av metode. Jeg tar for meg kvalitativt forskningsintervju og i tillegg vil kapitlet vise gangen i forskningsprosessen med gjennomføring, intervjuguide, etiske retningslinjer, analyse og mulige feilkilder.

### 4.1 Hva er metode?

En metode er et redskap som skal fortelle oss noe om hvordan vi skal gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden er hjelpemiddelet vårt til å samle inn data vi trenger for å få svar på problemstillingen vår. I Dalland (2013) trekkes sosiologen Vilhelm Aubert frem og blir sitert på hva en metode er: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, s.196). I forskningen skiller vi mellom to metodetyper, *kvantitative* og *kvalitative* metoder (Dalland, 2013).

### 4.2 Kvantitative metoder

Jeg har valgt å ikke bruke kvantitativ metode i min forskning, derfor har jeg ikke lagt veldig mye vekt på hva kvantitative metoder er. Her får dere et lite innblikk. Kvantitative metoder: «hvor ofte», «hvor mange», «hvor mye», etc. Kvantitative metoder benyttes for å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det som kan måles, veies og telles. *Harde data* er nøkkelordet og formålet med metoden er å få eksakt kunnskap om dette, og de *harde data* trengs for å kunne sammenligne,

finne tydelige mønstre og utvinne kunnskap som kan gi svar på din problemstilling. Her er det ikke rom for personlig synsing og undrende blikk på forskningen (Aadland, 2004). Kvantitativ forskning går i bredden og ikke i dybden (Dalland, 2013).

### **4.3 Kvalitative metoder**

Med bruk av kvantitative metoder sitter vi ofte igjen med undrende spørsmål om hva som skjuler seg bak tall og kurver. Det er med andre ord begrenset hva man klarer å utvinne av dybdekunnskap ved hjelp av kvantitative metoder. For å komme under huden på noen, og utvinne opplysninger uten om de harde fakta må vi ta i bruk kvalitative metoder. «Det sier seg selv at kvaliteter bare kan tolkes; om noe er godt, vakkert, omsorgsfullt eller konfliktfylt, kan aldri avgjøres som objektive, harde fakta» (Aadland, 2004, s. 209). Vi kan sammenligne kvalitative metode med en kvalitetsfokusert fotballtrener sin tankegang. En trener som ikke tenker resultat, altså tall og harde fakta (kvantitativt), men som tenker på at laget skal gjøre det de har trent på, og gjøre det med kvalitet uavhengig av resultat. Han/hun retter da tankegangen sin opp mot en kvalitativ måte, og ser bak resultatet. Kvalitative metoder stiller krav til at forskeren må være utover det vanlige nysgjerrig, åpen, fleksibel og mottakelig for kunnskap. Forskeren må alltid være på tå hev i forhold til å registrere og oppdage. Den primære hensikten med kvalitative metoder er å innhente deltakernes egne oppfatninger, meninger, motiver og tankegang (Aadland, 2004). Mens de kvantitative forskerne holder klar distanse til objektene sine og sender ut spørreskjema, ønsker den kvalitativt orienterte forskeren å komme så nær forskningsobjektet som overhodet mulig (Aadland, 2004). Vi kan til en viss grad dele den kvalitative forskningsprosessen inn i ulike faser, selv om de til dels overlapper hverandre. Vi kan dele prosessene inn i fire faser; å formulere forskningsspørsmålene, innsamling av materialet, analyser og tolkninger av dataenes innhold og til slutt presentere resultatene som markerer avslutningen på prosjektet (Thagaard, 2003).

### **4.4 Valg av metode**

Jeg har valgt å samle inn data ved hjelp av kvalitativ metode, i form av to dybdeintervju.

«Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte» (Dalland, 2013 s.111).

Når det oppstår spørsmål eller problemer må man velge riktig metode for å få svar og for å finne løsninger, dermed må det foretas valg. Når man velger metode må det ligge til grunn at dette er den mest ideelle fremgangsmåten og at det er praktisk gjennomførbart, det må også være tidsmessig

realistisk (Dalland, 2013).

Med hjelp fra veileder ble jeg tidlig enig med meg selv at en kvalitativ metode var veien å gå. En spørreundersøkelse blir ofte veldig omfattende og tar lang tid. I tillegg passet det ikke med mitt tema og måten jeg har lyst til å belyse teamet på. Temaet jeg skal belyse handler som sagt om hvordan en kroppsøvlingslærer i skolesystemet skal klare å forebygge, oppdage og legge til rette for elever med spiseforstyrrelser. For å finne svar på dette følte jeg at jeg var avhengig av en forskningsmetode som gir dybde og forståelse. Ha nærhet til forskningsobjektet med innlevelse og følsomhet er også viktig (Aadland, 2004). Med andre ord, for å finne et godt svar på min problemstilling kommer jeg til å ta i bruk *kvalitativt dybdeintervju*.

## 4.5 Kvalitativt dybdeintervju

Å kunne *samtale* er den viktigste egenskapen når det kommer til det å kommunisere med mennesker. Å kunne takle og samtale med alle typer mennesker i alle aldre og livssituasjoner er essensielt. Her får du bruk for alle dine menneskelige og faglige ressurser. En samtale handler om raskest mulig å forstå situasjonen og tilegne seg den egenskapen om hvordan du skal snakke for å bli forstått (Dalland, 2013).

Dalland (2013) beskriver videre den profesjonelle samtalen:

Det handler også om å ta vare på det som blir sagt, og å sikre seg mot misforståelser. Til sist innebærer den profesjonelle samtalen å forstå hva det som sies betyr for det mennesket du snakker med. Alle disse utfordringene er til stede i enhver slik samtale, enten det er helse- og sosialarbeideren eller pedagogen som møter pasienten, klienten eller eleven. Fra den profesjonelle samtalen er ikke veien så lang til forskningsintervjuet (s. 151).

Som Dalland (2013) forteller kan et intervju være så mangt. Et intervju kan gjennomføres på mange flere måter enn bare opprøpning av spørsmål og presise svar fra informanten. Det kan fremstilles på flere måter; være strukturerte, ustrukturerte og halvstrukturerte (Dalland, 2013). Hensikten med et kvalitativt intervju er å avdekke deltakerens egne oppfatninger, meninger, motiver og tanker. Videre beskriver Aadland (2004) at man må fremstille disse med alle nyanser, motsigelser og forvirringer. Disse forestillingene sitter i intervjudeltakerens indre bevissthet. Av den grunn krever undersøkelsen at deltakeren kommer til ordet, og gjengir sine egne oppfatninger, meninger motiver og tanker så korrekt og upåvirket som overhodet mulig (ibid).

«Det kvalitative intervjuet er genuint; det lar seg ikke repetere. Ved intervju av flere personer vil du oppleve at det samme temaet kan gi varierte svar både i omfang og innhold» (Dalland, 2013, s.168).

Som Dalland (2013) forteller i sitatet over vil jeg mest sannsynlig få ulike svar i min intervjurunde. Det syns jeg er en fordel og jeg håper også mine informanter har forskjellig syn på temaene som blir tatt opp. Dette vil gi prosjektet mer tyngde og bredde, og som vi alle vet, så finnes det ingen fasit. Videre forteller Dalland (2013) at man må ta med seg erfaringer fra et intervju til det neste. Man kan for eksempel endre på intervjuguiden hvis man kommer over tema som virker uaktuelle, eller at man har oversett noe. Jeg valgte å la min guide være uendret mellom intervjuene.

#### **4.6 Gjennomføring av intervju og utvalg av intervjupersoner**

Først og fremst måtte jeg sende søknad om prosjektet til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) for å få det godkjent. Dette fordi prosjektet inneholder sensitive opplysninger gjenfortalt av personer. I søknaden fikk jeg beskjed om at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven. Begrunnelsen for dette ble lagt med i svaret på søknaden (vedlegg 4). Følgende svar kom fra NSD den 26. mars 2014:

«Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven. Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.» (vedlegg 4).

Jeg hadde på forhånd forhørt meg muntlig med en av intervjupersonene (en kvinne) hvor jeg hadde fått positive tilbakemeldinger om at vedkommende var villig til å stille på intervju. Etter godkjenningen fra NSD tok jeg også kontakt med den andre aktuelle deltakeren (en kvinne). Jeg fikk ganske raskt tilbakemelding og positiv respons om at også denne deltakeren var interessert i å hjelpe meg med prosjektet og kunne delta på et intervju. Begge mine informanter har hatt diagnosen anoreksi og begge har hatt sykdomsperiode på videregående skole. Begge er mellom 20 og 30 år. Jeg avtalte tid med begge mine intervjupersoner. Før møtet sendte jeg dem informasjonsskriv (vedlegg 1) og samtykkeerklæring (vedlegg 2). Når vi møttes viste jeg frem min taushetserklæring (vedlegg 5). Informantene skrev under på samtykkeskjema og vi startet intervjuet.

Jeg hadde med meg mobil med lydopptaker (vedlegg 1) så jeg fikk tatt opp intervjuet. Dette gjorde jeg for og enklere kunne referere til intervjuet i etterkant. Båndopptaket gjør også at en kan konsentrere deg om informanten og unngår og se ned på arket hele tiden (Thagaard, 2003). Begge informantene syntes dette var greit.

Begge intervjuene ble gjort ansikt til ansikt. Stedet vi hadde intervjuene ble valgt av informanten. Det var et bevisst valg av meg slik at de skulle føle seg trygge med omgivelsene. Jeg hadde med meg intervjuguiden som en mal slik at jeg holdt meg til tema. Allikevel fløt intervjuene lett og jeg

opplevde det som en samtale. Jeg prøvde så godt jeg kunne å stille åpne spørsmål der informanten fikk mulighet til å tenke selv og svare spontant. Som intervjuer prøvde jeg å unngå «hvorfor»-spørsmål. Det er fordi sånne spørsmål kan føre til at intervjuet ikke beholder det spontane og konkrete (Dalland, 2013). Det ene intervjuet varte i ca 35 minutter, mens det andre noe lengre, ca 45 minutter. Etter begge intervjuene var ferdig takket jeg for hjelpen og satt igjen med en god følelse. Jeg satte meg med engang ned etter intervjuene og renskrev de fra samtale på lydbånd til tekst på PC. De utskrevne intervjuene er ikke lagt med som vedlegg, men kan fremvises sensor etter forespørsel.

#### **4.6.1 Etiske problemstillinger**

Når det angår de etiske retningslinjene i forhold til forskning er det viktig å forholde seg til dette. Jeg mener det er viktig å beskytte informantene for seg selv og eventuelle lesere. Ettersom prosjektarbeidet tar for seg svært sensitive opplysninger om enkeltpersoner og omhandler psykisk helse søkte jeg NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. «I intervjusituasjonen er de etiske problemene særlig knyttet til forskerens avveininger om hvor personlige og nærgående spørsmål han eller hun kan stille» (Thagaard, 2003, s. 106).

Jeg fikk som sagt beskjed fra NSD om at prosjektet ikke var innmeldingspliktig (vedlegg 4). Alt innhold er taushetsbelagt og informantene fikk se en taushetserklæring (vedlegg 5) som jeg hadde skrevet under på. Alt vil bli anonymisert slik at ingen kan koble seg tilbake til informantene. For å sikre dette oppgir jeg lite informasjon om informantene og omtaler de med alias i teksten, «Ina» og «Anna». I forkant av intervjuet fikk begge intervjupersonene et informasjonsskriv (vedlegg 1) hvor veileder og jeg som forsker hadde skrevet under på. Der ble det forklart at dette var frivillig og at informanten når som helst hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet. Det ble informert om at intervjuet skulle tas opp på bånd, og at dette kunne bli stoppet så snart informanten ba om det. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme og vil bli slettet umiddelbart etter at prosjektet er avsluttet (vedlegg 4). Det fulgte også med en samtykkeerklæring (vedlegg 2) som de skulle skrive under på hvis man var villige til å delta. Jeg påpekte muntlig før intervjuet at det når som helst var mulig å trekke seg.

#### **4.6.2 Intervjuguiden**

For å gjøre et forskningsintervju er det til god hjelp med en intervjuguide (vedlegg 3). Intervjuguiden er en ledsager gjennom intervjuet, den er til hjelp for å huske temaene som skal tas opp. Guiden kan enten være helt strukturert eller ustrukturert/halvstrukturert oppbygget. Som

Dalland (2013) forklarer kan det som nybegynner i enkelte tilfeller være lurt og utforme spørsmålene forholdsvis strukturert for å klare og holde seg til tema. Samtidig er det større sjans for å få spontane, levende, åpne, uventede og spontane svar hvis intervjusituasjonen er ustrukturert. Jeg utarbeidet en guide (vedlegg 3) der jeg brukte god tid på å komponere spørsmålene slik at de kunne kobles opp mot min problemstilling og teoridel, og slik at jeg kunne oppnå målet med oppgaven. Viktigheten av å ha en intervjuguide kommer også enda mer frem når det skal gjøres intervju av flere informanter, dette for å kunne sammenligne og lettere komme frem til en konklusjon til slutt. I tillegg er det å utarbeide en intervjuguide en forberedelse faglig og mentalt til møtet med intervjupersonen (Dalland, 2013). De første spørsmålene var såkalt «oppvarmingsspørsmål», det var enkle spørsmål å svare på. Etterhvert som intervjuet begynte å «flyte» stilte jeg mer vanskelige spørsmål der informantene måtte bruke lenger tid på å tenke og svare. Til slutt stilte jeg et helt åpent spørsmål der begge informantene fikk legge til det de hadde på hjertet, der hadde de helt frie tøyler.

### **4.6.3 Analyse av data**

Første delen av analysen gjorde jeg når jeg skrev ut begge intervjuene. Delte dataene oversiktlig inn i spørsmål og svar, før jeg analyserte videre. For å sette litt ord på stemningen i forbindelse med svarene jeg fikk la jeg til ord som «nølede», «raskt» og «kontant». Analyse og tolkning av dataene overlapper hverandre ofte i en kvalitativ forskningsprosess (Thagaard, 2003). Allikevel kan vi si at bearbeiding av dataene knyttes til en tidligere fase enn den delen som omhandler utviklingen av begreper og refleksjon (Thagaard, 2003). Problemstillingen omhandler den tre hovedkategorier: å oppdage, legge til rette og forebygge spiseforstyrrelser i kroppsøvingen. Etter en bearbeiding av det innsamlede materialet så jeg at mange av svarene jeg fikk gikk under flere av kategoriene. Derfor utarbeidet jeg kapitler med forskjellige kategorier som kunne inneholde flere spørsmål. Kategoriene i resultatdelen var: informasjon om informantene, synet på kroppsøving, forebygging, symptomer, kontakt, tilpasset opplæring, kroppsøvingslæreren, kunnskap og kommunikasjon. Da fikk jeg en oversiktlig og nyttig resultatdel som bar preg av en rød tråd. Dette føler jeg også var til fordel for en eventuell leser.

### **4.6.4 Validitet, reliabilitet og mulige feilkilder**

For at et prosjekt skal bli godt må dataene du samler inn være relevante for problemstillingen (Dalland, 2013). «Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles, må ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes» (Dalland, 2013, s. 52). Det er hele tiden viktig å holde en rød tråd mellom problemstilling, teori og resultat, dette gjør at oppgaven henger sammen. Begge

mine informanter har hatt spiseforstyrrelser på videregående skole. Dette var viktig for meg i forhold til å få best svar på spørsmålene som mulig. I tillegg var det essensielt at det ikke var for mange år siden de gikk på videregående skole der de hadde forstyrrelsene. Begge er mellom 20 og 30 år gamle. Som tidligere nevnt har jeg hatt fokus mot å opparbeide spørsmål i intervjuguiden som kunne hjelpe meg i å få svar på problemstillingen min.

Det er ofte ikke nok at dataene du samler inn er relevante, de må også være samlet inn på en slik måte at de er pålitelige. Da snakker vi om *reliabilitet* (Dalland, 2013). «*Reliabilitet* betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis» (Dalland, 2013, s. 52). Gjennomføringprosessen i prosjektarbeidet mitt med intervju ansikt mot ansikt, med en person som forstår seg veldig på tema og er trygg i sine svar virker pålitelig. Informanten fikk også intervjuguiden tilsendt på forhånd, dette for å minske faren for misforståelser, og for at de skulle kunne forberede seg.

Min forskningsprosess har flere mulige feilkilder. Først og fremst kan man rette dette mot forskeren som er meg selv. Det er en studentoppgave og jeg har ingen tidligere forskererfaring å slå i bordet med. Derfor er det viktig å ha et ydmykt og selvkritisk blikk på resultatene jeg har fått. En bacheloroppgave gir deg begrensninger i forhold til tid og ressurser. Grunnet dette følte jeg at å ha to informanter var nok. Jeg fikk også beskjed fra veileder om at dette var mer enn godt nok i forhold til å få svar på prosjektarbeidet. Med mer tid og med tanke på en større oppgave kunne man fått et bedre bilde på resultatet ved å intervju flere informanter. I selve intervjuet ligger det selvsagt også en del mulige feilkilder. Kommunikasjonsprosessen kan by på utfordringer. Er spørsmålet riktig oppfattet? Har intervjueren forstått svaret riktig? Påliteligheten reduseres som oftest når informanten ikke forstår spørsmålene riktig, om svaret blir unøyaktig notert fra intervjuer og om innholdet i intervjuet blir endret ved renskriving (Dalland, 2013). Jeg følte påliteligheten ble lite redusert, men at det ble litt rotete fordi mange av spørsmålene jeg stilte ledet til samme svar.



## 5.0 Resultater og diskusjon

Selve målet for denne forskningsoppgaven var i hovedsak og få svar på problemstillingen. I denne delen av prosjektet skal jeg belyse de svar jeg har fått fra mine informanter. Jeg har som kjent gjennomført to dybdeintervju med to ulike intervjupersoner. Svarene jeg har fått vil jeg knytte opp mot teoridelen i oppgaven. Svarene er konfidensielle og som nevnt anonymiserer jeg informantene med å kalle de «Anna» og «Ina», slik at det ikke er mulig å spore seg tilbake til intervjupersonene. Dataene jeg har samlet inn er utformet i tekst med bistand av teori og sitater. Sitatene har jeg skrevet ordrett etter lydbandet og de er skrevet i kursiv. Første del av dette kapitlet blir det en kort intro om informantene og deres sykdom før jeg deler opp kapitlet med undertitler der forskjellige tema som belyser problemstillingen blir diskutert.

### 5.1 Informasjon om informantene

Begge er som kjent kvinner og har hatt problemer med spiseforstyrrelser på den videregående skole.

«Ina»: Utviklet forstyrrelsene sommeren før Vg2 og hadde de hele Vg2 og halve Vg3. Når jeg spør om hun kan fortelle litt om sin egen spiseforstyrrelse forteller hun at det ble konstatert anoreksi som etterhvert utviklet seg til ortoreksi. Hun spiste lite og kun sunne måltider og kunne trene opp mot 4 økter daglig. I det hverdagslige livet mistet hun mange gode venner, mye på grunn av at de ble lei det ekstreme fokuset hun hadde rundt trening og sunt kosthold. Slik «Ina» forklarer det her kan vi også knytte opp mot det Røer (2009) sier om det forstyrrede kroppsbildet. Hun forklarer at dette ofte medfører relasjonsproblemer som også kan gå utover mennesker i pasientens nære krets (Røer, 2009).

«Anna»: Forstyrrelsen utviklet seg i første klasse på videregående og vedvarte alle tre årene på vgs. Jeg spør om hun kan fortelle i korte trekk om sin spiseforstyrrelse, og får dette til svar:

*«Jeg konsentrerte meg bare om å bli minst mulig. Og at jeg var veldig opptatt av å spise lite mat og trene mye. Og jeg brydde meg veldig om hva de rundt meg tenkte om meg, og jeg trodde at de fulgte veldig nøye med på om jeg gikk opp eller ned. Hvor mye jeg spiste og hvor mye jeg trente eller hva som helst. Jeg hadde anoreksi.»*

Nettopp som Skårderud (2000) forteller knytter en person med anoreksi selvfølelsen sterkt opp mot vekt og utseende, de har et forstyrret bilde på kroppens størrelse og form. I hverdagen forteller «Anna» at det var dette som tok alt fokuset og at hun var mye lei seg. Hun ville gjemme seg, ikke ha hjelp eller oppmerksomhet, samtidig som hun skrek etter oppmerksomhet ved at folk skulle se hvor tynn hun var.

### 5.1.1 Synet på Kroppsøving

Begge informantene ble stilt et generelt spørsmål om hvordan de opplevde kroppsøvingen på videregående skole. «Ina» sier at dette var den beste timen på skolen og forteller videre:

*«Ene og alene på grunn av at kroppsøvlingslæreren lot meg drive med mitt eget opplegg. Fordi den klassen jeg gikk i var ikke særlig aktiv, de ville bare spille volleyball, stå stille. Og da fikk jeg lov til å løpe intervaller på 3d mølla, stort sett det jeg brukte gymtimen til, så det likte jeg veldig godt. Da slapp jeg å ta den treningsøkta seinere på dagen.»*

«Anna» hadde en litt annen opplevelse av kroppsøvingstimene:

*«Var ikke så mye gøy liksom. Veldig mye, eller hvertfall jeg opplevde som om alt var konkurranse, den som gjorde mest av forskjellig ting, og best, og den som gjorde det best var høyest rangert i klassen. Så siden jeg tenkte så mye på hva andre tenkte om meg, så gjorde det til at jeg gruet meg veldig til timene.»*

Som «Ina» sier likte hun veldig godt å få drive for seg selv. Dette kan vi knytte opp mot Skårderud (2000), han sier at fysisk aktivitet er en behandlingsform fordi det er lystpreget, personen får bedre samvittighet, blir sliten og det blir mer «akseptert» å spise. Det er også bevist at fysisk aktivitet, i hovedsak kondisjonstrening, sammensatt med et ellers bredt behandlingstilbud gir målbar bedring av behandlingsresultatet (Martinsen, 2004). «Anna» sitt svar derimot kjenner vi bedre igjen i det Røer (2009) sier, hun sier at det enorme konkurranseinstinktet hos pasienter kan trigge og forsterke forstyrrelsene, noe som slett ikke er heldig.

### 5.2 Forebygging

Hvordan du som kroppsøvlingslærer kan forebygge spiseforstyrrelser i en klasse er så og si grunnsteinen i min problemstilling. I de to neste kapitlene vil dette belyses ut ifra svarene jeg har fått fra informantene. Det er viktig å kunne bidra til å ta problemet før det oppstår og/eller så tidlig som mulig i utviklingen av forstyrrelsen. Første spørsmål jeg stilte handlet om hvordan en kroppsøvlingslærer kunne bidra til at det ikke ble utviklet spiseforstyrrelser blant elevene i en klasse.

«Ina» forteller at hun har erfaringer med at lærerne er for dårlig til å bruke tid på temaet spiseforstyrrelser, og mener det er en for liten del av læreplanen. Videre sier hun:

*«Det er jo ganske mange som sliter med spiseforstyrrelser så kanskje dem kunne hatt et foredrag på skolen hvor det kommer noen eksterne inn og forteller om spiseforstyrrelser, det mener jeg kunne vært til hjelp.»*

«Anna» mener det i første omgang er vanskelig for en kroppsøvingslærer å forebygge spiseforstyrrelser av den enkle grunn at de har for lite kontakt med elevene. Videre forteller hun at en kroppsøvingslærer må tørre å si ifra og ikke lukke igjen øynene. Ta opp saker og ting med den enkelte elev hvis man mistenker at et problem er i ferd med å oppstå. Eller ser noe som ikke går i positiv retning når det kommer til fokus på kropp, helse og vekt. «Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse» (Skårderud, 2000, s. 11).

Etterhvert kommer vi innpå selve undervisningen og aktiviteten. «Anna» har følgende å fortelle:

*«Jeg tenker at konkurransepreget aktivitet ikke er helt heldig, jeg følte hvertfall at det gikk veldig inn på meg hvis jeg ikke var best. Og da gikk det over i å tenke at jeg ikke var tynn nok eller ikke hadde trent hardt nok.»*

Videre forteller hun:

*«Å kunne få samarbeide i forskjellige aktiviteter tror jeg kunne gjort at jeg hadde følt meg mer trygg på alle sammen. Hvis jeg kunne ha mer nærhet til de, og ble tvunget til å samarbeide med hverandre. Sånn at jeg følte at jeg ble en del av klassen, og ikke var den tynne som ikke kunne delta, og ikke var god i noen ting. Jeg tror at gruppearbeid er viktig at kroppsøvingslæreren står for.»*

«Ina» mente det var veldig viktig å være åpen om spiseforstyrrelser i klassen, og innfelle det i teorien til kroppsøving. Å kunne bidra til god helse for seg selv er endel av kunnskapsmålene i læreplan for kroppsøving (Utdanningsdirektoratet, 2006). «Anna» kom mer inn på det Røer (2009) forteller i sin bok, at bidrag i behandlingen av spiseforstyrrelser kan være å samarbeide med skoler ved å fjerne pasientens mulighet til å konkurrere. Som «Anna» sier ovenfor forsterkes det dårlige selvbildet når man ikke er best. Dette er også Røer (2009) inne på i boken sin, hun sier at kroppsbyldeforstyrrelsene fører til misnøye med egen kropp.

### **5.3 Symptomer. Hvordan oppdage forstyrrelsene?**

På spørsmål om hvordan spiseforstyrrelsene påvirket dem på skolen får jeg dette svaret fra «Ina»:

*«Var jo veldig pliktoppfyllende. Hadde veldig gode karakterer så det gikk ikke noe utover det faglige. Ble jo en perfeksjonist. Alt skulle være til punkt og prikke.»*

«Anna» sier at hun var veldig sliten. Dette var mye på grunn av lite mat, dårlig med søvn om nettene og mye hard trening. Dette nevner også Skårderud (2000) i sin bok, personer med spiseforstyrrelser blir ofte slitne på grunn av lite søvn, i tillegg til at de bedriver overdreven fysisk

aktivitet. Begge mine informanter sier at de ikke ble veldig påvirket på skolen når det handlet om prestasjoner og karakterer. Dette fordi de brukte mye tid på skolearbeid og ville være best. Dette er helt i tråd med det Røer (2009) sier, hun forteller at pasienter med anoreksi sammenligner seg kontinuerlig med andre og takler dårlig å ikke være best.

I Levåg (2002) kan vi også lese om at spesielt anorektikere stiller høye krav til seg selv og legger lista høyt. De er i større og mindre grad perfektionister (Levåg, 2002).

Begge mine informanter hadde så og si null fravær, og var på skolen stort sett hele tiden. Dette samsvarer veldig med hva Røer (2009) forteller, hun sier at elevene med spiseforstyrrelser er ærgjerrige, utholdende og har ofte gode karakterer. Det er med andre ord ofte et symptom at en elev begynner og forbedre seg på skolen, noe som kan være vanskelig for en lærer å tenke at det kan være utvikling av spiseforstyrrelser.

Neste spørsmål jeg stilte dreide seg nettopp om hvordan en kroppsøvingslærer skulle oppdage spiseforstyrrelser, helst så tidlig som mulig. Hva burde de se etter?

«Anna» svarer umiddelbart dette:

*«Man burde se etter om noen har et overherdig ønske om å trene. At det aldri blir nok. Også har du jo kroppslige symptomer, at man blir tynnere, har sår på henda eller tynt hår. Man kan også ofte se det i øya på de som er syke, at de ser veldig nedstemt ut og slitne.»*

«Ina» er mye inne på det samme og mener at man tidlig må se etter atferdsforandringer, som for eksempel om eleven blir mer tilbaketrukket og ser mer sliten ut. Med bekymring i stemmen forklarer hun videre:

*«Man blir jo nærmest «dratt» i ansiktet når du ikke får nok søvn, nok mat eller hva det skulle være.»*

Det begge informantene sier stemmer godt overens med hva Skårderud (2000) beskriver, han forteller om *humør og atferd* i boken sin, og som tidligere nevnt sier han at personer med spiseforstyrrelser ofte har søvnevansker, selv ved hard fysisk aktivitet på dagen. Da blir man naturlig nok sliten. Søvnproblemer kan også sammenkobles med angst, og også bindes med at du blir tilbaketrukket og engstelig (Røer, 2009). Angsten er også et hinder for å opptre naturlig og avslappet, noe som kan være mulig å oppdage for en kroppsøvingslærer (Moxnes, 2009).

Også «Ina» kommer inn på det med vekttapet, og at det er mye enklere å oppdage en person med anoreksi, kontra og oppdage bulimi og overspising. Slik forklarer Skårderud (2000) vekttapet til en anorektiker: «Motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde som resulterer i 15 % vekttap under forventet normalvekt» (s. 14). Skårderud (2000) forteller også at en bulimiker

som oftest er normalvektig, mens en person med overspisingslidelse blir overvektig. Det er med andre ord vanskelig å oppdage disse to lidelse ut i fra fysiske trekk (Skårderud, 2000).

«Anna» forteller også at i starten når anoreksien var i utvikling var hun veldig glad, for da klarte hun å gå ned i vekt. Dette understreker også at det er vanskelig for en kroppsøvingslærer å oppdage forstyrrelser i en tidlig fase.

### 5.3.1 Kontakt

I intervjuene snakket vi mye om kontakt mellom lærer og elev. Jeg stilte spørsmålet: «Gjorde din kroppsøvingslærer noe for å oppdage spiseforstyrrelser i klassen?» «Ina» tenker litt og svarer slik:

*«Nei, det var lite. De som er kroppsøvingslærere har som regel bare en økt med elevene sine i uka, kanskje bare 60 minutter med fysisk aktivitet. Og da får de liksom ikke tid til å snakke med elevene så mye. Er bare fokus på å sette oss i gang og se hva vi mestrer. Det er jo en måloppnåelse de skal gi oss karakter etter. Da blir det liten tid til noe annet.»*

«Anna» svarer kjapt:

*«Nei.»*

Som oppfølgingsspørsmål spurte jeg begge to: «Hva burde en lærer gjøre for å oppdage? Tenkte du noe rundt det da du var syk?» «Ina» svarer med litt humrende stemme:

*«Nei akkurat da tenkte jeg ikke så mye.»*

Før hun fortsetter:

*«Men i ettertid har jeg tenkt mer på det, tenkt på at de må tørre å si ifra, lærerne. Og spørre om det er noe galt. Har du det bra? Eller et eller annet sånt. Føler du at det er noe galt kan det noen ganger bare være å stille et enkelt spørsmål som: Har du spist idag? Eller er det lenge siden du har spist? Det er jo en indirekte måte å spørre om du sliter med forholdet til mat, uten å gå rett på tema. Og hvis du ikke føler deg komfortabel med å snakke med eleven eller at det ikke passer seg så kan man jo gå til kontaktlærer som kjenner eleven bedre.»*

Videre forteller «Ina»:

*«For det er jo sånn at jo fortære du oppdager det, jo lettere er det å komme seg ut av det. For til slutt blir det en livsstil som er vanskelig å komme seg ut av.»*

«Anna» svarer dette:

*«Spurt om det gikk bra, ta kontakt. Da hadde jeg mest sannsynlig begynt å gråte, fordi noen så*

*meg.»*

«Det kan føles verre å bli oversett og usynliggjort enn å bli konfrontert. En konflikt kan være bedre enn et fravær. Mange skjuler seg, men har også et ønske om å bli oppdaget» (Skårderud, 2000, s. 18). Sitatet her fra Skårderud (2000) samsvarer godt med det «Ina» og «Anna» forteller. Mange spiseforstyrrede har lyst til å bli kontaktet og snakke om problemene.

Som vi ser er begge informantene opptatt av at kontakt er nøkkelen til å oppdage. Være varsom og et godt medmenneske samtidig som du må kunne være direkte og tørre å spørre. For å få til dette er det viktig å være godt kjent med elevene, og da er nok én time i uka lite.

## **5.4 utfordringer for å få til tilpasset opplæring i kroppsøving**

Utifra problemstillingen så følte jeg det var viktig å ta opp dette tema for å kunne få et innblikk i hva en kroppsøvingslærer kan bidra med for å tilpasse undervisningen. Når jeg tok opp hva som følte vanskelig eller utfordrende i forhold til å delta i kroppsøvingen var det endel likhetstrekk i svarene. «Ina» svarer raskt og bestemt:

*«Største utfordringa var ikke i selve timen, men det var garderoben, før og etter timen. Det var vanskelig, for da, følte hvertfall jeg, at jeg fikk veldig mange blikk. At de så opp og ned på meg fra topp til tå. Og jeg tenkte at de syns jeg var stygg og tjukk og etterhvert stygg og tynn. Det som var verst, for trene ville jeg jo!»*

«Anna» beskriver garderobesituasjonen sånn:

*«Det ble jo på en måte bare mer og mer skummelt å dusje med andre, fordi samtidig som jeg følte meg tjukk, så følte jeg jo også at jeg var tynn og stygg, følte det var ekkelt fordi folk stirra på grunn av at jeg var så tynn.»*

Det «Ina» og «Anna» forteller kjenner vi igjen i Levåg (2002), hun beskriver behovet en spiseforstyrret har for å gjemme seg, å være usynlig. I tillegg kan vi koble det opp mot angst, og symptomene der. Angst handler om at du kommer opp i situasjoner eller hendelser som skaper utrygghet (Schmidbauer, 2006). Det kan også tyde på sosial angst, som Røer (2009) forteller er personer med sosial angst overfølsomme for kritikk og negative følelser hos andre. Angsten kan være bakgrunnen for spiseforstyrrelsen eller den kan komme som en følge av spiseforstyrrelser. Når en person med spiseforstyrrelser har en angstlidelse er det ikke mye du som kroppsøvingslærer for gjort, da er det andre hjelpeapparat som må trå til (Røer, 2009).

«Ina» forteller også om kroppssynet som var forskrudd. Hun tenkte at kroppen var finere jo mindre

kilo, og selv om hun var syltynn var selvtilliten på bønn. Hun skammet seg over kroppen sin. Det samme gjaldt «Anna», hun tenkte bare på å bli minst mulig, det var fokus. Og som Skårderud (2000) forteller er skammen en farlig affekt innenfor spiseforstyrrelser, den er lett å skjule, vanskelig å oppdage og i tillegg er det skammelig å føle skam. Dette gjør det vanskelig for pasienten å snakke om det, og vanskelig for deg som underviser og lærer å oppdage og gripe tak i det.

«Ina» sier med klar stemme dette når jeg spør om hva en lærer kunne gjort for at hun skulle følt seg mer trygg i forbindelse med kroppsøvingsundervisningen:

*«Kunne jo ha prata med meg. Og med det kanskje funnet ut at den største utfordringen for meg var garderoben. Om det ikke var noen ekstra garderobe jeg kunne bruke så kunne jeg jo få sluppet fra timen litt før, så jeg slapp å stå i dusjen med 8 andre jenter.»*

«Anna» blir litt paff når hun kommer inn på selve undervisningen. Hun sier:

*«Følte meg jo misslykka, fordi jeg ikke var best. Bare et kjempe ubehag, som man ikke skal ha når man skal trene, jeg ble helt stiv og sluppet ikke av.»*

Videre kommer «Anna» igjen inn på det at å unngå konkurranse og heller rette mer av undervisningen mot samarbeid. Dette kan være positivt i forhold til at pasienten ikke får mulighet til å måle seg med andre hele tiden (Røer, 2009).

Her får jeg gode svar. Å oppdage og tilpasse henger sammen. Skal man få mulighet til å tilpasse må man hele tiden være på villig til å ta kontakt og vise interesse. Tilpasset opplæring handler om å skape balanse, balanse mellom evnene og forutsetningene til den enkelte elev og fellesskapet (Kunnskapsdepartementet 2010-2011). Tilpasset opplæring handler også om å variere arbeidsmåter og arbeidsmetoder, noe som kan bidra til å ta bort litt av konkurransefokus som «Anna» etterlyser (Briseid, 2006). Som vi forstår er det også viktig å tilpasse og differensiere både før og etter selve undervisningen.

## **5.5 Kroppsøvlingslæreren**

I dette prosjektet ønsker jeg også å finne ut om lærerens tilnærming til deg som elev med spiseforstyrrelser har noe å si for om det er fristende/ikke fristende å delta aktivt i kroppsøvingstimene? Jeg får et kontant svar fra «Ina»:

*«Nei, jeg følte ikke det. Når det kommer til kroppsøving så hadde jeg nok deltatt uansett hvem som hadde ledet timen, det brydde jeg meg fint lite om. Trente jo også mye for meg selv. Så det hadde*

*ikke noe å si, norsklæreren kunne tatt over og jeg hadde fortsatt vært med.»*

«Anna» har et helt forskjellig svar og sier:

*«Ja, jeg tror hvis jeg visste at kroppsøvingslæreren min visste hvordan jeg hadde det og kunne noe om spiseforstyrrelser så tror jeg at det hadde vært enklere å delta i timen.»*

«Anna» forteller også at hun følte kroppsøvingslæreren ikke hadde noen forståelse for at hun var syk. Dette medførte at hun fikk følelsen av å ikke se sjuk nok ut og ble trigga til å bli enda tynnere.

Det «Ina» sier om at hun ikke tenkte noe på hvem som var lærer underbygger Røer (2009) i sin bok. Der forteller hun at unge pasienter sjelden er et problem for lærere på grunn av stor arbeidsevne, perfektjonisme, utholdenhet og ærgjerrighet (Røer, 2009). «Anna» sin forklaring er skremmende. Hun har sagt ifra og har gått ut av den ambivalensen i forhold til å søke hjelp, i dette tilfellet da på skolen og i kroppsøvingen. Som Levåg (2002) beskriver i sin bok bagatelliserer og benekter i stor grad en anorektiker problemene sine, men når de først søker hjelp må man ta skikkelig tak i det, og ikke snu ryggen til vedkommende.

## **5.6 Kunnskap og kommunikasjon**

Jeg ville også finne ut om «Ina» og «Anna» følte at kroppsøvingslæreren deres hadde noe kunnskap om spiseforstyrrelser. Dette gjorde jeg fordi jeg ville holde på den røde tråden i forskningsarbeidet. Kunnskap er ofte sammensatt med trygghet. Har du som lærer kunnskap om emnet ligger det mer latent hos deg i forhold til å ta det i bruk. Det kan også være lettere for en elev med spiseforstyrrelser å komme til en lærer hvis du føler læreren har kunnskap og kan forstå deg. «Anna» var også inne på dette i forrige kapittel, der hun sier at det hadde vært enklere å delta i kroppsøvingen hvis det fantes kunnskap hos læreren. Hun fikk ikke noe inntrykk av at læreren hun hadde i kroppsøving kunne noe om spiseforstyrrelser. Videre forteller hun:

*«Det kunne kanskje til og med vært en vei til å bli frisk fort. Og at jeg ikke hadde blitt så sjuk som jeg ble, hvis de hadde vært mer imøtekommende. Laget et opplegg der de brukte kunnskapen sin i forhold til mat og trening. Vet ikke hvor mottakelig jeg var for det da, for jeg var innstilt på å bli tynn som en auschwitzfange. Men det hadde vært verdt et forsøk, husker jeg hadde lyst på en ernæringsfysiolog.»*

«Ina» tror helt sikkert læreren hennes hadde kunnskap, men mener det er gjennomgående blant lærerne å ikke bruke den på elevene, og da hjelper det ikke noe særlig at de har det. Hun tror også noen gjør dette helt bevisst:



*«Føler noen av lærerne bevisst også bestemmer seg for å ikke bruke tid på det, fordi dem mener de ikke har noe med det å gjøre.»*

Jeg følger opp spørsmålet mitt og spør mine informanter om hva de mener en kroppsøvingslærer bør ha av kunnskap. «Ina» er litt nølende, men kommer raskt inn på symptomer, og at dette er viktig for en kroppsøvingslærer å vite noe om:

*«De burde kunne noe om åssen du forandrer deg i forhold til deg selv og i forhold til andre folk, at du ofte blir mer tilbaketrukket. Hvis man har den type forstyrrelse som jeg hadde så er du jo glad i å bedrive den aktiviteten du forbrenner mest av. Så kanskje man må ta hintet når en elev aldri vil gjøre noe annet enn ut å jogge eller løpe på mølla og ikke har noen spesiell grunn for det, da er det kanskje lurt å spørre, hvorfor vil du gjøre det samme hele tiden?»*

«Anna» nøler ikke og svarer med klar stemme blant annet dette:

*«At det først og fremst er en psykisk lidelse som går veldig utover humøret fordi man aldri blir fornøyd. Og at det ikke går an å tvinge noen til og bli frisk, eller tvinge dem til å ikke gå en feil retning. Men at man må heller kanskje motivere, i stede for å «ordne opp».»*

Spiseforstyrrelser er tema i lærebøkene og læreplanen (Utdanningsdirektoratet, 2006), og er pensum i blant annet kroppsøving, men som informantene mine sier, så er det nok for lite fokus på det. Dette bør gjøres noe med, og kan være en viktig faktor i forhold til å forebygge spiseforstyrrelser i skolen, det skaper trygghet. Når vi fortsetter over til det som en kroppsøvingslærer bør vite er «Ina» sitt svar helt i tråd med hva Vrabel & Reistad (2013) sier, en anorektiker med ortorektiske trekk er veldig opptatt av trening og ønsker å trene mye. Dette kan være vanskelig å plukke opp, men er absolutt en mulighet for å kunne bli mistenksom. «Anna» sier at kroppsøvingslæreren kunne fungert som et lite hjelpeapparat ved å sette opp et opplegg som passet henne med tanke på trening og ernæring. Tidligere i resultatdelen var vi nettopp inne på Martinsen (2004) sin forskning angående fysisk aktivitet og behandling av spiseforstyrrelser. Denne forskningen viser nemlig at flere studier tilsier at selvfølelsen bedres ved fysisk aktivitet (Martinsen, 2004). Derfor mener jeg at «Anna» har et godt poeng, og at lærere som har kroppsøving faktisk kan bistå med kunnskap om ernæring og trening, i tillegg til å motivere til å søke hjelp.

Et av hovedmålene i problemstillingen er som kjent forebygging. Og i Skårderud (2000) blir vi fortalt at *samtaler* er den nyttigste behandlingsformen for spiseforstyrrelser. Ut i fra denne påstanden følte jeg det var relevant å stille spørsmålet: Følte du at at det var noen på skolen du kunne snakke med i forhold til spiseforstyrrelser og undervisning? «Ina» tenker seg ikke lenge om før hun svarer:

*«Ja, det var helsesøster som jeg kunne prate med. Var ikke at hun kom med tips eller råd, at sånn må du gjøre og sånn må du ikke gjøre, men hun hørte hvertfall på meg. Tenkte sikkert at jeg var skikkelig dust, men hun sa det hvertfall ikke, og hun hørte etter, jeg fikk følelsen av hun kunne veldig mye og forstod meg. Også hadde hun tid til meg, det følte jeg ikke kroppsøvingslæreren hadde.»*

«Anna» forteller også at hun gikk til helsesøster, men ikke jevnlig. «Anna» avslutter svaret sitt med å fortelle dette:

*«Følte jeg bare gikk på skolen for å bli ferdig med noe. Kunne gjerne hatt jevnlige samtaler med en kroppsøvingslærer som var villig til å lytte, ikke at jeg skulle få noe medfølelse eller sånt noe, men ville at noen skulle se meg.»*

Som begge mine intervjupersoner sier her er det ofte nok og bare kunne lytte, og vise at man hører etter. Og ta i mot en monolog er også en kroppsøvingslærer i stand til. Det går også an å bruke en sånn samtale til å bygge opp under, gi skryt og minne denne personen på at han/hun er flink og gjør jobben sin veldig bra på skolen. Spiseforstyrrelser og dårlig selvbilde hører sammen, og med dårlig selvbilde må du hele tiden høre fra andre at du er flink for å kunne tro på det (Levåg, 2002).

## **6.0 Konklusjon**

Igjennom forskningsarbeidet har jeg en opplevelse av at problemstillingen har fått svar. Med to informanter er det vanskelig å generalisere funnene mine, men jeg har hvertfall fått mange like og gode svar som det er enkelt å knytte opp mot teorien som omhandler spiseforstyrrelser og spiseforstyrrelser i skolen. Med andre ord så samsvarer mine funn med mye av tidligere forskning på området. Spesielt ser jeg mye igjen i bøkene til Skårderud (2000) og Røer (2009) når informantene mine legger frem sine svar. Personer med spiseforstyrrelser er like, samtidig som de er ulike.

Problemstillingen omhandler spesielt to hovedpunkter, det er å *oppdage* og *legge til rette* som da skal legge grunnlaget for å kunne forebygge mot spiseforstyrrelser. Etter to dybdeintervju har jeg fått veldig mange knagger å henge spørsmålene mine angående spiseforstyrrelser på. Føler jeg nå har tilegnet meg endel kunnskap som jeg kan ha nytte av som kroppsøvingslærer i fremtiden. Denne kunnskapen er først og fremst svaret på problemstillingen min.

For å oppdage må man ha en viss symptomforståelse. I en tidlig fase er det vanskelig å se etter de fysiske kjennetegnene, det er da fordelaktig å ha kjennskap til de psykologiske kjennetegnene som forekommer. Et eksempel på det er at eleven blir svært nedstemt. Mine informanter påpekte også flere ganger at evnen til å ta kontakt med elevene er essensielt for å oppdage. Du som

kroppsøvingslærer må «ta opp hansken», elevene kommer sjelden til deg. For å være i stand til dette kan det være en fordel å ha flere fag slik at du har jevnere kontakt med elevene.

Tilretteleggingen og tilpassingen av selve undervisningen er i mange tilfeller helt uproblematisk for en kroppsøvingslærer. Det informantene sier samsvarer bra med både det Levåg (2002) og Røer (2009) forteller i bøkene sine. Med sin utholdenhet, ærgjerrighet og arbeidsevne byr en spiseforstyrret elev sjelden på store utfordringer i kroppsøvingsundervisningen. Allikevel er det noe man kan ta hensyn til. Det er viktig at kroppsøvingslærere har kunnskap på området, da dette er viktig for å gi tilpasset undervisning for å kunne skape livslang bevegelsesglede (Utdanningsdirektoratet, 2012). Jeg tenker spesielt på bruken av aktiviteter som er målbare og som har et konkurransepreg. Som både den ene informanten og Røer (2009) sier, kan konkurranser i undervisningen være med på å trigge forstyrrelsene. Dette er noe en lærer kan justere for å unngå at eleven med spiseforstyrrelser ikke føler seg bra nok. Når det kommer til garderobesituasjonen forteller begge informantene at det var problematisk. De skammet seg over egen kropp og følte sterkt ubehag ved å skifte og dusje med andre. Her kan kroppsøvingslæreren være til hjelp ved å skaffe en egen garderobe eller sende eleven litt tidligere i dusjen, hvis det er ønske om det.

En kroppsøvingslærer skal i hovedsak ikke være en del av hjelpeapparatet å hjelpe eleven til og bli frisk, men kan motivere til å søke hjelp og være en god lytter. Ved å være den som bryr seg og ikke den som snur ryggen til en spiseforstyrret elev, kan det være nok til at den ene eleven føler seg sett og kroppsøvingen kan oppleves som noe trygt.

## **6.1 Kritisk blikk på egen forskning**

Når jeg ser tilbake med kritiske øyne på forskningen min tenker jeg at svarene kunne vært mer generaliserbare hvis jeg hadde intervjuet flere informanter. Når jeg ser på intervjuene og gjennomføringen av de, mener jeg selv at jeg hadde for mange spørsmål som ledet til samme svar. Samtidig så gjorde dette til at jeg fikk påpekt flere ganger gode refleksjoner fra informantene mine. Som Skårderud (2000) sier kan vi si at fellesbetegnelsen på spiseforstyrrelser er psykiske lidelser, og mange av symptomene er like. Allikevel vil jeg si at resultatet på min oppgave kunne hatt en større bredde hvis jeg hadde intervjuet tidligere elever som har hatt andre typer spiseforstyrrelser enn anoreksi. Jeg tenker da spesielt på de to andre «store», bulimi og overspisingslidelse. Skal denne oppgaven videreføres er det kanskje en idé å gjennomføre intervju med informanter som har hatt andre typer spiseforstyrrelser. Det ville også vært interessant å få et innblikk i kroppsøvingslæreren sitt syn på tema, ved å gjøre en undersøkelse med et utvalg av lærere.

## Referanseliste

Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg...»: *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Briseid, L. G. (2006). *Tilpasset opplæring og flerfaglig samarbeid: Fra lov til praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Clinton, D., & Norring, C. (2009). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. (3. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2013). Spiseforstyrrelser. Lokalisert på <http://www.fhi.no/tema/spiseforstyrrelser>

Getz, K. (2012). *Hvis jeg forsvinner, ser du meg da?* Oslo: Aschehoug

Kunnskapsdepartementet. (2011). (Meld. St. 18, 2010-2011). *Læring og fellesskap*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-18-20102011/1/2.html?id=639490>

Levåg, S. (2002). *Bare litt til: Veien ut av spiseforstyrrelsen*. Oslo: Lunde Forlag AS

Martinsen, E. (2004). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Moxnes, P. (2009). *Hva er angst*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F. (2000). *Sterk svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehaug & Co.

Schmidbauer, W. (2006). *Boken om angst: Alle opplever den. Ingen vil ha den. Hva kan vi gjøre med angsten?* Oslo: Andresen & Butenschøn AS.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Utdanningsdirektoratet. (2006). *Læreplanverket for kunnskapsløftet*. Lokalisert på:  
<http://www.udir.no/kl06/KRO1-03/Kompetansemaal?arst=1858830314&kmsn=933863873>

Utdanningsdirektoratet. (2012). Udir-8-2012. *Endringer i faget kroppsøving*. Lokalisert på:  
<http://www.udir.no/Regelverk/Rundskriv/2012/Udir82012-Informasjon-om-endringer-i-faget-kroppsoving-i-grunnskolen-og-videregaende-opplaring/>

Vrabel, K., & Reistad, H. M. T (2013). Ortoreksi. *Norsk tidsskrift for ernæring*. Lokalisert på  
<http://www.ntfe.no/utgaver/14-nr-1-2013/55-ortoreksi>