



Bjørn Rosén

«Hvis jeg ikke får trent,
så blir jeg helt råttent»

En kvantitativ og kvalitativ studie av forekomst
og forståelse av treningsavhengighet.

Masteroppgave i Idrettsvitenskap

Veileder: Arve Hjelseth

Trondheim, juni 2017

Bjørn Rosén

«Hvis jeg ikke får trent, så blir jeg helt råttent»

En kvantitativ og kvalitativ studie av forekomst og forståelse av treningsavhengighet.

Masteroppgave i Idrettsvitenskap

Veileder: Arve Hjelseth

Trondheim, juni 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Sammendrag

Fordelene ved fysisk aktivitet er godt dokumentert og noe man stadig hører om i media. Ulemper ved trening er ikke like mye i fokus, trolig fordi dette gjelder en liten gruppe og at det ofte skyldes treningsavhengighet. Den antatte forekomsten av treningsavhengighet er beregnet til å ligge rundt 0.5%, men er betydelig høyere i grupper som er fysisk aktive.

I denne oppgaven har jeg undersøkt utbredelsen av fenomenet treningsavhengighet i en norsk kontekst og hvordan treningsavhengige vurderer og håndterer treningshverdagen. Jeg har også, på bakgrunn av en mulig svakhet ved internasjonale måleinstrumenter, undersøkt om det å variere påstandsformuleringenes ladning kan påvirke målingen av omfanget.

For å få svar på dette har jeg benyttet meg av kvantitativ datainnsamling i form av et spørreskjema bestående av spørsmål rundt trening, inkludert Exercise addiction inventory (EAI). I tillegg har jeg samlet inn kvalitative data i form av intervju.

Ut fra den kvantitative analysen kan man estimere at forekomsten av treningsavhengige ligger på ca. 2.9% blant medlemmer av treningssentre. Det er antydninger til at det utgjør en forskjell dersom påstanden er ladet annerledes i EAI. Informantene som stilte til intervju var tre av dem som ble kategorisert i risikozonen for treningsavhengighet. Disse kunne fortelle at etter endt treningsøkt fikk de en god følelse, mens fravær av trening kunne føre til stort ubehag.

English summary

The benefits of physical activity are well documented and often discussed in the media. Disadvantages of exercise does not have the same attention, probably because this only applies to a small group and it's often due to exercise addiction. The estimated incidence of exercise addiction is set around 0.5%, this number can be significantly higher in groups that are physically active.

In this assignment, I have investigated the spread of the phenomenon *exercise addiction* in a Norwegian context and how individuals in this group considers and manages the training day. Based on a possible weakness of international measurement instruments, I also want to examine whether varying the assertion can affect the outcome of participants "at risk".

In response to this, I have used quantitative data collection in the form of a questionnaire consisting of questions about exercise including Exercise Addiction inventory (EAI). And qualitative data collection in the form of interview.

Based on the quantitative analysis, results showed that the prevalence of individuals at risk of exercise addiction is 2.9% among members of gyms. There are indications that there is a difference in the response on the EAI if you vary the statements in directions. The three informants interviewed were categorized at risk of exercise addiction. From these interviews, we can get a deeper understanding regarding their commitment to exercise. The most prominent about their work out was the good feeling afterwards, while the absence of exercise could lead to great discomfort.

Forord

I løpet av mine fem år som student har jeg møtt mange forskjellige mennesker som har gjort studietiden berikende. Forelesere, venner, familie, kolleger og medstudenter har alle vært med på å påvirke at jeg har skrevet og fullført denne oppgaven. Jeg hadde ikke klart det uten dere.

Jeg vil først takke alle de som tok seg tid til å være med i undersøkelsen. En ekstra takk til «Guro», «Susanne» og «Monica» som også stilte til intervju. Dere er flotte mennesker! Jeg vil også takke 3T og de andre treningsentrene for et profesjonelt samarbeid.

Videre vil jeg takke min veileder, Arve Hjelseth, for gode tilbakemeldinger og innspill. Du har alltid vært pålitelig når jeg har hatt spørsmål. Din kunnskap imponerer meg. Vil også takke Arild Blekesaune for hjelp rundt den kvantitative analysen.

En stor takk til min søster Kia som tok seg tid til å lese korrektur på oppgaven min. Dette tror jeg leseren også kan takke deg for. Jeg vil også takke resten av familien for støtten; mamma, pappa, Ida og Dan.

Madeleine; jeg er veldig takknemlig for at du er den du er og for at du har støttet meg gjennom de to siste årene. Du er av stor betydning i mitt liv.

Jeg vil også takke Kyrre Svarva fra IT-seksjonen ved Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, som uoppfordret hjalp meg med utforming av spørreskjema og informasjonsskriv.

Til slutt vil jeg takke Rudi, Martin og Vegard for god pausekultur i løpet av skrivingen. En ekstra takk til Vegard for samarbeidet vi har hatt disse to årene.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
English summary	II
Forord	III
Innholdsfortegnelse	IV
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.1.1 Trening og helse.....	2
1.1.2 Ulemper og konsekvensen av for mye trening.....	3
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Begrepsavklaring	5
1.4 Avgrensning og struktur av oppgaven	7
2.0 Teori	9
2.1 Tidligere forskning	9
2.1.1 Målemetoder	9
2.1.2 Operasjonalisering av avhengighet	11
2.1.3 Forekomst av treningsavhengighet	14
2.1.4 Årsaker til avhengighet	16
Biologiske perspektiver	17
Psykologiske perspektiver.....	18
2.2 Teoriens hensikt.....	24
3.0 Metode	25
3.1 Det kvantitative opplegget.....	25
3.1.1 Valg av metode for datainnsamling	25
3.1.2 Valg av enheter og distribusjon av spørreskjema	26
3.1.3 Datainnsamlingsprosessen og spørreskjemaet.....	27
3.1.4 Analyse av data	32
3.1.5 Samlet vurdering av reliabilitet og validitet.....	34
3.2 Det kvalitative opplegget.....	38
3.2.1 Valg av metode for datainnsamling	38
3.2.2 Rekruttering av enheter	38
3.2.3 Datainnsamlingsprosessen	38
3.2.4 Analyse av data	39
3.2.5 Samlet vurdering av reliabilitet og validitet.....	40
3.3 Forskningsetiske overveielser.....	41

4.0 Kvantitative resultater	43
4.1 Hele utvalget.....	43
4.1.1 Gruppe 1.....	44
4.1.2 Gruppe 2.....	44
4.2 Forskjell innad i utvalget (i risiko, ikke i risiko)	45
4.3 Forskjeller mellom gruppe 1 og gruppe 2	47
4.3.1 Komponentene i EAI	48
5.0 Kvalitative resultater og analyse.....	49
5.1 Introduksjon av informantene.....	49
5.2 Deres første møte med fysisk aktivitet og nå.	51
5.3 Hvorfor trener de	52
5.4 Treningens pris	56
5.5 Kroppen, det indre og det ytre	58
5.6 Oppsummering	61
6.0 Diskusjon.....	63
6.1 Forekomst av treningsavhengighet.....	63
6.2 Svar-effekter	64
6.3 Særegenheter for de i risiko.....	65
Hvorfor treningsavhengige?	67
7.0 Konklusjon og videre forskning.....	69
8.0 Litteraturliste.....	71
Vedlegg 1: Exercise addiction inventory	79
Vedlegg 2: Spørreskjema	80
Vedlegg 3: Intervjuguide	85
Vedlegg 4: Kvittering og tilbakemelding fra NSD	87
Vedlegg 5: Normalfordelt restledd	89

*If one oversteps the bounds of moderation,
the greatest pleasures cease to please.*

- Epictetus

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Fordelene ved fysisk aktivitet er godt dokumentert og noe man ofte hører om i medier. Både anerkjente og mer selvutnevnte eksperter blir hyppig brukt for å uttale seg om treningens positive ringvirkninger. Det er en grunn til dette; fysisk inaktivitet er rangert som den fjerde største risikofaktoren for global dødelighet ifølge WHO (2010). Blant fordelene er at fysisk aktivitet forebygger livsstilssykdommer som fedme, diabetes type-2, høyt blodtrykk, åreforkalkning, slag, depresjon og osteoporose (Warburton & Bredin, 2006). Bryst- og tarmkreft forekommer også sjeldnere hos de som trener 30- 60 minutter hver dag med moderat til høy intensitet (WHO, 2010). Fysisk aktivitet kan også føre til bedre mobilitet ved muskelvekst og styrke, og bedre utholdenhet som hjelper individet å utføre hverdagens krav.

Ulemper ved trening er ikke like mye i fokus, trolig fordi dette gjelder en liten gruppe og at det ofte skyldes treningsavhengighet. Treningsavhengighet er i seg selv et fenomen som er lite kjent, og derfor heller ikke så mye i fokus. Fysisk aktivitet og trening har nærmest fått status som en vidunderkur mot alle slags plager (Schreiber & Hausenblas, 2015). Fra 2001 til 2013 har andelen av den norske befolkningen som driver fysisk aktivitet økt. Det er også flere som trener oftere (Vaage 2014).

Denne masteroppgaven vil omhandle treningsavhengighet; et mulig økende fenomen som følge av økt fysisk aktivitet. Den antatte forekomsten av treningsavhengighet er beregnet til å ligge rundt 0.5%, men er betydelig høyere i grupper som er fysisk aktive (Overgaard et al., 2014).

Skader som følge av treningsavhengighet er ikke vitenskapelig avklart, men lidelsen gir økt risiko for overbelastningsskader, nedbrytning av immunforsvaret, hormonelle endringer, stresssymptomer og søvnforstyrrelser (Overgaard et al., 2014). Når det gjelder de psykiske konsekvensene, viser case-studier at de treningsavhengige føler kraftige abstinenser, et behov for å oppnå et «kick» som hindrer reduksjon av treningsmengde, og uvilje mot å respektere kroppens signaler om overbelastning (Cox & Orford, 2004; Griffiths, 1997). De treningsavhengige føler at treningen styrer deres liv og begrenser deres hverdag (Seheult, 1995). De kulturelle holdningene til fysisk aktivitet er ofte skjevt fordelt til fordel for overdreven trening. Dette gjør det vanskeligere å redusere mengden for en som er avhengig mener Schreiber og Hausenblas (2015). De påpeker at kommentarer i form av verbal applausering

eller bekreftende kroppsspråk, kan være med å bygge under individets selververd og fungere som en selvtiltitsboost.

Symptomer som kan tolkes som treningsavhengighet er beskrevet allerede i gresk litteratur fra Homers tid (Freeman, 1907). Her står det blant annet om atleter som ikke var deltagende i det daglige liv grunnet deres tilknytning til idrett «*[...]and if they departed from their prescribed system of training in the very slightest degree, they were seized with serious diseases*». (Freeman, 1907, s. 120). I moderne tid fikk treningsavhengighet først oppmerksomhet på 1970-tallet (Baekeland, 1970). Fenomenet har gått under flere betegnelser, noe som har gjort det vanskelig både å etablere enhetlige definisjoner og å sammenligne studier med hverandre. En bedre forståelse av forekomst og konsekvenser av treningsavhengighet er interessant for å kartlegge et muligens økende fenomen som kan ha svært negative konsekvenser hos de som blir rammet.

Planen med denne oppgaven er å se nærmere på fenomenet treningsavhengighet. Videre i dette kapittelet vil jeg kort se på forbindelser mellom trening og forbedret helse etterfulgt av en mer omfattende del som tar høyde for konsekvenser ved overdreven trening. Dette setter bakgrunn for mine forskningsspørsmål som blir presentert før en begrepsavklaring av fenomenet treningsavhengighet. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av oppgavens avgrensning og struktur.

1.1.1 Trening og helse

Innledningsvis nevnte jeg de mest kjente fordelene ved organisert fysisk aktivitet og at det var lite fokus på overdreven trening. I følge statistisk sentralbyrå (SSB) har folkehelsen i Norge bedret seg de siste 30 årene (Borgan & Hjemås, 2010). Vi lever gjennomsnittlig 5 år lenger enn i 1980, dødelighet av hjerte- og karsykdommer er mer enn halvert, færre er inaktive og flere mosjonerer (Borgan & Hjemås, 2010; SSB, 2017). Bevissthet rundt fysisk aktivitet og dens helsegevinster er nok ikke alene om å bedre folkehelsen, men effekten er veldokumentert. Forebygging av hjerte- og karsykdommer, beinskjørhet, diabetes, fedme og flere typer kreft kan oppnås med fysisk aktivitet. Man kan forbedre mental helse, trivsel og tilhørighet (Helsedirektoratet, 2014; Spirduso & Cronin, 2001; Warburton & Bredin, 2006).

Grunnen til at ingen vet så mye om treningsavhengighet mener Schreiber og Hausenblas (2015) er mangelen på mediedekning. I forhold til fordelene av trening, er det nærliggende å tenke seg at det gagner samfunnet mer å oppfordre til mer trening enn å advare mot for mye. Økende

oppfordringer fra treningseksperter, entusiaster og medisinske eksperter har ført til at trening er ansett som det helbredende universalmiddelet (Schreiber & Hausenblas, 2015). Fedmeepidemier, kardiovaskulære sykdommer, diabetes og andre plager som følge av inaktivitet blir alle redusert ved fysisk aktivitet. Men trening har ikke bare blitt dette. Det er også en måte å oppnå sosial anerkjennelse på, å demonstrere personlige valg og å identifisere seg med en anerkjent fritidsaktivitet.

1.1.2 Ulemper og konsekvensen av for mye trening

Hos en treningsavhengig kan overdreven trening forekomme, noe som bærer med seg flere negative konsekvenser. Negative konsekvenser som et resultat av overdreven trening kan også forekomme hos personer som ikke lider av treningsavhengighet, men er et typisk trekk hos de med lidelsen. Forskning på trening og fysisk aktivitet peker mot flere konsekvenser som tilsier at trening bør gjøres med måte. Det er derfor på sin plass å redegjøre for negative utfall fra overdreven trening.

Det er nærliggende å tenke at seg at slitasjeskader på muskler og ledd forekommer oftest som et resultat av overdreven trening. Dette trenger ikke være spesielt alvorlig, men det er tilfeller hvor store fysiske anstrengelser har ført til rabdomyolyse, oppløsning av muskelceller og nyresvikt som resultat av dette (Overgaard et al., 2014). Tilstanden er livstruende dersom man ikke får behandling. I 2014 var det tre ganger så mange tilfeller av treningsutløst rabdomyolyse som de fire foregående årene ved Stavanger universitetssykehus (Fardal & Gøransson, 2016). Atrieflimmer og atrieflutter, uregelmessigheter i hjerterytme, kan utvikles ved mange års hard, fysisk utholdenhetstrening (Myrstad et al., 2014). Manglende restitusjon kan føre til benskjørhet (Schreiber & Hausenblas, 2015).

Også kardiovaskulære problemer kan forekomme. En studie bestående av 14,337 middelaldrende menn viste at menn i fysisk krevende yrker som også var veldig fysisk aktive på fritiden hadde fire ganger så høy forekomst av hjerteproblemer forbundet med koronararteriene (Clays et al., 2013). Lee, Pate, Lavie, og Blair (2012) konkluderte med at dødeligheten hos de som løp over 3 mil i uken, med hastighet over 11km/t, kunne sammenlignes med personer som ikke trente (Lee et al., 2012). Det er også gjort funn som tyder på at hjertestopp er fire ganger så sannsynlig under en maraton framfor en halvmaraton (Kim et al., 2012). I det nevnte studie er det da snakk om et hendelsesforløp hos 1/100 000 halvmaratonløpere. For å sette disse tallene i perspektiv, viser Mozaffarian et al. (2016) til at

110.8 individer per 100 000 voksne amerikanere blir rammet av hjertestans utenfor sykehuset. Det kan også nevnes at menn og eldre rammes hyppigere (Kim et al., 2012; Mozaffarian et al., 2016). Akutt hjertestopp under utførelse av en sport forekommer veldig sjelden. Når dette oppstår er det ofte en ukjent arvet hjertesykdom som er årsaken hos de under 30 år, mens hos de over 30 år er blodpropp eller kranspulsårefokalkning de hyppigste årsakene (Overgaard et al., 2014; Schreiber & Hausenblas, 2015).

Overdreven trening kan også ha negative mentale konsekvenser. Når mosjonister anser trening som den eneste metoden for å redusere angst og besvær, blir treningen i større grad en tvunget handling for å takle uønskede følelser (Schreiber & Hausenblas, 2015). Det er ikke uvanlig at akademiske og offentlige medier anbefaler trening som en sunn måte å takle stress på. Mosjonisten vil da forklare sin overdrevne trening med å rasjonalisere at dette er måten å takle stress på. Etter hvert vil imidlertid skyldfølelse, angst, treghet og irritasjon oppstå når mosjonisten må endre på planlagte treningsøkter (Berczik et al., 2012; Schreiber & Hausenblas, 2015). Disse negative følelsene er typiske abstinenssymptomer som vil bli belyst i teorikapittelet. Identiteten til treningsavhengige baserer seg også mye, om ikke i sin helhet, på evnen til å trene. Hvor hardt og hvor lenge de trener påvirker deres selvtillit og selvaksept (Schreiber & Hausenblas, 2015).

Treningsavhengighet kan også sette til side sosiale aktiviteter som ikke innebærer fysisk aktivitet. Frykten for å unngå trening kan føre til at den treningsavhengige ikke får mulighet til å oppleve glede, følge nye drømmer eller lytte til kroppens signaler før en skade eller sykdom (Schreiber & Hausenblas, 2015). Treningsavhengighet kan virke som en sunn avhengighet, men man ser at alvorlighetsgraden kan være like betydelig som «seriøse» avhengigheter når man ikke hører på kroppens signaler.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av dette vil jeg i denne oppgaven undersøke utbredelsen av fenomenet treningsavhengighet i en norsk kontekst og hvordan treningsavhengige vurderer og håndterer treningshverdagen. Jeg vil også, på bakgrunn av en mulig svakhet ved internasjonale måleinstrumenter (jfr. Forskningsspørsmål 2 under), undersøke om det å variere hvordan spørsmålene er ladet på en del av spørsmålene kan påvirke målingen av omfanget.

Data er hentet fra en undersøkelse blant medlemmer på norske treningssentre. Mine forskningsspørsmål har jeg formulert som følger:

1 – Hvor stor er forekomsten av treningsavhengighet blant medlemmer på norske treningssentre?

2 – Påvirkes forekomsten av hvilken retning verdiene på variablene er stilt?

3 – Hvordan forstår og håndterer folk i risikozonen for treningsavhengighet sitt eget forhold til trening?

Forskningsspørsmål 1 og 2 krever en kvantitativ tilnærming, mens forskningsspørsmål 3 vil bli forsøkt besvart gjennom en kvalitativ tilnærming.

1.3 Begrepsavklaring

Treningsavhengighet ble først beskrevet i 1970 av Frederick Baekeland. Baekeland strevde med å få med seg mosjonister på sin studie om treningsdeprivasjon. Forsøket skulle vare i en måned, og respondentene skulle ikke trene i løpet av den tiden. De som trente fem til seks ganger i uken ville heller trene enn å motta pengebeløpet som kompensasjon for å delta i undersøkelsen. De som til slutt deltok i undersøkelsen var respondenter som trente tre til fire ganger i uken. Disse rapporterte en nedgang i psykisk velvære under forsøket og symptomer på abstinenser (Baekeland, 1970).

I 1976 skrev William Glasser boken *Positive addiction* hvor han definerte treningsavhengighet som en positiv avhengighet. Dette fordi det ga fysiske og psykologiske fordeler som avslapping, eufori og tilfredsstillelse. Positiv avhengighet ble sett i kontrast med negativ avhengighet (for eksempel alkohol og heroin) som undergraver individets psykiske og fysiske helse (Glasser, 1976; Sachs & Buffone, 1984). De første bidragene i feltet manglet en klar definisjon på begreper, noe som førte til at flere undersøkelser målte forpliktelse og kalte det avhengighet

(Terry, Szabo, & Griffiths, 2004). Konsekvensen av dette, som jeg kommer nærmere inn på senere, er en uklarhet i bruk av begreper på feltet. Terminologi og definisjon av begreper er ikke konsekvent.

I senere tid har det Glasser beskrev som positiv avhengighet, blitt ansett som en sunn vane. Szabo, Griffiths, de La Vega Marcos, Mervo, og Demetrovics (2015) understreker at hvis det ikke forekommer skadevirkninger, er det ingen avhengighet, og legger til at overdreven trening kun er problematisk dersom det resulterer i en form for skade. En adferd kan ikke være sunn og samtidig avhengighetsskapende, så en vane som ikke har negative konsekvenser kan heller bli kalt en «sunn vane». Etterhvert som skillet mellom treningsavhengighet og trening som sunn vane har blitt bedre definert, har også fokuset på de negative konsekvensene ved overdreven trening kommet mer fram i lyset. Det forekommer imidlertid fortsatt variasjoner i begrepsbruken.

Overgaard et al. (2014) definerer treningsavhengighet som en overdreven og tvangspreget treningsadferd med negative fysiske og psykososiale konsekvenser. I litteraturen rundt treningsavhengighet er det imidlertid flere begreper i bruk. Begrepene *exercise addiction* og *exercise dependence* kan begge oversettes til treningsavhengighet på norsk. *Compulsive exercise* og *obligatory exercise* kan tolkes som tvungen trening, og *exercise abuse* som misbruk av trening. Dette er noen av begrepene som finnes i litteraturen, som jeg kort skal gjøre rede for. Begrepene blir presentert i sin opprinnelige (engelske) form for å enklere skille disse.

Obligatory exercise defineres av Polivy (1994) som kontinuerlig deltakelse i fysisk aktivitet, tross smerte, besettelse av aktiviteten og andre psykopatologier (Polivy, 1994; Thome & Espelage, 2007). Individet har et høyt behov for perfeksjonisme og ønske om å kontrollere sin egen kropp (Yates, Shisslak, Crago, & Allender, 1994).

Det er vanskelig å finne en klar definisjon på hva *exercise abuse* innebærer. Oversatt til norsk betyr det treningsmisbruk, og kan være et synonym på overdreven eller usunn trening (Calogero & Pedrotty, 2004; Farrell, 1999). De nevnte forfatterne som har *exercise abuse* i sin overskrift bruker ikke termen i betydelig grad og refererer ofte til uttrykket med litteratur som tar for seg *excessive exercise*, altså overdreven trening. Farrell (1999) kategoriserer begrepene *excessive exercise*, *exercise dependence*, *compulsive exercise* og *exercise addiction* under begrepet *usunn trening*, hvor de i denne rekkefølgen øker i alvorlighet.

Dependence beskrives av Goodman (1990) som et forsøk på å oppnå en indre, behagelig tilstand gjennom tilfredstillelse av primære eller sekundære behov¹. Prosessen vil bli sett på som en positiv forsterkning innen adferd- og læringsteori. *Compulsion* innebærer et forsøk på å unngå en ubehagelig indre tilstand, eksempelvis angst, sorg og skam. Individet får en følelse av anspenhet før adferden utføres og en lettelse i det adferden utføres. Rastløshet eller irritasjon forekommer dersom aktøren ikke kan utføre adferden. Man kan beskrive *dependence* som en avhengighet med grunnlag i positiv forsterkning der aktøren eller individet oppnår positiv stimuli/behag ved korrekt adferd. Videre beskrives *compulsion* som negativ forsterkning; det oppstår et fravær av negativ stimuli/ubehag ved korrekt utført adferd (Holt et al., 2012). Hausenblas og Downs (2002a, s. 90) definerer *exercise dependence* som “a craving for leisure-time physical activity, resulting in uncontrollable excessive exercise behavior, that manifests in physiological (e.g. tolerance/withdrawal) and/or psychological (e.g. anxiety, depression) symptoms.” Dette står i kontrast til Goodman (1990) sin definisjon på *dependence*, og ligner mer på hans beskrivelse av *compulsion*.

Addiction tar for seg elementene i *dependence* og *compulsion*, og kan defineres som en prosess der adferd fungerer som en måte å oppnå positiv forsterkning, men også å unngå negativ forsterkning. Dette fører til mønstre hvor aktøren mister kontroll over adferden og fortsetter adferden tross signifikante negative konsekvenser (Goodman, 1990).

Jeg vil i denne oppgaven bruke begrepet treningsavhengighet. Dette er ment å fange opp de engelske termene *exercise addiction*, *obligatory exercise*, *exercise abuse*, *exercise dependence*, og *compulsive exercise*.

1.4 Avgrensning og struktur av oppgaven

I denne studien har jeg valgt å benytte meg av mixed methods for å belyse mine forskningsspørsmål. Jeg har basert meg på tidligere forskning for å utforme et spørreskjema og en intervjuguide til det empiriske arbeidet. Spørsmål og intervjuguide er utformet i den hensikt at man kan sammenligne tidligere forskningsresultater fra andre land og ulike grupper.

Forekomsten av treningsavhengighet i populasjonen er ansett som ganske lav. Jeg vil derfor forholde meg til en gruppe som det er nærliggende å anse som mer aktive i form av trening enn den generelle populasjonen. Mitt utvalg vil derfor bestå av aktive medlemmer på treningssentre.

¹ Redegjørelse av begrepene *dependence*, *compulsion* og *addiction* er primært basert på de samme begrepene i Goodmans artikkel «Addiction: definition and implications» fra 1990.

I teorikapittelet vil jeg redegjøre for tidligere forskning innenfor feltet treningsavhengighet. *Hvor utbredt er treningsavhengighet og hvordan arter lidelsen seg*, er det overordnede spørsmålet jeg ønsker å besvare i teorikapittelet. Her vil jeg legge vekt på kvantitative målemetoder for å estimere forekomsten av treningsavhengighet. Jeg vil også ta for meg ulike perspektivers årsaksforklaringer til fenomenet.

Metodekapittelet vil først presentere forskningsetiske overveielser med henhold til den kvantitative og den kvalitative datainnsamlingen. Jeg har jeg valgt å dele inn metoden i en kvantitativ og en kvalitativ del. I hver del presenteres valg av metode for datainnsamling, valg av enheter, datainnsamlingsprosessen og analyse. Jeg avslutter hver del med en samlet vurdering av reliabilitet og validitet.

Resultatene presenteres i egne kapitler. Først presenterer jeg de kvantitative resultatene. Her ser jeg på forskjeller innad i hele utvalget for så å se på forskjeller mellom de to gruppene som har mottatt ulike versjoner av spørreskjema. De kvalitative resultatene –

Jeg vil deretter diskutere bruk av metode og sammenligne resultater fra det kvalitative og kvantitative opplegget opp mot tidligere forskning for å se om det er likheter og ulikheter. Avslutningsvis vil jeg konkludere med hensyn til hvert enkelt av forskningsspørsmålene, og peke på videre forskning på feltet.

2.0 Teori

I dette kapittelet ønsker jeg å se på hva tidligere forskning kan fortelle om treningsavhengighet. For ordens skyld vil jeg først presentere et litteratursøk for å gi et inntrykk av fenomenets omfang og termer. Jeg vil videre presentere ulike målemetoder som er brukt for å estimere treningsavhengighet og hvordan man kategoriserer noen som avhengig. Videre vil jeg se på hvor utbredt treningsavhengighet er i forskjellige grupper, mulige årsaksforklaringer, og konsekvenser av overdreven trening.

2.1 Tidligere forskning

I tabell 1 ser vi en sammenligning av litteratursøket til Szabo et al. (2015) og det foreliggende litteratursøket. Treningsavhengighet har fått nye bidrag det siste året, men det brukes flere terminologier som muligens beskriver det samme fenomenet. *Exercise dependence* oppnår flest treff. Dette begrepet har også størst økning i antall artikler på begge søkemotorene. I tillegg til bruk av ulike begreper, bærer også fenomenet preg av ulike måter å måles på, og ulike årsaksforklaringer.

Tabell 1. Søkeresultater av begreper i 2015 og 2016

Søkeord brukt i tittelen av publiserte artikler i to databaser	Antall studier funnet på PubMed og Google Scholar		Prosent økning i søkeresultat	
	Mai 2015 (Szabo et. Al 2015)	19.september 2016	PubMed	Scholar
Exercise addiction	PubMed 18, Scholar 158	PubMed 23, Scholar 184	27.8%	16.5%
Exercise dependence	PubMed 56, Scholar 258	PubMed 67, Scholar 293	19.6%	13.6%
Compulsive exercise	PubMed 17, Scholar 70	PubMed 25, Scholar 88	47.1%	25.7%
Obligatory exercise	PubMed 7, Scholar 47	PubMed 7, Scholar 44	0%	-6.4%
Exercise abuse	PubMed 2, Scholar 9	PubMed 2, Scholar 10	0%	11.1%

2.1.1 Målemetoder

Feltet er preget av kvantitativ forskning med selvrapporterte spørreskjema. Flere typer spørreskjema har blitt utviklet for å fastslå treningsavhengighet. Noen av disse er; *Commitment to running scale* (Carmack & Martens, 1979), *Negative addiction scale* (Hailey & Bailey, 1982), *Running addiction scale* (Chapman & De Castro, 1990; Rudy & Estok, 1989), *Obligatory exercise questionnaire (OEQ)* (Pasmaan & Thompson, 1988). De nevnte spørreskjemaene er mindre brukt de siste årene grunnet deres endimensjonale tilnærming, altså

fokus på én faktor som definerer treningsavhengighet (for eksempel mengde trening per uke). *Commitment to exercise scale* (Davis, Brewer, & Ratusny, 1993) og *Exercise dependence questionnaire* (Ogden, Veale, & Summers, 1997) er to multidimensjonale spørreskjemaer som er utviklet som respons på denne kritikken. De mest brukte spørreskjemaene i dag er *Exercise Dependence Scale* (EDS) og *Exercise Addiction Inventory* (EAI).

EDS ble utviklet av amerikanerne Heather A. Hausenblas og Danielle Symons Downs (2002b) og baserer seg på diagnostiske kriterier for substansavhengighet fra DSM-4. Spørreskjemaet består opprinnelig av 30 spørsmål som deles inn i 7 kategorier; toleranse, abstinens, intendert effekt, mangel på kontroll, tid, reduksjon i andre aktiviteter og fortsettelse. Hvert spørsmål rangeres på en 5-punkts Likert-skala med ytterpunktene alltid (5) og aldri (1) (Hausenblas & Downs, 2002b). Spørreskjemaet har i ettertid blitt revidert til EDS-R, som består av 21 spørsmål og en Likert-skala fra 1-6 (Downs, Hausenblas, & Nigg, 2004).

EAI baserer seg på adferds-avhengighetsteori, utviklet av Annabel Terry, Atilla Szabo og Mark Griffiths (2004). Spørreskjemaet ble utviklet for å benytte et kort og enkelt skjema som kan kartlegge individer i risikozonen for treningsavhengighet. Basert på de generelle komponentene for avhengighet hos Brown (1993) har Mark Griffiths (1996, 1997, 2002) redefinert dette i lys av teori og satte disse opp mot adferd. Spørreskjemaet består av 6 spørsmål, som hver representerer kategoriene; *betydning, humørendring, toleranse, abstinenssymptomer, konflikt og tilbakefall* (Terry et al., 2004). Under utviklingen av EAI ble den sammenlignet med OEQ og EDS. Det var store likheter i resultatene, noe som tyder på at de måler samme fenomen, men bruker forskjellige definisjoner.

EDS og EAI er de instrumentene som trolig brukes mest i forbindelse med forskning på treningsavhengighet. Mónok et al. (2012) omtaler EDS som «gullstandarden» i sin studie om treningsavhengighet. En mulig svakhet i disse to spørreskjemaene, er imidlertid deres påstandsformulering. Begge disse instrumentene inneholder kun påstander som indikerer treningsavhengighet, og ikke påstander som indikerer det motsatte. Altså har alle påstandene lik retning/ladning. Et balansert skjema inneholder påstander som indikerer fenomenet og påstander som ikke gjør det (Mordal, 1989). Som Schuman og Presser (1996) viser til, kan respondenter tendere i større grad til å si seg enig enn uenig i påstander. Det kan derfor være uheldig å kun stille påstander som indikerer fenomenet, som er tilfellet for EAI og EDS.

Spørreskjemaet til den kvantitative datainnsamlingen vil benytte EAI som måleinstrument for treningsavhengighet. Komponentene til EAI blir grundigere fremstilt i 2.1.2

Operasjonalisering av avhengighet. I metodekapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg har utviklet mitt spørreskjema på bakgrunn av avsnittet over.

2.1.2 Operasjonalisering av avhengighet

Den høyeste mulige scoren for EAI er på 30 poeng. Dersom en respondent scorer 24 eller høyere vil han eller hun komme i kategorien «i risiko». I EDS og EDS-R blir respondenten kategorisert «i risiko» dersom tre eller flere kriterier blir besvart med den høyeste eller nest høyeste verdien i Likert-skalaen.

Exercise addiction er nevnt i DSM-5, men i likhet med andre adferdsavhengigheter som sex- og shoppingavhengighet er det manglende grunnlag for å etablere et diagnosekriterium og dermed kunne identifisere dem som mentale lidelser. Spillavhengighet er inkludert som en adferdsavhengighet (American Psychiatric Association, 2013). Adferdsavhengighet kan, i likhet med bruk av substanser, aktivere belønningssystemer, og produsere adferdssymptomer som ligner stoffmisbruk. Nedenfor skal jeg se på likheter og forskjeller mellom disse.

Komponentene i EAI²

De seks komponentene i EAI framstilles med hver sin påstand (se vedlegg 1). Disse får en verdi fra 1 – 5 poeng som legges sammen til en samlet score. Disse komponentene er;

Betydning (salience) er når den spesifikke aktiviteten blir den viktigste i personens liv. Den dominerer tanker, følelser og adferd. Et eksempel på dette kan være at individet ikke driver med aktiviteten, men tenker på neste gang de skal drive med den.

Konflikt (*conflict*) refererer til at aktiviteten har ført til interpersonlige konflikter rundt den avhengige, eller konflikter med andre aktiviteter som jobb, hobby og sosialt liv. *Konflikt* refererer også til at den avhengige kan komme i konflikt med seg selv grunnet engstelse over egen adferd.

Abstinens (*withdrawal symptoms*) omhandler de ubekvemme følelsene som oppstår ved fravær av aktiviteten man avhenger av. Å føle seg irritabel, humørsyk eller skjelven er typiske abstinenssymptomer.

² Presentasjonen av de seks komponentene i EAI er basert på artikkelen til Terry et al. (2004) som introduserer denne målemetoden.

Humørendring (mood modification) referer til den subjektive opplevelsen man rapporterer om som en konsekvens av utførelse av adferden. Det kan være en måte å takle hverdagen på, for å få et «kick» eller en rus, eller å oppnå virkelighetsflukt og indre ro.

Toleranse (tolerance) er prosessen der det kreves økt mengde av adferden for å oppnå den ønskede effekten. Dette kan gjelde eksempelvis økt treningsbelastning for å få aktivert kroppens belønningssystemer.

Tilbakefall (relapse) er tendensen for å komme tilbake til tidligere adferdsmønster rundt aktiviteten, gjerne etter lengre tid med opphold og kontroll. Et eksempel er at man gir etter for å trene, selv om man vet at dette ikke er lønnsomt.

Diagnosekriterier for «substansavhengighet» i DSM-5

I DSM-5³ brukes ikke ordet *addiction* som et diagnosebegrep innen klassifiseringen av stoffmisbruk. Likevel brukes begrepet ofte ved alvorlige tilfeller av stoffmisbruk i mange land. Begrepet er utelatt fra DSM-5 på grunn av usikker definisjon og potensielle negative konnotasjoner. I tabell 3 er en oversettelse av generelle kriterier for diagnostisering av «substans-relaterte skavanker».

³ (American Psychiatric Association, 2013)

Tabell 2. Diagnosekriterier oversatt fra DSM-5.

Nedsatt kontroll	<ul style="list-style-type: none"> • Ta stoffet i større doser eller over en lengre periode enn opprinnelig forventet. • Mulig å utrykke et ønske om å kutte ned eller regulere bruk, men kan formidle flere mislykkede forsøk på dette. • Bruke lang tid på å få tak i stoffet, bruke det, eller komme seg etter stoffets effekt. • Lyst er manifestert i en stor trang til stoffet som oppstår til enhver tid, men er mer vanlig i et miljø hvor stoffet tidligere har blitt brukt. Lysten har også blitt vist å være involvert i klassisk betinging og er assosiert med aktivisering av spesifikke belønningssystem i hjernen.
Nedsatt sosial evne	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbakevendende bruk kan resultere i problemer med å oppfylle viktig rolleobligasjoner ved jobb, skole eller hjem. • Kan fortsette bruk tross vedvarende eller tilbakevendende sosiale eller interpersonlige problemer på grunn av, eller forsterket av stoffets effekt. • Viktige sosiale, yrkesmessige, eller fritidsaktiviteter kan bli utelukket eller nedprioritert grunnet bruk.
Risikabel bruk	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbakevendende bruk av stoffet i situasjoner hvor det er farlig. • Fortsette å bruke selv om individet har et vedvarende eller tilbakevendende fysisk eller psykisk problem som trolig er forårsaket eller forsterket av stoffet.
Farmalogisk kriteria	<ul style="list-style-type: none"> • Toleranse ved økning i dose for å oppnå ønsket effekt, eller ved mindre virkning ved vanlig inntak. (Store forskjeller mellom individer og hvilket stoff). • Abstinenser (withdrawal) forekommer når blod- eller vev-konsentrasjon av en substans reduseres hos et individ som har opprettholdt dette stoffet i seg over en lengre periode.

Som nevnt tar EDS utgangspunkt i kriterier basert på substansavhengighet som vi ser i tabell 2, mens EAI baserer seg på adferdsavhengighet. Man kan likevel se likheter i komponentene til instrumentene, der *nedsatt kontroll* har aspekter som minner om *toleranse*, *humørendring*, *betydning* og *konflikt*. Farmalogiske kriteria har likheter med *toleranse* og *abstinenser*. *Nedsatt sosial evne* drar likheter til *betydning* og *konflikt*, mens *risikabel bruk* ligner *tilbakefall*.

2.1.3 Forekomst av treningsavhengighet

I den vestlige populasjonen er det som nevnt estimert en forekomst på 0.3-0.5% av treningsavhengige. Denne andelen er imidlertid betydelig større, vanligvis mellom 3-10%, i grupper som driver regelmessig med fysisk aktivitet. Flere studier viser at unge har større risiko for å utvikle treningsavhengighet, og menn har en tendens til å score høyere enn kvinner (Mónok et al., 2012; Overgaard et al., 2014). I tabell 4 presenteres en oversikt over registrert forekomst, fra flere studier og forskjellige målemetoder, av respondenter «i risiko» for treningsavhengighet.

En undersøkelse fra Frankrike, basert på EAI, målte at 29.6% av kunder i en sportsforretning befant seg i risikogruppen for treningsavhengighet (Lejoyeux, Guillot, Chalvin, Petit, & Lequen, 2012). Blant disse var snittalderen 27.1år (SD 8.6), 54% var kvinner, 68% hadde videregående som høyeste utdanning, 52% arbeidet, 63% bodde med familie og flesteparten kjøpte artikler i forbindelse med bodybuilding (17.5%). Undersøkelsen brukte EAI-skjema for å kategorisere respondenter i risikogruppen. Det ble også undersøkt om respondentene hadde tendenser til bulimi. De som kom innenfor denne gruppen (52%) ble ikke ekskludert fra studiet, og det var en signifikant høyere forekomst for bulimitendenser hos de i risiko for treningsavhengighet.

Det er ingen signifikante forskjeller på funn mellom lagidrett og individuell idrett. I Danmark ble det gjort en undersøkelse på fotballspillere, fra 2. og 3. divisjon, og mosjonister på treningssentre. 7.1% av fotballspillerne ble ansett som i risiko for treningsavhengighet, og 9.7% av de på treningssentre kom innenfor denne kategorien ved bruk av EAI-skjema (Lichtenstein, Larsen, Christiansen, Støvning, & Bredahl, 2014). Det var ingen signifikant forskjell mellom disse gruppene, men det kan se ut som fotballspillernes avhengighet assosieres med fornøyelse og begeistring, mens mosjonistene på treningssentrene opplevde forsterkninger ved vektregulering og god helse. Blant italienske eliteutøvere kom 18.3% innenfor risikozonen for treningsavhengighet, alle i lagidretter (Costa, Hausenblas, Oliva, Cuzzocrea, & Larcana, 2015). En mulig årsak til den store forekomsten av treningsavhengighet i denne undersøkelsen, kan være relatert til utøvernes delaktighet i konkurranse. I en annen studie, blant australske eliteutøvere, ble 34.8% kategorisert i risikozonen for treningsavhengighet (McNamara & McCabe, 2012). Utvalget besto av både individuelle og lagidretter.

Høye verdier anser Szabo et al. (2015) som usannsynlig, og de forekommer vanligvis hos konkurrerende idrettsutøvere. Szabo et al. (2015) peker på mulighetene til forskjellige

tolkninger på spørsmål i spørreskjema blant konkurrerende idrettsutøvere og de som driver med trening på fritiden. Hvordan disse to gruppene tolker spørsmålene kan være en grunn til en høyere forekomst blant idrettsutøvere som ikke nødvendigvis er treningsavhengige. Eksempelvis; “conflicts have arisen between me and my family and/or my partner about the amount of exercise I do.” Det kan være like reelt for en toppidrettsutøver som en treningsavhengig å svare «svært enig» på denne påstanden, men de kan ha forskjellig tolkning som grunnlag for å være svært enig i påstanden. Hos idrettsutøveren kan dette besvares med enighet fordi treningen er tidkrevende for å prestere og derav blir det mindre tid til venner og familie. Den treningsavhengige kan være enig fordi venner og familie neglisjeres grunnet sin trang til å trene.

Et annet viktig poeng Szabo et al. (2015) nevner er at toppidrettsutøvere må trene i tillegg til sin treningsplan, noe som vil være fysisk umulig. Samsvar mellom selvrapportert EDS og diagnostisering av *exercise dependence*, ved bruk av intervju, har vist seg å kun være rimelig til moderat, med flere falske negativer fra det selvrapporterte instrumentet.

Tabell 3. Forskjellige studiers funn i forekomst av treningsavhengighet blant ulike utvalg.

Populasjon	N=	Forekomst/at risk (%)	Alder (år)	Måleinstrument	Forfatter
Kunder i sportsbutikk	500	29.6	29 (SD = 10.3)	EAI	(Lejoyeux et al., 2012)
Fotball	98	7.1	23.7 (SD = 3.9)	EAI	(Lichtenstein, Larsen, et al., 2014)
Fitness exercisers	176	9.7	24.9 (SD = 5.5)	-''-	
Idrettsstudenter	261	6.9	19-23	EAI	(Szabo & Griffiths, 2007)
Treningssenter	194	3.6	17-74	-''-	
Mosjonister	447	3.2%	33.2 (SD = 12.1)	EAI	(Mónok et al., 2012)
Mosjonister	441	1.9%	-''-	EDS	
Generell befolkning	2710	0.5%	18-64	EAI	
Generell befolkning	2710	0.3%	-''-	EDS	
Skoleelever (VGS)	2853	8.5	16.7 (SD = 1.9)	EAI	(Vilella et al., 2011)
Eliteutøvere	262	18.3	20.9 (SD = 1.9)	EDS-R	(Costa et al., 2015)
Eliteutøvere	234	34.8	22.6	EDEAS	(McNamara & McCabe, 2012)
Studenter	257	21.8	20.6 (SD = .3)	ECS	(Garman, Hayduk, Crider, & Hodel, 2004)
Universitetsstudenter	266	3.4	21.7 (SD = 2.9)	EDS	(Hausenblas & Downs, 2002b)
Universitetsstudenter	533	13.4	22 (SD = 2.7)	-''-	
Universitetsstudenter	862	3.1	21.2 (SD = 2.2)	-''-	
Universitetsstudenter	366	9.6	20.6 (SD = 2.4)	-''-	
Universitetsstudenter	373	9.8	20.3 (SD = 2.3)	-''-	
Idrettsstudentatleter	90	7	27.5 (SD = 10.6)	EAI	(Szabo, Vega Rde, Ruiz-BarquIn, & Rivera, 2013)
Studentatleter	57	10	-''-	-''-	
Elite runners	95	17	-''-	-''-	

-''- = Samme som det ovenfor.

2.1.4 Årsaker til avhengighet

Flere teorier søker å gi svar på årsaker til treningsavhengighet, hovedsakelig gjennom biologiske eller psykologiske mekanismer. En viktig faktor i studier om treningsavhengighet er å avklare om lidelsen kan forsås isolert, eller om den er et produkt av en annen lidelse. Dette skal jeg se på først i denne delen.

Primær eller sekundær lidelse

Treningsavhengighet kan forekomme sammen med andre psykiske lidelser (Overgaard et al., 2014)⁴. de Coverley Veale (1987) kategoriserte treningsavhengighet som en sekundær lidelse når overdreven trening er et produkt av en spiseforstyrrelse. Forskjellen er hva som er motivasjonsgrunnlaget. Baserer motivasjonen seg på å gå ned i vekt eller unngå vektøkning, er treningsavhengighet en sekundær lidelse. Dersom treningen i seg selv er motivasjon, er avhengigheten en primær lidelse (de Coverley Veale, 1987). Det er derfor viktig å avdekke om treningsavhengighet er den primære eller sekundære lidelsen. Spiseforstyrrelser opptrer ofte sammen med treningsavhengighet, omtrentlig 55% av de med spiseforstyrrelser antas å drive med overdreven trening (Schreiber & Hausenblas, 2015; Yates, 1991). Mer spesifikt estimerer Katz (1996) at mellom 65-75% av de med anoreksi driver med overdreven trening. Dersom trening brukes for å regulere vekt eller kompensere for overspising, vil treningsavhengighet ses på som sekundær for den primære spiseforstyrrelsen. Når treningsavhengighet er det primære fenomenet, vil vekttap være en utilsiktet følge av treningen. Personer med treningsavhengighet som primært fenomen vil ikke ha lik kroppssoppfatning som de med spiseforstyrrelser (forvrengt kroppsbilde, opptatt av vekttap), men være påvirket av klassiske avhengighetssymptomer. Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) kan også forekomme sammen med treningsavhengighet, med fellestrekk som rigide mønstre og ubehag dersom disse brytes. I en studie av anoreksipasienter, forekom det hyppigere OCD-symptomer hos anoreksipasientene med tegn til treningsavhengighet enn anoreksipasienter uten tegn til treningsavhengighet (Davis & Kaptein, 2006).

Biologiske perspektiver

Innenfor biologiske perspektiver fokuseres det primært på betydningen av endorfiner. Ved intens aerob trening kan β -endorfiner⁵ fra hjernens hypofyse utløses, og gi utøveren en følelse av velvære og eufori (Overgaard et al., 2014). Denne tilstanden er kjent for mange som «runner's high», og har en påvirkning på flere områder i hjernen som forbindes med humørendring (Boecker et al., 2008). For hver treningsøkt, må det mer til for å utløse «endorfinkicket».

⁴ Det respektive underkapittelet tar utgangspunkt i rapporten *Supermotionisme*, kapittel 7, av Overgaard et. al (2014).

⁵ β -endorfiner er et peptid med morfinaktig virkning og smertestillende effekt (Nordeng, 2014)

Adams (2009) nevner at dysfunksjon i reguleringen og mottakelighet av dopamin har vist en sammenheng i både farmalogisk avhengighet og adferdsavhengighet⁶. Forsterkninger av dopaminets belønningsganger er angivelig vanlig hos aktører som regelmessig bruker heroin eller kokain. Det er også påvist lignende mekanismer ved patologisk gambling. I likhet med hva som er tilfellet ved regelmessig amfetaminbruk, er det funnet en sammenheng mellom deltakelse i videospill og spesifikk økning i dopamintilførsel. Økning i tilgang av dopamin gjennom hjernens belønningskrets, kan være underliggende for motivasjon og repetitiv eksponering av en substans eller aktivitet. En substans eller adferd kan innta det naturlige belønningssystemet som er utviklet for forsterkning av overlevelsesadferd. Dette vil motivere til pågående, repetert og økt eksponering. Eksperimenter på rotter har vist at intens fysisk aktivitet over lengre tid kan produsere en økning i tilgjengelighet av dopamin innenfor det mesolimbiske belønningssystem. Hos rotter som drev med intens, langvarig trening over en lengre periode, fikk redusert belønningseffekten av andre substanser som trigget en dopaminrespons (Chen et al., 2008). Dette antyder, selv om det ikke er testet på mosjonister, at overdreven trening kan resultere i redusert belønning fra aktiviteter som vanligvis ville aktivere belønningskretsen.

Psykologiske perspektiver

Hvordan lidelsen oppleves og utspiller seg i hverdagslivet er viktige elementer for en bedre forståelse av fenomenet. I kvalitative studier av treningsavhengige er det flere fordeler ved trening som går igjen hos respondentene. De mest fremtredende fordelene er den euforiske følelsen ved trening, og å unngå depresjon, skyldfølelse og angst (Cox & Orford, 2004; Griffiths, 1997; Lichtenstein, 2014; Sachs & Pargman, 1979; Seheult, 1995). I disse studiene er abstinenssymptomer i form av irritasjon og rastløshet, og økt treningsmengde ofte nevnt. Mange trener tross fysiske skader, og føler et tap av kontroll dersom de ikke får trent. Hos Cox og Orford (2004) ønsket de mannlige intervjuobjektene å skape en kroppsfasong som ville imponere andre, mens kvinnene var mer opptatt av hva de selv likte. Kvinnene viste liten interesse i hva andre mente og avviste det dominerende, tynne, kroppsidealet som uønskelig.

For å gi et bedre innblikk i tilstanden til en treningsavhengig, velger jeg å gjøre rede for artikkelen til Mia Beck Lichtenstein (2014) som tar for seg to casestudier av personer som begge hadde vært med på en tidligere undersøkelse der de scoret over 24 på EAI. Målet med

⁶ Avsnittet er basert på Adams (2009) sitt sammendrag av biologiske mekanismer i avhengighet.

undersøkelsen var å utforske symptomer, fordeler og plager hos treningsavhengige. I begge tilfellene viste det seg at avhengigheten utviklet seg over tid og tok opp større deler av livet. Alvorlige skader oppsto, og følelsen av skyld og rastløshet kom dersom en dag ikke omfattet trening. Fordelene ved trening ser ut til å være en måte unngå negative følelser og oppnå positive følelser.

«Kent» på 46 år begynte å trene løping som ungdom⁷. Han satte seg nye mål etter hvert fullførte 10 kilometerløp og maraton, noe som førte til eskalering i treningen. Til slutt trente «Kent» 12-15 timer hver uke. I løpet av en dag svømte han 2-3 km, løp 5-10 km og trente med vekter i 2,5 timer. Grunnet behovet for all denne treningen på morgenen, måtte Kent jobbe på ettermiddag og kveld. Treningen ga han en følelse av frihet, kontroll, styrke og energi, noe som igjen ga en følelse av at han kunne takle hva som helst. Treningen ga han et «kick» som ikke var mulig å oppnå på andre måter, men intensiteten måtte øke for hver trening slik at han kunne oppnå dette kicket. En dag uten trening ga ham dårlig samvittighet og rastløshet. Selv om «Kent» visste at kroppen trengte hvile fortsatte treningen, også etter at akillessenen kollapset av overtrening. Ved fravær av trening følte «Kent» sorg, rastløshet, sinne og tomhet. Skaden i akillessenen hadde fått flere behandlinger, og «Kent» fortsatte å trene til smertene kom tilbake. Under intervjuet erkjente «Kent» at han var avhengig og at det ikke var rom for noe annet enn treningen. Selv om han hadde innsikt til å se at treningen kunne føre til kroniske plager, var ønsket om behandling ambivalent fordi trening var noe han elsket.

«Sally» var overvektig i tenårene, så hun bestemte seg for å regulere mat og treningsvaner. I starten trente hun 3-4 ganger i uken, men dette eskalerte til 2 ganger hver dag. På treningssenteret følte hun seg sosialt akseptert. Dagen startet kl. 0600 med 1 time spinning eller krysstrening, etterfulgt av 15 min. magetrening. Etter jobb returnerte hun til treningssenteret hvor hun trente sirkeltrening eller vektløfting. På kveldene kunne hun bruke en time på kappgang. «Sally» fortalte også om et «kick» som oppsto som et resultat av treningen. Hun fortalte videre at livet ikke hadde vært verdt å leve uten trening. Den overdrevne treningen hadde ført til flere tilfeller av fysisk stress, hun hadde opplevd sterke magesmerter, oppkast, diaré og respirasjonsproblemer. Dette fikk henne imidlertid ikke til å dempe treningsmengden, heller ikke når legen rådet henne til det. Sosiale aktiviteter var umulig for Sally å delta i på hverdagene, da hun som regel trente hvis hun ikke var på jobb. Sally anerkjente at hun var treningsavhengig, men at hun overtalte seg selv om at det var en bra type avhengighet. «En dag

⁷ Dette avsnittet, og neste, er en kort redegjørelse av studiet til Lichtenstein (2014)

uten trening, er en dag uten mening» var hennes motto, og forklarte at uten treningen ble hun irritert og frustrert.

I en studie av Lichtenstein, Christiansen, Elklit, Bilenberg, og Stoving (2014) ble karaktertrekk hos personer i risiko for treningsavhengighet sammenlignet med en kontrollgruppe bestående av mosjonister «utenfor risiko». De i risiko for treningsavhengighet var signifikant yngre, 28 år mot 33 år i gjennomsnitt. De trente dobbelt så mye og hadde høyere forekomst av symptomer, spesielt perfeksjonisme, tilknyttet spiseforstyrrelser. Dette var også erfaringene i en tidligere undersøkelse (Hagan & Hausenblas, 2003). Det skal nevnes at disse symptomene ikke er like omfattende som for de med spiseforstyrrelser (Bratland- Sanda et al., 2010; Clausen, Rosenvinge, Friberg, & Rokkedal, 2011). Videre viste studien til Lichtenstein et. al (2014) flere tilfeller av overbelastningsskader, akutte skader og skader som påvirket jobb hos de treningsavhengige. I forhold til femfaktormodellen for personlighetstrekk scoret treningsavhengighetsgruppen signifikant lavere på medgjørighet (agreeableness) og dens fem fasetter, med unntak av én (tendermindedness). Denne gruppen hadde også høyere verdier av aktivitet, prestasjonsstreben og spenningssøking.

Sosiologisk perspektiv

I gjennomgangen av tidligere studier er sosiologiske perspektiver lite utbredt i forhold til de psykologiske og biologiske. I denne delen vil jeg presentere noen av funnene til Cox et al. (2004), fra en kvalitativ studie, som belyser fruktbarheten av å kombinere biologiske og psykologiske perspektiver med et sosiologisk. Poenger fra boken *The Globalization of addiction* av Bruce K. Alexander (2008), som omhandler avhengighet i generell forstand i et sosiologisk perspektiv, blir presentert og tatt med videre inn i diskusjonsdelen. Jeg vil også redegjøre for Michel Foucaults teori om panoptisk disiplinering og biomakt for videre drøfting i diskusjonskapittelet.

Cox et al. (2004) utførte et semistrukturert intervju på fem kvinner og fem menn som ble ansett som «i risiko» for treningsavhengighet på et EDQ-skjema. Rekrutteringen ble utført gjennom snøballmetoden, der 60 respondenter anså seg som «hooked» av trening og trente mer enn seks timer hver uke. Av de 60 som anså seg selv som treningsavhengige, var det kun 12 forskerne anså som avhengige. Ti av disse ble med i undersøkelsen.

Hos de kvinnelige respondentene til Cox et al. (2004) var det et ønske om å skape en fysikk som gjorde det mulig å forsvare seg. De ønsket å bryte seg fri fra den fysiske makten menn har

over kvinner. Det nevnes også at det var et ønske om å frigjøre seg fra samfunnets kroppsideal. Hargreaves (1994) nevner dog at den muskuløse kvinnekroppen begynner å bli sosialt akseptert og ønskelig hos kvinner for å symbolisere styrke og kontroll. 23 år etter kan dette se ut til å stemme i det vestlige samfunn.

Cox et. al (2004) nevner videre at eksponering av spesifikke kroppsideal hos kvinner som resulterer i konformitet ikke er noe nytt. Hos menn har dette nylig oppstått i større grad. Muskuløse eller kropper uten for mye fett presenteres hyppigere i media. De mannlige respondentene i undersøkelsen virket bevisst sitt ønske om å oppnå en slik kropp, som representerte styrke, helse, ungdom og selvkontroll.

Boken *The Globalization of Addiction* (Alexander, 2008) tar et oppgjør med hvordan medikaliseringen av avhengighet ikke har gitt oss den kunnskapen vi burde hatt om feltet. Synet på hvordan avhengighet fungerer har vært relativt uendret de siste 100 årene, hvor tanken er at avhengighet forekommer ved eksponering for stoffet. Dette synet er veldokumentert fra studier brukt på rotter i den berømte «Skinner-boksen», eller i bur. Et vesentlig problem i en slik studie er faktorer som isolasjon og fangenskap.

Rottenes velvære ble tatt høyde for på 70-taller av Hadaway, Alexander, Coombs, og Beyerstein (1979). I studiet ble rotter i bur sammenlignet med rotter i en «rottepark». Begge gruppene hadde fri tilgang til vann, mat og vann blandet med morfin og sukrose. De i rotteparken hadde et større område å bevege seg på, tilgang på andre rotter fra begge kjønn og bokser i forskjellige størrelser for formering og å gjemme seg. Undersøkelsen viste at rottene i parken drakk mindre av det morfinbaserte vannet. I en lignende studie, var morfinløsningen den eneste kilden til vann for 32 rotter i bur (Alexander, Coombs, & Hadaway, 1978). Etter 57 dager ble rottene fordelt i to grupper; en gruppe i separerte bur, den andre i en rottepark. Med tilgang til vann og morfinløsning økte konsumeringen av morfinløsning hos rottene i bur, mens rottene i rotteparken reduserte inntaket.

På bakgrunn av slike funn, mener Alexander (2012) at det er nødvendig med et paradigmeskifte i søken om kunnskap rundt avhengighet. Det offisielle, individorienterte, paradigme for avhengighet har stor støtte av regjeringer, den ledende mediaretning, eksperter på området og store deler av internett. Dette paradigme kalles ofte den «medisinske modell», men Alexander (2012) hevder at dens opphav av analyse som et individuelt problem er like mye religiøst som det er medisinsk eller vitenskapelig. Nødvendigheten av paradigmeskiftet demonstreres gjennom den manglende evnen til å kontrollere problemet tross dedikert og kostbare forsøk.

Fenomenet må forstås i en samfunnsvitenskapelig retning der den mulige hovedårsaken til forskjellige typer avhengighet, er den gjentatte nedbrytningen av populasjonens integrasjon, som fører til dislokasjon (Alexander, 2008). Dislokasjon kan forstås som den utålelige tilstanden personer er i når de mangler en sikker og meningsfull plass i samfunnet og i verden, som gir følelsen av at de ikke har noe spesielt å leve for. Han trekker inn det frie marked og beskriver dette som meget produktivt, men det fører mennesket i en trang til individualisme og konkurranse hvor deres sosiale og spirituelle bånd rives fra hverandre og skaper et tomrom. Det tomrommet man står igjen med må fylles, og da er avhengighet en god måte å tilpasse sin dislokasjon på.

Michel Foucault

Den franske filosofen, og psykolog, Michel Foucault (1926-1984) er kjent for sin kritikk av utbredte forestillinger om det moderne samfunn. Jeg vil her redegjøre for Foucaults teori om biomakt og panoptisk disiplinering for videre drøfting i diskusjonsdelen.

I 1963 skrev Foucault *Klinikkens fødsel* som omhandler hvordan vi i det moderne samfunn ser på kroppen og kroppslige defekter. Foucault ønsker her å motsi tesen om at legevitenenskapens fremvekst er en overgang fra overtro til objektiv, sann, kunnskap. Dette anser Foucault på som heller to forskjellige måter å klassifisere kroppslige defekter på. Det moderne samfunn og legevitenenskapen innfører strengere krav til hva som er normalt i forhold til kropp og helse, noe som fører til sunnhetsregimer hvor flere enn før må regulere seg. Foucault kaller dette *biomakt*, som er en intensiv observasjon og regulering av kroppene til samfunnsborgerne (Aakvaag, 2012). Legevitenskapenes måte å se pasienten på i det moderne samfunn, kaller Foucault for «*the medical gaze*», hvor pasienten blir ansett på som et objekt med defekter framfor et individ (Foucault, 2012).

Panoptisk disiplinering beskrives i Foucaults bok *Overvåkning og straff* (Foucault, 1977). Ordet panoptisk har Foucault lånt fra den utilitaristiske samfunnsreformatoren Jeremy Bentham (1748-1832) som utviklet en fengselsmodell der det var behov for liten bemanning for å overvåke flere fanger. «*Panoptikon*», betyr «all-syn», og modellen var til stor inspirasjonskilde for fremtidige fengsler. Men denne overvåkningsmodellen framtrer ikke bare i fengsler, men fra slutten av 1700-tallet etableres den i moderne institusjoner som skoler, fabrikker, militærleirer, sykehus osv. har ofte en panoptisk struktur (Aakvaag, 2012; Foucault,

1977; Giulianotti, 2015). Her kan en fabrikkssjef sitte i høyden, bak et glass og skue ned på en større gruppe arbeidere som ikke vet om de blir sett på. Eller en eksamenskontrollør bak hundrevis av studenter som ikke vet hvor og når de blir sett. Og med en slik usikkerhet, er det vanskelig å begå en ugjerning når man ikke har kontroll på om man blir iaktatt. Det er dette som er hovedpoenget i en slik struktur, man kan aldri være sikker på om det er noen som ser på deg, derfor vil ugjerninger være, eller føles, som en handling med høy risiko.

Der *panoptisk disiplineringsmakt* skaper orden lokalt innenfor institusjoner, kan ikke den være det eneste elementet som integrerer det moderne samfunnet i sin helhet. I *Seksualitetens historie* (1976) første bind; *Viljen til viten, går* Foucault nærmere inn på *biomakt* i sine analyser. Han mener at den moderne staten får et ansvar ovenfor befolkningen, hvor det er statens oppgave å sikre den fysiske og psykiske helsen til befolkningen, unngå epidemier, korrigere atferdsmessige avvik, at barn får oppdragelse, og å utdanne befolkningen (Aakvaag, 2012; Giulianotti, 2015). Dette for å sikre biologisk og samfunnsmessig reproduksjon. Aakvaag definerer *biomakt* som «den moderne statens regulering av den befolkningen som befinner seg på dens territorium» (Aakvaag, 2012, s. 318). Denne reguleringen av befolkningen har behov for kunnskap, om befolkningen, og makt. Kunnskapen trengs for å vite hva som må reguleres, er helsetilstanden god nok, blir det født for få eller for mange, hvor trengs det utdanning osv. Denne kunnskapen tilegnes gjennom de mange panoptiske institusjonene som allerede er i samfunnet, der leger, pedagoger, sosiologer, psykologer, og andre profesjoner melder feil og mangler, i sine felt, blant befolkningen. Staten bruker denne informasjonen til å komme med løsningsforslag for regulering. Løsningene utøves ved makt, hvor reguleringen implementeres av de relevante profesjonene i sine institusjoner. «Statens koordinerte bruk av de panoptiske institusjonenes kunnskap og makt er således kjernen i biomaktens styringskretsloop» (Aakvaag, 2012, s. 318).

Den panoptiske disiplineringen sørger for at samfunnsborgerne følger statens reguleringer på egenhånd, og utvikler det Foucault kalte «docile bodies», lydige kroppene. Når kroppene er lydige, vil de handle i henhold til statens ønske, uten nødvendige disiplineringstiltak og synlig makt. De vil altså disiplinere seg selv.

2.2 Teoriens hensikt

De mest brukte måleinstrumentene som jeg kan benytte meg av er EDS og EAI. Jeg har valgt å benytte meg av sistnevnte for å estimere treningsavhengighet. Påstandene vil bli oversatt i to ulike versjoner, dette blir redegjort for i metodekapittelet.

Forekomsten av treningsavhengighet varierer i forhold til hvilken gruppe man undersøker. Hos mosjonister og medlemmer av treningssenter estimerer tidligere forskning at forekomsten er på mellom 2% – 10%. Oppgavens funn i forekomst vil bli sammenlignet med tidligere forskning.

Årsaksforklaringer til treningsavhengighet kan ses i lys av flere perspektiver. Innenfor det biologiske perspektiver er det i hovedsak belønningsmekanismer. Personlighetstrekk og strategi for å regulere følelser og selvvverd faller innenfor det psykologiske feltet. Jeg vil forsøke å forstå fenomenet i lys av disse perspektivene, men ønsker også å se fenomenet i lys av sosiologisk teori. For å utføre dette vil jeg primært benytte meg av Michel Foucaults teori om maktteknologier.

3.0 Metode

I denne masteroppgaven har jeg benyttet meg av et mixed methods-design for å få besvart forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmål 1 og 2 kan besvares ved en kvantitativ tilnærming, og forskningsspørsmål 3 med en kvalitativ. Innsamling av kvantitative data ble utført via et elektronisk spørreskjema, mens den kvalitative delen ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervju. Målet med et slikt design var å oppnå et overordnet, generalisert uttrykk gjennom det kvantitative opplegget hvor man får et mål på hvor utbredt treningsavhengighet er blant medlemmer på treningssenter. Detaljer og mulige årsaksforklaringer ble undersøkt via intervjuene for å få en dypere forståelse av hva fenomenet innebærer sett fra et subjektivt perspektiv.

Kapittelet vil redegjøre for valg av metode og datainnsamling, valg av enheter, datainnsamlingsprosessen og analysen av data for det kvantitative og kvalitative opplegget. Jeg vil belyse vurderinger tilknyttet reliabilitet og validitet avslutningsvis for hvert opplegg. Avslutningsvis vil jeg presentere forskningsetiske overveielser.

3.1 Det kvantitative opplegget

Denne delen består av en redegjørelse av de kvantitative tilnærmingene som ble utført i studiet. For å få et oversiktsbilde over forekomsten av treningsavhengighet blant medlemmer av treningssentre, benyttet jeg meg av et elektronisk spørreskjema. Spørreskjemaet ble utformet gjennom SVT-ITs system for spørreundersøkelser, Select Survey. Statistikkprogrammet STATA, versjon 13, ble brukt til analyse av kvantitative data. Utforming av spørreskjemaet, variablene og det kvantitative utvalget blir presentert her. Reliabilitet og validitet diskuteres til slutt.

3.1.1 Valg av metode for datainnsamling

Jeg valgte å benytte meg av en tverrsnittstudie i den kvantitative delen. Dette anså jeg som en formålstjenlig måte å besvare mine forskningsspørsmål på. Jeg fikk også inntrykk av at dette var den enkleste metoden å selge inn hos treningssentrene. Da hadde de bare én beskjed, ett skjema å forholde seg til, som krevde liten disponering av tid hos dem. Flere av sentrene som ikke deltok ga uttrykk for at de ikke hadde tid til å forholde seg til oppgaven. For de som deltok

var dette også et tema. Sentrene hadde interne «kvoter» for hvor mye de kunne distribuere i løpet av en måned.

For innsamling av data benyttet jeg meg av spørreundersøkelse via Select Survey. Dette er en elektronisk tjeneste som benyttes over internett. Utforming og utførelse av et slikt spørreskjema var relativt enkelt med denne tjenesten. Oppsto det problemer eller spørsmål var det kort tid før SVT-IT bisto med hjelp. Spørreundersøkelsene ble distribuert elektronisk via internett. Noen av fordelene ved bruk av elektronisk, nettbasert spørreskjema er at det sparer mye tid da respondenter ikke må møte opp til en spesifikk tid eller et sted, og data blir umiddelbart lagret og er klar for analyse.

3.1.2 Valg av enheter og distribusjon av spørreskjema

Syv treningssenter-kjeder ble kontaktet. Et kriterium for å ha med treningssentrene var at de ikke var innrettet mot en bestemt nisje eller var spesifikt rettet mot én treningsform, eksempelvis crossfit eller kroppsbygging. Når jeg henvendte meg til sentrenes kontaktpersoner presenterte jeg oppgavens mål og hypoteser sammen med spørreskjemaet. Det ble også forsøkt å vise åpenhet rundt ønsker eller endring i spørreskjemaet. Seks responderte, men bare tre var villige til å delta i undersøkelsen. Avtalene ble gjort per e-post, ett treningssenter innkalte til møte hvor det ble utformet en mulighet for oppfølging hos respondentene. Respondentene kunne godta at mailadressen deres, som de selv måtte legge ved, ble gitt til en representant av treningssenteret som da ville ta kontakt.

Måten spørreskjemaet ble distribuert til medlemmene på, varierte noe. To av sentrene distribuerte spørreskjema via det sosiale nettverket *Facebook*, det siste via e-post. Sentrene ble fordelt i to grupper, der gruppe 1 mottok spørreskjema med EAI-påstander i positiv og negativ retning, mens gruppe 2 fikk EAI-påstander tilnærmet lik de opprinnelige påstandene i EAI⁸ (Terry et al., 2004).

Utsending via sosiale nettverk

Treningssentrene som benytter seg av Facebook har opprettet en gruppe for enklere kommunikasjon og informasjon til sine medlemmer. En slik gruppe er åpen for alle på Facebook, og det ble derfor tatt med et spørsmål om respondenten var medlem av et

⁸ Den originale EAI er presentert i vedlegg 1.

treningssenter. Det gjeldende treningssenteret distribuerte selv et innlegg på sin facebookside som presenterte og henvendte seg til spørreskjemaet.

Treningssenteret til gruppe 1 publiserte spørreskjemaet på sin facebookside 22. februar. Undersøkelsen for gruppe 1 ble avsluttet 27.februar. Treningssenteret til gruppe 2 publiserte spørreskjemaet 23.februar 2017. Dette ble avsluttet 02. mars 2017.

Utsending av epost

402 personer, registrert som medlemmer av et treningssenter, fikk utlevert spørreskjema via epost. E-postadressene tilhørte nylig aktive medlemmer i Sør-Trøndelag og ble tilegnet gjennom en kontaktperson for treningssenteret. Henvendelsen i epostene besto av enkel info rundt prosjektet og en vedlagt link til spørreskjemaet. 40 adresser mottok ikke eposten. Dette kan være inaktive eller falske epostadresser. En annen årsak kan være at den utsendte eposten ble automatisk ansett som spam (uønsket epost) og blokkert. Å unngå at den utsendte eposten ble ansett som spam ble tatt høyde for. Hver epostadresse mottok eposten som en blind carbon copy (bcc). Dette sikrer mottaker mot virus fra andre mottakere, men også at man ikke kan se hvem som har mottatt samme epost. Ved å sende bcc til flere samtidig, vil flere servere markere en slik epost som spam, noe som gjør at mottaker ikke får dette i innboksen sin. Dette ble unngått ved å følge instruksene til Kaufman (2014). Metoden ble testet på fire eposter og bekreftet som fungerende.

3.1.3 Datainnsamlingsprosessen og spørreskjemaet

Spørreskjemaet besto i hovedsak av avkryssningsspørsmål rettet mot holdninger og adferd rundt trening og fysisk aktivitet (se vedlegg2). Spørreskjemaet tok omtrent 5 minutter å besvare. Det var ønskelig å ha et kort spørreskjema for å redusere antall respondenter som ikke fullførte besvarelsen. De forskjellige variablene blir presentert her.

Exercise addiction inventory (EAI)

Terry et al. (2004) sitt instrument for å måle treningsavhengighet, EAI, ble oversatt til norsk i to versjoner. Jeg valgte å benytte meg av EAI på bakgrunn av dens validerte korrelasjon med EDS, og at den kun består av seks påstander. Den ene versjonen var direkte oversatt, mens den andre hadde tre spørsmål stilt i motsatt retning for å unngå «ja-siing». Dersom alle påstander er stilt med lik ladning, da i form av positiv eller negativ, kan respondenten havne i en rytme hvor

avkrysningen skjer av vane på samme plass (Mordal, 1989). Hensikten med denne endringen var å bryte opp den eventuelle automatiserte besvarelsen, og derigjennom undersøke om det ga noe utslag i form av forskjeller mellom gruppene. Begge versjonene av EAI ble brukt som mål på treningsavhengighet hos respondentene som ble delt i to grupper. En score over 23 kategoriserte respondentene for «i risiko for treningsavhengighet».

EAI er basert på de generelle komponentene for avhengighet hos Brown (1993). Mark Griffiths (1996, 1997, 2002) redefinerte dette i lys av teori og vedlagt disse opp mot adferd. De seks påstandene i EAI representerer komponentene; *betydning, humørendring, toleranse, abstinens, konflikt og tilbakefall* (Terry et al., 2004). Hver påstand ble presentert i rekkefølgen som redegjøres nedenfor og baseres på artikkelen til (Terry et al., 2004)⁹. Påstandene kunne besvares med verdiene 1 til 5, der 1 tilsvarer veldig uenig og 5 tilsvarte veldig enig.

Betydning (salience) - Opprinnelig er påstanden formulert «*Exercise is the most important thing in my life*». Gruppe 1 fikk påstanden oversatt og presentert som «*Det finnes viktigere ting i livet mitt enn trening*». Gruppe 2 fikk en direkte oversatt versjon: «*Trening er det viktigste i mitt liv*».

Konflikt (conflict) - «*Conflicts have arisen between me and my family and/or my partner about the amount of exercise I do*» er påstanden Terry et al. (2004) bruker. Gruppe 1 og 2 fikk påstanden oversatt og presentert likt: «*Det har oppstått konflikter mellom meg og min familie og/eller min partner om hvor mye trening jeg utfører*».

Abstinens (withdrawal symptoms) - «*If I have to miss an exercise session I feel moody and irritable*» er den originale påstanden. Gruppe 1 fikk påstanden oversatt og presentert som «*Jeg blir ikke i dårligere humør selv om jeg mister en treningsøkt*», mens gruppe 2 fikk den formulert som «*Hvis jeg mister en treningsøkt føler jeg meg humørsyk og irritabel*».

Humørendring (mood modification) - Den opprinnelige påstanden er «*I use exercise as a way of changing my mood*». Begge gruppene fikk påstanden oversatt og presentert som «*Jeg bruker trening som en måte å regulere mitt humør (f.eks., oppnå et kick, å unnslipe hverdagen)*».

Toleranse (tolerance) - Opprinnelig påstand lyder «*Over time I have increased the amount of exercise I do in a day*». Gruppe 1 og 2 fikk påstanden oversatt og presentert som «*Mengden trening på en dag har økt med tiden*».

⁹ Komponentene redegjøres i kap. 2.1.2 Operasjonalisering av avhengighet

Tilbakefall (relapse) - «*If I cut down the amount of exercise I do, and then start again, I always end up exercising as often as I did before*» er den originale påstanden. Gruppe 1 fikk påstanden oversatt og presentert i motsatt retning som «Det er ikke vanskelig for meg å kutte ned på treningen.» Gruppe 2 fikk påstanden oversatt til «Hvis jeg kutter ned på mengden trening, for så å starte igjen, ender jeg alltid opp med å trene like mye som før».

EAI komponentene ble slått sammen til et sammensatt mål for å besvare forskningsspørsmål 1 – *Hvor stor er forekomsten av treningsavhengighet blant medlemmer på treningssentre*. På bakgrunn av funn i tidligere forskning som har sett på medlemmer på treningssenter vil jeg legge meg rundt en antatt forekomst på 3%. Dette er noe lavere enn hva Lichtenstein, Larsen, et al. (2014) kom fram til (9,7%), men tilnærmet hva undersøkelsene til Mónok et al. (2012) og Szabo og Griffiths (2007) fant i sine undersøkelser (3.2% og 3.6%). Ettersom noen av påstandene har endret retning velger jeg å legge meg lavere.

De to versjonene som representerer påstandene *betydning*, *abstinens* og *tilbakefall* skal besvare forskningsspørsmål 2 – *påvirkes forekomsten av hvilken retning verdiene på variablene er stilt*. Min hypotese er at dette er tilfellet, og den gruppen (gruppe 1) som får stilt påstandene i både positiv og negativ retning vil ha en signifikant lavere forekomst enn gruppe 2.

Kjønn

Tidligere forskning tyder på at det er en forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder treningsavhengighet. Respondentene ble derfor bedt om å oppgi kjønn. Min hypotese bygger på tidligere forskning om at det er en høyere forekomst av menn i risikogruppen for treningsavhengighet.

Høyde, vekt, BMI

Som en enkel måling for å ekskludere eventuelle spiseforstyrrelser, ble Body mass index (BMI) tatt med og brukt som et mål for å skille de som muligens har spiseforstyrrelser. De med spiseforstyrrelser kan ha treningsavhengigheten som en sekundær lidelse. Da er treningsadferden mest sannsynlig et produkt av spiseforstyrrelse og ikke treningsavhengighet. De med en BMI under 17.5, som er ansett som undervektig, ble ekskludert fra analysen da undervekt er et kriterium for anoreksi (*Publication manual of the American Psychological Association*, 2010). Det ble ikke tatt høyde for normalvektige eller overvektige med

spiseforstyrrelser. Flere spørsmål for å avdekke spiseforstyrrelser ville ha gjort spørreundersøkelsen for omfattende og muligens resultert i færre respondenter. En treningsavhengig kan komme i alle former og størrelser, og det kan være vanskelig å forutse om en person med høy BMI har høy fettprosent eller høy muskelmasse. Min hypotese er derfor at det ikke er forskjell på BMI og de i risiko for treningsavhengighet.

Medlem

Respondentene ble spurt om de var medlem av et treningssenter. Dersom de svarte nei på dette, ble de ekskludert fra analysen.

Påstander

I tillegg til EAI, ble respondentene spurt om å besvare fem påstander. Disse lød; «*Det er viktig for meg å leve sunt*», «*Trening definerer meg som person*», «*Treningen gir meg annerkjennelse fra andre*», «*jeg anser meg selv som i god fysisk form*» og «*Andre anser meg som i god fysisk form*». Hver påstand kunne besvares i en Likert-skala på fem graderinger, fra «veldig uenig» til «veldig enig». Disse spørsmålene er ment for å gi et uttrykk på hvordan respondenten anser seg selv og sin identitet i forhold til trening. Som Schreiber og Hausenblas (2015) sier er trening en stor del av identiteten til en treningsavhengig. Min hypotese er derfor at enighet i påstandene og høy score på EAI korrelerer. Jeg vil også legge til at menn anser trening som en kilde til annerkjennelse i større grad.

Tid brukt på trening i uken

Hvor mange ganger respondenten trente i uken i gjennomsnitt kunne besvares fra «færre enn én gang i uka» til «11+». De som svarte «færre enn én gang i uka» ble sendt til slutten av spørreskjemaet og ekskludert fra analysen. Antall treninger i uka ble ganget med tid brukt på en treningsøkt for å estimere antall timer brukt i uka på trening. Her er hypotesen at de i risikogruppen bruker mer tid på trening.

Trene alene eller med noen

Ettersom treningen hos en treningsavhengig vil oppta så mye plass i livet, og ønsket om å trene kommer til uregelmessige tidspunkt, er min hypotese at de i risiko trener mer alene.

Intensitet

Om intensitet har en sammenheng med treningsavhengighet er jeg usikker på. I litteraturen nevnes belønningssystemer som aktiveres i respons av høy intensiv trening (de Meirleir et al., 1986; McMurray, Forsythe, Mar, & Hardy, 1987; Raichlen, Foster, Gerdeman, Seillier, & Giuffrida, 2012). Jeg la derfor til denne variabelen for å se om de i risiko for treningsavhengighet ville ha signifikant høyere intensitet på treningen.

Treningsform

Også treningsform kan ha en sammenheng. Her kunne respondentene velge mellom kategoriene «motorikk/fleksibilitet», «utholdenhet», «styrke» og «jevnt fordelt». Denne variabelen ble lagt til for å se om det var en tendens til en spesifikk treningsform. Utholdenhet ble brukt som referansevariabel.

Konkurrans

De ble også spurt om de trente for å forberede seg til konkurranse. Det jeg ønsket å undersøke her var om en stor andel av de som konkurrerte kom i risiko for treningsavhengighet. Min hypotese er at det er en positiv sammenheng mellom de som konkurrerer og de i risiko for treningsavhengighet.

Utdanning og inntekt

Spørsmål om respondentenes høyeste utdanning og personlige inntekt ble stilt mot slutten for å unngå at flest mulig avbrøt spørreskjema på viktigere spørsmål. Her kunne respondentene svare fra ungdomsskoleutdanning til forskerutdanning, og personlig inntekt fra 0 til over 900 000. Det er sjeldent nevnt noe om sosioøkonomisk status og treningsavhengighet, men det er nærliggende å tro at det er en sammenheng, ettersom høy sosioøkonomisk status er forbundet med mer mosjon og idrett (Vaage, 2004). Fysisk aktivitet er et premiss for treningsavhengighet,

og i grupper hvor det er mye fysisk aktivitet er det større sannsynlighet for tilfeller av treningsavhengighet. Det setter grunnlaget for min hypotese om at de i risiko for treningsavhengighet har høyere inntekt og utdanning.

Avslutningsvis fikk alle respondentene mulighet til å legge ved kontaktinformasjon dersom de kunne tenke seg å delta på et intervju. De som ble kontaktet var de som fikk en score på 24 eller over på EAI og takket ja ved henvendelse på epost.

3.1.4 Analyse av data

For å analysere det kvantitative materialet, vil jeg først gi navn på variablene og sørge for at de er i riktig format ved hjelp av IBM SPSS Statistics 23. Videre analyse vil bli gjennomført med STATA V13. I analysen av data ser jeg primært på tre punkter. Først vil jeg se på antall prosent av utvalget som blir kategorisert «i risiko». Jeg vil også se på forskjeller mellom treningsstentrene (gruppe 1 og gruppe 2), og forskjeller mellom kategoriseringene, altså forskjeller mellom de i risikozonen for treningsavhengighet og de øvrige. Dette ble utført ved frekvensanalyse, logistisk og lineær regresjon. Statistisk usikkerhet er godkjent hvis $p < 0.05$.

Ekskluderingskriterier

Respondentene i utvalget måtte være medlem av et treningssenter. Her ble det fjernet 9 observasjoner, da disse ikke var medlem. Deltagere under 16 år ble også ekskludert (7stk). Jeg fjernet også min besvarelse som ble brukt for å se at alt var i orden med spørsmålsskjemaet. Denne besvarelsen utmerket seg ved at alderen var på 90 år. Som et forsøk på å utelukke eventuelle respondenter med spiseforstyrrelser, ble de med BMI under 17.5 også ekskludert (2stk). Av disse 2, var 1 «i risiko». 59 observasjoner ble også ekskludert som følge av at de ikke hadde besvart EAI-skalaen. Ytterligere 62 respondenter ble fjernet for manglende besvarelser, av disse hadde to en EAI-score over 23. Begge tilhørte gruppe 1. Utvalget besto da av 626 (85% kvinner) respondenter etter kravene til analysen var gjennomført. 17.7% ble kategorisert som «asymptomatisk» ifølge EAI, 79.4% som «symptomatisk» og 18 (2.9%) som «i risiko». Av de 18 i risiko, hadde fem lagt igjen kontaktinformasjon for dybdeintervju. Alle ble kontaktet, tre av disse responderte på henvendelsen og deltok på et dybdeintervju.

Sammenslåing av EAI-komponentene

For å besvare forskningsspørsmål 1 vil jeg se på hvor mange som får en EAI-score over 23 poeng. For å gjøre dette må jeg slå sammen komponentene til et sammenslått mål. Hver komponent kan gi poeng fra 1 – 5, den laveste scoren vil derfor være 6, og den høyeste 30. Fra tidligere undersøkelser som har benyttet seg av EAI er grensen satt på >23 for å sette respondenten i risiko. Ut fra dette kan jeg estimere hvor stor prosentandel av utvalget som befinner seg i risikozonen. De påstandene som var presentert i motsatt retning ble omkodet til å gå lik vei som de andre variablene.

Komponentene ble generert til to variabler, den ene til en kontinuerlig variabel som gir en sammenlagt score for respondenten. Den andre variabelen var en dikotom variabel som skilte mellom de i risiko for treningsavhengighet og de som ikke var det. De med en sammenlagt EAI-score på over 23 poeng ble kategorisert som «i risiko». Den første er tenkt for å brukes i en lineær regresjon, den andre en logistisk.

Forskjeller mellom gruppene

Forskjeller mellom gruppene vil belyse forskningsspørsmål 2 ettersom gruppene har fått utdelt forskjellige versjoner av spørreskjemaet. Jeg vil benytte meg av logistisk regresjon for å se om det forekommer signifikante forskjeller mellom de komponentene som er stilt forskjellig i hver gruppe. Jeg vil også se om det er forskjeller på de andre variablene, som alder, tid brukt på trening, holdninger til trening osv. Dette kan gi en indikator på om forskjellene (om det er noen) ligger i utvalget, eller i formuleringen av påstanden. Ettersom gruppe 2 består av respondenter fra to forskjellige treningsentre som mottok spørreskjemaet noe forskjellig, velger jeg også å se om det er noen forskjeller mellom disse. De blir presentert som gruppe 2a og gruppe 2b.

I gruppe 2a var det 43 besøk på linkadressen til spørreskjemaet. Etter ekskluderingskriteriene er n=24 for gruppe 2a. I gruppe 2b ble det registrert at linken til spørreskjemaet ble besøkt 60 ganger, av disse var det 30 respondenter som fullførte skjemaet. Etter ekskluderingskriteriene er n=27 for gruppe 2b.

3.1.5 Samlet vurdering av reliabilitet og validitet

Jeg vil i denne delen belyse noen tanker jeg har gjort i forhold til reliabiliteten og validiteten til det kvantitative opplegget. Forutsetninger for lineær og logistisk regresjon presenteres avslutningsvis.

I dette kapittelet er det forsøkt å presentere metodisk utførelse på en tilstrekkelig måte slik at leser kan vurdere oppgavens reliabilitet, som Ringdal (2014) kaller allmenn kildekritikk.

Når man benytter seg av tverrsnittstudier, kan man ikke si noe om årsaks-virkningsforholdene eller om disse ligger nært/fjernt hverandre i tid (Skog, 2013). Å avdekke bakenforliggende variabler som skaper spuriøse korrelasjoner vil også være vanskelig.

Et spørreskjema må formuleres lettfattelig og være begrenset i omfang (Svartdal 2011). Det kan derfor bli overfladisk, uten rom for begrunnelser eller spørsmål fra respondenten. Flere variabler kan spille inn på hvordan respondenten besvarer spørreskjemaet. Formuleringene i påstander og spørsmål ble gjennomgått av meg og veileder. Medstudenter og venner fylte ut en pilotutgave av spørreskjemaet for å gi tilbakemelding på språk og formuleringer. Jeg anså det som nødvendig å ha med venner uten idrettsvitenskapelig eller sosiologisk bakgrunn med på pilotundersøkelsen. Disse kan påpeke uklarheter i spørreskjemaet som ikke jeg selv eller medstudenter legger merke til.

Respondentens sinnsstemning kan være med på å påvirke hvordan besvarelsen blir utført. Dette hadde jeg ingen kontroll over, og heller ikke om respondenten besvarte spørreskjemaet samvittighetsfullt.

Excercise addiction inventory

Måleinstrumentet EAI har blitt testet opp mot flere lignende instrumenter som har vist god reliabilitet og validitet (Mónok et al., 2012; Terry et al., 2004). Resultatene viser at EAI fungerer som et godt estimat til treningsavhengighet og har en høy korrelasjon ($r=0.79$) med «gullstandarden» EDS (Hausenblas & Downs, 2002b; Mónok et al., 2012).

Før variablene ble omkodet til et sammensatt mål, ble det utført en faktoranalyse for hver gruppe. Faktoranalysen viste én faktor med eigenvalue over 1 for alle gruppene, dette indikerer at skalaen består av én dimensjon. Det ble utformet en vektet indeks og en additiv indeks av EAI-komponentene. Disse hadde en korrelasjon på .99. Etersom de to indeksene var tilsvarende identiske ble den additive indeksen benyttet. Kaiser-Meyer-Olkin-test (kmo) ble

brukt for å få et samlet uttrykk av hvor mye de 6 variablene korrelerer med hverandre, alle variablene hadde en kmo-verdi over anbefalt .6 (overall = .72)¹⁰. Barlett's test av korrelasjonene i matrisen oppnådde statistisk signifikans ($p < .001$) hos hele utvalget og hver gruppe. Dette antyder at det er en sammenheng mellom korrelasjonene.

Det sammenslåtte målets interne konsistens ble målt med Cronbach's alpha, denne viste 0.64 for hele utvalget, 0.63 for gruppe 1, og 0.71 for gruppe 2¹¹. Ringdal (2014) skriver at en indeks har god reliabilitet dersom alphaverdien er høy, denne bør helst være over 0.7. Det var ingen variabler som ville gi høyere alpha hvis de ble fjernet. Jeg mener derfor disse indeksene operasjonaliserer treningsavhengighet på en tilstrekkelig måte.

Systematiske feil

Erindringsskjevheter og ønskverdighet er systematiske feil som kan oppstå ved selvrappoterter. Steene-Johannessen et al. (2016) viser til funn i sin studie som tyder på dårlig samsvar mellom selvrappotert aktivitet i forhold til faktisk fysisk aktivitet. Forskerne anbefaler objektive måleinstrumenter for måling av fysisk aktivitet, men erkjenner nødvendigheten av selvrappoterter i forhold til holdninger, type aktivitet og lignende.

Respondentene kan derfor ha besvart tidsbruk på trening feilaktig. Årsakene kan være flere, men det er nærliggende å tro at det kommer av at respondenten husker feil eller svarer mer i retning av hva som er ønskelig bruk av trening. Andre forskjeller her kan komme av tolkning av spørsmålene. Noen kan ha tenkt kun på tid i treningssenteret, andre kan ha forstått spørsmålet som all type trening. Sistnevnte var det jeg ønsket svar på.

Generaliserbarhet og deltakelse

Utvalget er et ikke-sannsynlighetsutvalg, nærmere sagt et bekvemmelighetsutvalg. Dette gjør generaliseringen fra utvalg til populasjon noe problematisk (Svartdal, 2011). Populasjonen er medlemmer av treningssenter, men måten disse medlemmene ble rekruttert på stiller krav til at de har tilgang til internett, bruker epost eller er medlem av treningssenterets facebookgruppe.

¹⁰ Overall kmo for gruppe 1 = .72

Overall kmo for gruppe 2 = .69

¹¹ Gjennomsnittlig inter-item korrelasjon for hele utvalget = .25, for gruppe 1 = .25, for gruppe 2 = .28.

Ulempen med distribusjon via Facebook er at sannsynligheter for at spørreskjema når alle medlemmene av facebookgruppen er liten, da variasjon i aktivitet på nettstedet, algoritmer basert på interesse, og tidspunkt man er pålogget vil ha innvirkning på dette. Det er også liten sannsynlighet for at alle medlemmene av treningssenteret er medlem av facebookgruppen.

Selv om det ble gjort tiltak for å unngå at eposten ble ansett som spam, kan det tenkes at dette har vært tilfelle hos noen av mottakerne. Dette baseres på tekniske faktorer som er utenfor min kunnskap, men filter, server og leverandør er trolig noen av disse faktorene. Det er derfor usikkert hvor mange som har lest eposten de mottok.

Tilgang til internett kan sette en begrensning for utvalget, også bruk av epost og Facebook som begge er basert på internetttilgang. Ut fra SSB sine tall fra 2015 ser ikke dette ut som et spesielt stort problem (SSB, 2015). I den norske befolkningen mellom 16- 79 år har 96%, i 2015, brukt internett de siste 3mnd. 90% av befolkningen har brukt internett til epost. Når det gjelder Facebook er 81% av befolkningen over 18 år medlemmer (Ipsos, 2017). 96% av disse bruker Facebook daglig eller ukentlig.

Deltagelsen hos gruppe 1 var langt større enn deltagelsen hos gruppe 2. Treningssenteret for gruppe 1 har blant annet en mye større følgerbase på Facebook (sammenlignet med gruppe 2. Her er det rundt 15 000 mot knappe 3 000 følgere. Trekning av premie (goodiebag) var også noe bare gruppe 1 mottok/ fikk for å delta. Her er det mulig enkelte ikke ville ha svart dersom det ikke var mulighet for å vinne en premie. Mulige årsaker for den ujevne deltagelsen i gruppene ligger derfor på markedsføring og mulighet for premie i kun den ene gruppen. Om gruppe 1 består av flere deltagere som er mer aktive i sosiale medier og deltar på mange nettkonkurranser er uvisst.

Når jeg er inne på det med premie, så kan det være enkelte har besvart spørreundersøkelsen flere ganger. Dette er mindre sannsynlig da sjansen for å vinne ikke øker med antall deltakelser, men det er usikkert om dette kom tydelig nok fram. Kjønnforskjeller i form av deltagelse på spørreskjema er også et tema som kan vurderes. Det finnes studier som tyder på at kvinner tenderer til å besvare spørreskjema i større grad enn menn (Robb, Gattin, & Wardle, 2017; Sax, Gilmartin, & Bryant, 2003; Smith, 2008). I studien til Robb et al. (2017) konkluderte de med at det ikke var noen signifikant økning i svarprosent på elektronisk spørreskjema hos gruppen som var med i trekningen av en pengepremie og gruppen uten premietrekning. Det kan nevnes at i den nevnte studien var deltagerne mellom 45 og 59 år og skulle svare på holdninger rundt tarmkreftundersøkelse, noe som kan være mindre generaliserbart til denne studien.

Selve grensesnittet til spørreskjemaet er lik min oppfatning av hvordan et elektronisk spørreskjema er, så personer kyndige til bruk av Facebook og epost vil jeg tro behersker å utfylle dette.

Forutsetninger for regresjon.

For den logistiske regresjonen ble det sjekket for multikollinearitet og hvor god modellen er i forhold til datautvalget (Hosmer-Lemeshow's test).

Ingen variabler viste tegn til multikollinearitet, høyeste VIF¹² ble målt til 2.4¹³ i hele utvalget. I følge Midtbø (2012) er det ikke en eksakt grense på hva som er for mye multikollinearitet, men en tommelfinger er at VIF ikke bør gå over 10. Hosmer-Lemeshow's goodness of fit test ser på modellen i sin helhet. Den sammenligner subgrupper i datamaterialet og ser etter statistiske forskjeller mellom de ulike gruppene, noe det ikke bør være. Det ble brukt 10 grupper, som er anbefalt (Kohler & Kreuter, 2012). Testen viste et ikke signifikant resultat, som er ønskelig (0.9978). Dette tilsier at modellen passer godt til datamaterialet.

For den lineære regresjonen ble det først sjekket for multikollinearitet, høyeste VIF var 2.39 i hele utvalget, 2.34 for gruppe 1 og 4.74 for gruppe 2¹⁴.

At sammenhengene mellom variablene er lineære ble bekreftet ved å utføre en linktest. Linktesten viste en p-verdi på 0.101 på $\hat{\beta}$ og 0.894 på $\hat{\beta}^2$ som er ønskelig¹⁵.

Restleddet var tilnærmet normalfordelt¹⁶, men Breusch Pagan's test var signifikant, som tilsier at restleddet i regresjonsmodellen er heteroskedastisk. Dette betyr at standardfeil for de uavhengige variablene kan være ukorrekte (Skog, 2013). Dersom restleddet viser seg å være heteroskedastisk, anbefaler Midtbø (2012) en robust modell, denne viser som regel større standardfeil blant variablene. En robust modell ble sammenlignet med den originale, det var ingen forskjeller på signifikansnivå. Den originale modellen ble derfor brukt videre.

¹² Variance Inflation Factor

¹³ Dette var påstanden «andre anser meg som i god form». Denne variabelen scoret også høyest i hver gruppe; VIF på 2.37 for gruppe 1 og VIF=4.84 for gruppe 2.

¹⁴ Samme variabel som fotnote 12.

¹⁵ Gruppe 1 - $\hat{\beta}$ = 0.05, $\hat{\beta}^2$ = 0.669

Gruppe 2 - $\hat{\beta}$ = 0.884, $\hat{\beta}^2$ = 0.234

¹⁶ Vedlegg 5

3.2 Det kvalitative opplegget

Den kvalitative tilnærmingen til oppgaven besto av intervju. Jeg vil her redegjøre for valg av metode, datainnsamlingsprosessen, og hvordan analysen av intervjuene ble gjennomført. Avslutningsvis vil jeg drøfte metodens validitet og reliabilitet.

3.2.1 Valg av metode for datainnsamling

Jeg anså det som mest hensiktsmessig å møte informantene til individuelle intervju. Intervjuet var semistrukturert i den hensikt at intervjuet fungerte mer som en samtale. Med en slik metode kan man få svar på sine spørsmål, men også gå dypere inn i tema som dukker opp. Når intervjuet fungerer som en samtale føler jeg at informanten vil være mer avslappet og ikke bli like preget av en intervju-kontekst.

Jeg utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 3) med inspirasjon fra intervjuene til (Cox & Orford, 2004; Lichtenstein, 2014) i tillegg til påstandene i EAI og EDS. Intervjuguiden ble revidert etter et testintervju jeg gjorde på en venn som er veldig fysisk aktiv.

3.2.2 Rekruttering av enheter

Det var 18 respondenter som hadde vært interessante å intervju, men bare fem av disse hadde lagt igjen kontaktinformasjon for et intervju. Disse fem var kvinner. Alle hadde en EAI-score over 23 poeng og ble derfor kategorisert som «i risiko» for treningsavhengighet. Av disse responderte tre, som alle var villige til å delta på intervju. De som deltok på intervju omtales samlet som «informanter». For å sikre informantenes anonymitet ble de gitt pseudonymene «Guro», «Susanne» og «Monica».

I henvendelsen sto det litt om hva min oppgave dreide seg om og hvor lang tid det ville ta. I likhet med spørreskjemaet valgte jeg å ikke bruke ordet treningsavhengighet, men treningsvaner på eposten. Dette for å unngå misforståelser rundt begrepet.

3.2.3 Datainnsamlingsprosessen

Før intervjuet startet ble respondentene brifet om hvorfor de var valgt ut, og hvordan anonymisering og presentasjon av intervjuet ville bli utført. De fikk også mulighet til å stille spørsmål før og etter intervjuet. Intervjuet var semistrukturert, bestående av spørsmål relatert til komponentene i EAI, og varte omtrentlig i 45 minutter. Intervjuguiden kan ses i vedlegg 3. Båndopptaker ble benyttet etter tillatelse av respondentene. Etter endt intervju, ble intervjuet

transkribert og anonymisert, dokumentet sendt til respondenten for godkjenning, og lydfilen av intervjuet slettet. Intervjuene ble ikke avholdt på en fast plass, men valgt ut etter dialog med respondentene. Alle ble intervjuet på kafé med få kunder.

Informantene fikk selv velge hvor intervjuet skulle ta sted og til hvilken tid, men la ansvaret på meg for å komme med forslag til hvor. For ikke å gi følelsen av at jeg trengte meg på, foreslo jeg en kafé med stor plass hvor man kan sitte litt avsides. Tjora (2012) nevner at betydningen av sted kan virke som en liten detalj, men kan ha stor betydning for enkelte intervjusituasjoner. Det er viktig at informantene føler seg trygge, så steder de er kjente med, for eksempel hjemme eller på arbeidsplassen er typiske trygge omgivelser. Dette var i tankene mine, men jeg fikk inntrykk av at informantene var avslappet ovenfor hvor intervjuet skulle foregå, så derfor valgte jeg en «nøytral grunn», der det muligens er mindre ubehagelig å møte en fremmed person.

Hver samtale hadde for det meste god flyt etter litt småprat i begynnelsen av intervjuet. Personlig var det en utfordring å møte informantene ettersom dette er utenfor min komfortsone. Selv var jeg veldig nervøs, men prøvde å skjule dette etter beste evne. Hva jeg var nervøs over var vel ikke veldig rasjonelt. Å unngå å fornærme eller såre informanten tenkte jeg mye på. Jeg var også bekymret over å møte noen som virkelig trengte hjelp, for kompetansen til å hjelpe en treningsavhengig føler jeg ikke at jeg har. Sett tilbake på intervjuene gikk dette veldig bra. Informantene var hyggelige og svarte godt.

Intervjuguiden var grei å forholde seg til dersom samtalen stoppet opp. Jeg prøvde å «bake inn» spørsmålene så godt jeg kunne i en samtale, men noen ganger ble det veldig unaturlig. Det ble også litt vanskelig å holde oversikt over alle spørsmålene hvis informanten besvarte flere spørsmål på ett. Det hendte at spørsmål som skulle blitt stilt senere i intervjuet ble naturlig å stille tidligere. Noen spørsmål ble derfor stilt flere ganger. Dersom informanten påpekte at det spørsmålet allerede hadde blitt stilt, spurte jeg om de hadde mer å si angående det spørsmålet. For så vidt var det greit at dette skjedde da disse spørsmålene fikk mer utfyllende svar.

3.2.4 Analyse av data

Det ble brukt båndopptaker under intervjuet. Lydbåndet ble transkribert i løpet av to dager etter intervjuene og sent til de respektive informantene for godkjenning. Ingen hadde noen innvendinger på transkriberingen. Lydfilene ble deretter slettet og de transkriberte intervjuene anonymisert.

Hvert intervju ble kategorisert i forhold til tema og slått sammen. Dette gjorde jeg for å få en større oversikt over hva respondentene hadde svart angående hvert tema og om det var likheter eller forskjeller.

3.2.5 Samlet vurdering av reliabilitet og validitet

Tjora (2012) påpeker at forskerens kunnskap er en ressurs, men at det spiller en rolle hvordan den blir anvendt. Jeg hadde tilegnet meg mye kunnskap om fenomenet før intervjuene ble avholdt. Flere scenarioer, utsagn og oppfølgingsspørsmål ble drøftet før intervjuene for å få mest mulig ut av intervjuene. Jeg baserte meg på tidligere forskning, noe Tjora (2012) anbefaler, i utformingen av spørreskjema og intervjuguide. Dette gjør undersøkelsen mer sammenlignbar og eventuelle problemer er lettere å unngå.

Under transkriberingen merket jeg at mine oppfølgingsspørsmål kom noe tidlig etter at informanten hadde besvart et spørsmål. En teknikk for å få et mer utdypende svar er å vente en liten stund etter at informanten har besvart. På denne måten gis det tid og rom for utfyllende kommentarer etter litt betenkningstid. Tross dette hadde informantene utdypende svar, og fikk tid til å tenke seg om dersom det var nødvendig. De hadde også mulighet til å komme med påpekninger til transkriberingen, noe ingen gjorde. Det tolker jeg som at de føler de fikk frem poengene sine og ikke hadde noe usagt.

Selv om informantene ikke virket brydd under intervjuet, er det en mulighet for at deler av besvarelsene kan være preget av omgivelsene.

Under hele redegjørelsen av metode og inn i analysen har jeg forsøkt å synliggjøre min subjektive forståelse som (Nilssen, 2012) anbefaler. Dette for at leser kan følge prosessen og vurdere om den kan overføres til egen kontekst.

Jeg vil påpeke at det siste spørsmålet jeg stilte informantene var om de selv anså seg som treningsavhengig. Dette gjorde jeg bevisst for at intervjuet ikke skulle bære preg av påvirkning i form av priming, eller at de følte de måtte forholde seg til hva de hadde svart på det spørsmålet.

3.3 Forskningsetiske overveielser

Undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Deres etiske retningslinjer er derfor etterfulgt. Jeg har tatt hensyn til tre etiske prinsipper, som Kvale og Brinkmann (2009) fremhever, under det empiriske arbeidet. Disse er; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Det finnes et flertall av prinsipper for å beskytte rettighetene til deltakere i forskning, som i hovedsak bunngrunnet i å ha respekt for mennesker (Miller, Strang, & Miller, 2010). Dette mener jeg er viktig siden det tross alt ofte er mennesker man skal forske på i samfunnsvitenskapelige fag. Dersom disse får dårlige opplevelser under en undersøkelse, kan dette resultere i færre og færre deltakere i senere forskning.

Spørreskjemaet besto av et informasjonsskriv hvor det påpekes at det er frivillig å delta. I vedlegg 2 finner du spørreskjemaet. Det sto ikke eksplisitt at ved å delta i undersøkelsen så samtykker man i å delta. Informert samtykke innebærer at respondenten godtar deltakelse i undersøkelsen med full forståelse for mulig risiko og fordeler (Miller et al., 2010). Spørreskjemaet inneholder ingen sensitive personopplysninger i henhold til datatilsynets kategorisering, men personopplysninger ble behandlet konfidensielt og anonymisert (Datatilsynet, 2017).

Respondentene kunne også frivillig legge ved sin epostadresse. Eposten ble kun brukt til å kontakte respondentene til intervju dersom de hadde samtykket til dette. De kunne også samtykke at epostadressen ble gitt til deres treningssenter for oppfølging av deres treningsvaner.

Ettersom spørreskjemaet ble besvart over internett vil det være mulig å spore opp IP-adressen til informantene så lenge resultatene er lagret i Select Surveys databaser. Det var derfor nødvendig å slette resultatene fra databasen når innsamlingen av data var fullført. Datamaterialet ble oppbevart på en personlig minnepinne som var utilgjengelig for andre. Etter at jeg hadde kontaktet respondenter som var potensielle intervjuobjekter ble datamaterialet anonymisert.

De tre informantene som deltok på intervju ble før start informert om oppgaven, deres rolle i undersøkelsen, og at intervjuet var frivillig og de kunne avslutte ved behov uten begrunnelse. Alle bekreftet samtykke om å delta og godtok båndopptaker under intervjuet. Det ble informert om at lydopptaket ville bli slettet etter transkribering. Hver informant takket ja til å motta den transkriberte utgaven via epost for godkjenning.

Slik jeg ser det har ikke deltakelse i denne undersøkelsen, hverken på det kvantitative eller det kvalitative, ført til negative konsekvenser i nevneverdig art. Hos de som deltok på intervju

understrekte jeg at deres EAI-score bare klassifiserte dem i risikozonen, men bekreftet ikke at dette var tilfellet. Jeg ønsket ikke at de skulle føle seg stempet som treningsavhengige, selv om de ikke virket brydd over kategoriseringen og selv kunne anse seg selv som avhengig av trening.

4.0 Kvantitative resultater

I dette kapittelet vil jeg først presentere nøkkeltall for utvalget i helhet, for så se på hver gruppe. Jeg vil videre se på forskjeller mellom de i risikozonen for treningsavhengighet og de som ikke er i risiko. Signifikante forskjeller mellom gruppe 1 og gruppe vil bli presenter. Jeg vil også belyse forskjeller innad i gruppe 2 da denne består av to forskjellige treningsentre, med to forskjellige innsamlingsmetoder.

4.1 Hele utvalget

Totalt deltok 626 respondenter i den kvantitative undersøkelsen, hvorav 85% var kvinner. En oversikt over nøkkeltall hos utvalgene samlet og hver for seg er presentert i tabell 4. Knappe tre prosent kom i risikozonen for treningsavhengighet (EAI score 24-30). Gjennomsnittlig EAI score for utvalget var 15.8 (standardavvik 3.7), gjennomsnittlig alder var på 36.5 år (standardavvik 13), de trente i gjennomsnitt 4 timer i uken og hadde en BMI på 25.3.

Tabell 4. Nøkkeltall i utvalget som helhet og i de respektive gruppene.

	Alle (n =626)	Gruppe 1 (n=575)	Gruppe 2 (n =51)	P>	Gruppe 2		
					Gruppe 2a (n=24)	Gruppe 2b (n =27)	P>
Kvinner	85.2%	87.5%	51%	0.000	54.1%	48.2%	0.691
Alder (Gjennomsnitt)	36.5 (13)	36.7 (12.8)	38.4 (14.5)	0.001	33 (13.9)	43.4 (13.6)	0.028
BMI	25.3 (4.3)	25.2 (4.2)	26.4(5)	0.771	24.2 (3.8)	28.4 (5.3)	0.057
Trening (t/uke)	4.2 (2.7)	4.1 (2.5)	4.9 (3.7)	0.009	5.7 (3.3)	4.3 (3.9)	0.720
EAI (Gjennomsnitt)	15.8 (3.7)	15.7 (3.7)	16.7 (3.9)	0.004	18 (3.4)	15.4 (3.8)	0.262
I risiko	2.88% (n=18)	2.61 (n=15)	5.9% (n=3)	0.212	8.3% (n=2)	3.7% (n=1)	0.259

4.1.1 Gruppe 1

Forekomsten av de i risiko for treningsavhengighet var 2.6% i dette utvalget. Gruppe 1 besto av n= 575 (88% kvinner) etter gjennomgang av ekskluderingskriteriene. Disse trente gjennomsnittlig 4.1 timer i uka. Gjennomsnittsalderen var på 36.7 år (standardavvik = 12.8). Den gjennomsnittlige EAI-scoren ble målt til 15.7(standardavvik 3.7) og gruppens gjennomsnittlige BMI viser 25.2 (standardavvik = 4.2).

4.1.2 Gruppe 2

Gruppe 2 besto av utvalg fra to treningsentre, gruppe 2a og gruppe 2b. Gruppe 2a deltok via senterets facebookgruppe, mens gruppe 2b fikk tilsendt spørreskjemaet via epost.

Slått sammen besto gruppe 2 av n=51 (51% kvinner). 5.9% (n=3) ble kategorisert i risikozonen for treningsavhengighet. Gjennomsnittlig EAI-score for utvalget var 16.7 (standardavvik= 3.9). Utvalget trente gjennomsnittlig 4.9 (standardavvik 3.7) timer i uka. BMI-score for utvalget ble registrert å være 26.4 (standardavvik 5), som tilsvarer overvektig ifølge WHO's klassifisering (WHO, u.å). Gjennomsnittlig alder på utvalget var 38.4 (standardavvik = 14.5).

Sammenslåing av gruppe 2a og gruppe 2b

Gjennomsnittsalderen til gruppe 2a var 33 (standardavvik= 13.9) år og 54% var kvinner. Gruppe 2a hadde en gjennomsnittlig BMI på 24.2 (standardavvik 3.8), de trente gjennomsnittlig 5.7 (standardavvik = 3.3) timer i uka, 8.3% (n=2) kom i risiko for treningsavhengighet med en gjennomsnittscore på 18 (standardavvik 3.4) på EAI.

Gjennomsnittsalderen til gruppe 2b var 43.4 (standardavvik= 13.6) år og 48% var kvinner. De trente gjennomsnittlig 4.3 (standardavvik 3.9) timer i uka og scoret gjennomsnittlig 15.4 på EAI. Gruppe 2b sin gjennomsnittlige BMI var 28.4 (standardavvik 5.4) og 3.7% (n=1) ble kategorisert i risiko for treningsavhengighet.

Disse to subgruppene ble slått sammen for å undersøke om spørsmål med ulik retning vil ha påvirkning på svarene. Som presentert i metodekapittelet ble tre av spørsmålene endret til å få en negativ ladning for å unngå «ja-siing». Det skal nevnes at det kom fram noen forskjeller mellom de to subgruppene. Aldersforskjellen tyder på eldre respondenter hos gruppe 2b, med en p-verdi på 0.028 mellom 2a og 2b. De i gruppe 2a svarte i større grad at treningen ga dem

anerkjennelse enn de i gruppe 2b ($p>0.032$) og abstinenskomponentet ga signifikant høyere utslag hos de på gruppe 2a ($p>0.009$).

4.2 Forskjell innad i utvalget (i risiko, ikke i risiko)

De i utvalget som fikk en EAI-score over 23 trente gjennomsnittlig 8.6 (standardavvik = 6.6) timer i uken. Deres gjennomsnittsalder var 27.3 (standardavvik 9.4) år og de hadde en gjennomsnittlig BMI på 23.5 (standardavvik 3.2).

Tabell 5. Logistisk og lineær regresjonsmodell med EAI som avhengig variabel.

EAI	Logistisk modell				Lineær modell				
	B	SE _B	z	sig	B	SE _B	t	sig	
Gruppe (0=Gruppe 1, 1= Gruppe 2)	1.932	1.444	1.34	0.181	1.571	.485	3.24	0.001	
Kjønn	1.208	1.026	1.18	0.239	.568	.367	1.55	0.123	
Alder	-.119	.044	-2.65	0.008	-.039	.012	-3.27	0.001	
Trening definerer meg	1.680	.632	2.66	0.008	1.121	.155	7.19	<0.001	
Andre ser på meg som i god form	2.614	.835	3.13	0.002	-.249	.235	-1.06	0.290	
Jeg anser meg selv i god fysisk form	-1.049	.584	-1.79	0.073	.154	.218	0.70	0.481	
Gjennomsnittlig trening i uka	.291	.095	3.05	0.002	.346	.055	6.27	<0.001	
Intensitet	1.837	.762	2.41	0.016	.775	.254	3.05	0.002	
Trener alene	-.224	.692	-0.32	0.746	.350	.267	1.31	0.192	
Inntekt	.003	.002	1.37	0.170	.000	.001	0.43	0.671	
BMI	-.020	.116	-0.17	0.867	.056	.033	1.69	0.092	
Treningsform (Utholdenhet som referanse)									
Motorikk*	--				--				
Styrke	-1.478	1.136	-1.3	0.193	-.273	.372	-0.73	0.464	
Jevnt fordelt	-.894	.959	-0.93	0.351	-.145	.327	-0.44	0.657	
Det er viktig for meg å leve sunt	.050	.733	0.07	0.946	.267	.229	1.17	0.244	
Treningen gir meg anerkjennelse fra andre	.169	.392	0.43	0.667	.670	.147	4.55	<0.001	
Driver med konkurranse	-.714	.808	-0.88	0.377	-.230	.467	-0.49	0.623	
Utdanning	-.515	.337	-1.53	0.127	-.181	.124	-1.45	0.147	
Konstantledd	-19.53	5.88	-3.32	0.001	5.45	2.05	2.66	0.008	
Pseudo R2	0.52				R2 (Justert)				.32
N=	626				N=				626

* Ingen i utvalget hadde valgt motorikk som den treningstypen de trente mest

Det ble utført en logistisk regresjon med en avhengig variabel som skilte mellom de «i risiko» og de symptomatiske/asymptomatiske (ref. tab. 5). Ut fra denne analysen kan man se en signifikant forskjell mellom gruppene. De i risikozonen hadde lettere for være enige i at trening definerte dem, at andre anså dem som i god form, de trente gjennomsnittlig mer i uken og hadde høyere intensitet enn den andre gruppen. De i risikogruppen var også signifikant yngre enn de som scoret under 24 på EAI.

Det ble også utført en lineær analyse med EAI på intervallnivå som avhengig variabel. Her ser man også en signifikant forskjell ved økt alder, intensitet og trening i uken. Ved økt alder reduseres EAI-scoren, høyere intensitet tilsvarer høyere EAI-score og økt antall timer trent i uken gir høyere EAI-score. De med høyere score på EAI følte trening definerte dem i større grad. Til forskjell fra den logistiske modellen, viser den lineære modellen også en forskjell mellom gruppene, der gruppe 2 har en signifikant høyere EAI-score enn gruppe 1. Modellen viser også en signifikant sammenheng mellom økt anerkjennelse fra andre og økt EAI. Det ble ikke vist en signifikant sammenheng mellom EAI-score og om andre anså respondentene i god form, som kom fram i den logistiske modellen.

Påstanden om at det er viktig for respondenten å leve sunt, og om man anså seg selv i god fysisk form var ikke forskjellig mellom grupperingene i EAI. Treningen definerte de i risikozonen i høyere grad, dette økte lineært med score på EAI. At andre anså dem som i gode form hadde en signifikant høyere score hos de i risikozonen, men bare i den logistiske regresjonen. Anerkjennelse fra andre hadde en signifikant økning ved høyere EAI-score.

Den logistiske modellen viser en pseudo R² på 0.52. Den lineære modellen viser en adjusted R-squared som tilsier at 32% variansen på EAI kan forklares med modellen.

4.3 Forskjeller mellom gruppe 1 og gruppe 2

Det ble funnet noen ulikheter mellom gruppe 1 og gruppe 2. Det var en signifikant høyere mannlig prosentandel representert i gruppe 2. Denne gruppen hadde også signifikant eldre respondenter.

Tabell 6. Logistisk regresjon med utvalgets to grupper som den avhengige variabelen. 0= gruppe 1, 1= gruppe 2

Gruppe (0=Gruppe 1, 1=Gruppe 2)	Logistisk modell			
	B	SE _B	z	sig
EAI	.163	.056	2.91	0.004
(EAI (0= symptomatisk, 1 = i risiko)**	1.112	.891	1.25	0.212)
Kjønn	-2.213	.364	-6.08	<0.001
Alder	.05	.015	3.26	0.001
Trening definerer meg	-.328	.202	-1.62	0.104
Andre ser på meg som i god form	.195	.319	0.61	0.540
Jeg anser meg selv i god fysisk form	.412	.297	-1.39	0.165
Gjennomsnittlig trening i uka	.171	.065	2.62	0.009
Intensitet	-.143	.342	-0.42	0.676
Trener alene	-.786	.396	-1.99	0.047
Inntekt	.003	.001	-2.56	0.010
BMI	.012	.043	0.29	0.771
Treningsform (Utholdenhet som referanse)				
Motorikk*	--			
Styrke	.047	.031	1.52	0.130
Jevnt fordelt	.001	.027	0.05	0.963
Det er viktig for meg å leve sunt	-.271	.277	-0.98	0.328
Treningen gir meg annerkjennelse fra andre	-.293	.189	-1.55	0.120
Driver med konkurranse	1.266	.786	1.61	0.108
Utdanning	.171	.164	1.04	0.297
Konstantledd	-.277	2.856	-0.10	0.923

Pseudo R2 0.24

N= 626

* = Ingen i utvalget valgte motorikk som den mest brukte treningsformen.

** = Denne variabelen er tatt fra en egen modell.

4.3.1 Komponentene i EAI

De tre komponentene som ble presentert forskjellig i spørreskjemaet hos de to gruppene var *betydning*, *abstinens* og *tilbakefall*. Som vist i tabell 7 er det en signifikant forskjell mellom gruppene i henhold til disse komponentene. Respondentene i gruppe 1 har gitt høyere utslag for abstinens-tendenser, men lavere på *tilbakefall* og *betydning* i forhold til gruppe 2. I analysen kom det fram at innad i gruppe 2 er det signifikant forskjell mellom de to treningssentrene i forhold til abstinenskomponenten. Etter nærmere undersøkelse viser det seg at det ene treningssenteret i gruppe 2 har signifikant lavere score enn gruppe 1.

Tabell 7. Gjennomsnittsverdier og ladninger for den første faktoren i de seks komponentene samt alphaverdier for disse.

Komponent	Hele utvalget n=626			Gruppe 1 (n= 575)			Gruppe 2 (n=51)		
	Mean (standardavvik)	Factor loading	Alpha if deleted	Mean (standardavvik)	Factor loading	Alpha if deleted	Mean (standardavvik)	Factor loading	Alpha if deleted
<u>Betydning</u>	2.1 (0.9) *	.50	.62	2.1 (.9)	.50	.62	2.6 (1)	.42	.71
<u>Abstinens</u>	2.9 (1.1) *	.69	.56	2.9 (1.1)	.69	.56	2.7 (1) †	.80	.61
<u>Tilbakefall</u>	2.9 (1.1) *	.68	.56	2.8 (1.1)	.68	.56	3.4 (0.9)	.68	.66
Konflikt	1.8 (1.0)	.53	.61	1.8 (1)	.51	.62	1.9 (1)	.65	.67
Emosjoner	3.1 (1.2) *	.64	.57	3.2 (1.2)	.64	.57	2.8 (1.3)	.78	.60
Toleranse	3 (1.0)	.50	.62	3 (1.0)	.51	.61	2.9 (1)	.44	.70
Eigenvalue			2.1			2.1			2.5
% av total varians forklart			36%			36%			41%
Cronbach's alpha			.64			.63			.71
Kmo			.72			.72			.69

† = Sig forskjell mellom 2a og 2b -- * = sig forskjell mellom gr1 og gr2

Det var også signifikant forskjell for emosjoner, et spørsmål som forøvrig ble stilt likt til begge gruppene. Her hadde gruppe 1 en lavere tendens med et gjennomsnitt på 3.2 (standardavvik 1.2) mot 3.8 (standardavvik 1.3) i gruppe 2.

De kvantitative dataene som er blitt presentert i dette kapittelet vil bidra til å besvare forskningsspørsmål 1 og forskningsspørsmål 2. Resultatene vil bli analysert videre i diskusjonskapittelet. Det neste kapittelet vil omhandle de kvalitative resultatene som ble samlet inn gjennom dybdeintervju med formål å besvare forskningsspørsmål 3.

5.0 Kvalitative resultater og analyse

I dette kapitlet vil jeg forsøke å besvare forskningsspørsmål 3; *Hvordan forstår og håndterer folk i risikozonen for treningsavhengighet sitt eget forhold til trening*. Først vil jeg introdusere de tre informantene med noen kommentarer til hver om hva jeg mener utmerker seg i forhold til komponentene i EAI. Resultatene fra intervjuene vil så bli presentert med direkte sitater fra informantene med tolkninger relatert til temaet, tidligere forskning eller teori. Om informantene er treningsavhengige, har ikke jeg kompetanse til å påstå. Men ut fra intervjuene kan jeg trekke fram og sammenligne adferden med komponentene i EAI-skjemaet.

De tre som stilte til intervju var kvinner som scoret over 23 poeng på EAI-skjemaet. Deres navn har blitt erstattet med pseudonymer. Intervjuene ble avholdt individuelt. «Monica» skulle på trening etter intervjuet, mens «Guro» og «Susanne» hadde vært på trening.

5.1 Introduksjon av informantene

For ordens skyld har jeg valgt å kalle de som deltok på intervju for *informanter*. Dette for å enklere skille mellom respondentene (som besvarte spørreskjemaet) og informantene (som ble intervjuet).

Susanne

«Susanne» er en student på 22 år. I intervjuet kommer det fram at hun har lidd av anoreksi og fortsatt har tanker rundt mat som begrenser inntaket eller gir dårlig samvittighet¹⁷. Det er antydninger til at treningsadferden er et produkt av spiseforstyrrelsen, som ofte er tilfellet ved treningsavhengighet. Altså vil treningsadferden fungere som en sekundær lidelse. Hennes treningsøkt varer ca. en time. Vanligvis trener hun fire til fem ganger i uken, men opptil seks ganger dersom hvis hun har mye energi.

Mange av hennes svar/historier bar likheter til intervjuer fra andre studier innen feltet. Jeg følte at mye av det hun sa var som «tatt ut fra boken» mens intervjuet pågikk. Susanne er en av de som virkelig har fått kjenne på negativ adferd rundt mat og trening, og hvor vanskelig det kan være. Hun har vært innlagt grunnet spiseforstyrrelsene og er i kontakt med psykolog.

Når jeg spurte henne om hun anså seg selv som treningsavhengig svarte hun;

¹⁷ Dette stiller spørsmål til BMI som et enkelt ekskluderingskriterie for spiseforstyrrelser. Jeg vil diskutere dette ytterligere i diskusjonskapitlet.

«Ja, jeg tror det, men samtidig så er det ikke en dårlig avhengighet, for det er ikke lenger noe tvang over det. Det høres jo ikke bra ut, men det brukes for å regulere følelsene. Mer som et redskap både for å føle seg bedre og for å få mer kontroll». - Susanne

Det kan tenkes at Susanne føler treningsadferden er det beste valget av to onder, for det virker som treningen har hjulpet henne til å få mer kontroll og tro på seg selv.

Guro

«Guro» er 35 år og hadde fødselspermisjon under intervjuet. Helhetlig virker det som Guro bruker treningen blant annet for å komme seg vekk fra hverdagens krav. Før hun kom til intervjuet hadde hun vært på en hot-stretchtime ettersom hun var støl fra gårsdagens økt da dette var den første etter en uke med sykdom. Hot-stretch er en rolig aktivitet som innebærer tøying av muskler i et rom hvor temperaturen er rundt 40°C. Det virker som Guro er preget av en hverdag som stiller mange krav og plikter. Hennes mann har en jobb som krever at han er mye borte fra familien, som gjør at hun har mye av ansvaret for barna i tillegg til jobben sin. Ved spørsmål om hva hun drev med utenom treningen var svaret hennes et godt inntrykk for det inntrykket jeg fikk av henne:

«Jeg gjør ikke noe annet enn husarbeid ... Jeg er skikkelig husmor. Slave i sitt eget hjem.»
- Guro

For henne har jeg en forestilling om at treningen er en form for virkelighetsflukt hjelper henne gjennom uken. Guro er fornøyd hvis hun får trent tre til fire ganger i uken, og en økt varer omtrent en time.

Etter intervjuet hadde jeg en følelse av at hennes holdning til trening kan bli ansett som en sunn vane, men avhengigheten kan potensielt ligge i det at hun må trene for å koble av, altså en type humørendring. Hennes svar på om hun anså seg selv som treningsavhengig var:

«Ja, det kunne jeg godt ha sagt. Uten at jeg føler det er så veldig negativt ladet. Det negative, er hvis det går to eller tre dager uten trening, så går det utover humøret.» - Guro

Monica

«Monica» er 32 år og i jobb. Det virker som om Monica er opptatt av idretten hun driver med, og ønsker til en viss grad å satse på dette. Hennes holdninger til trening tolker jeg i større grad som hengivenhet eller dedikasjon til kampsporten ettersom hun ønsker å konkurrere i framtiden. Hennes ukentlige trening består av fire dager med kampsporttrening og to dager med styrketrening. Øktene har en varighet på omtrent 1,5 time.

I intervjuet kommer det fram flere ting som kan minne om komponentene i EAI. Monica er veldig dedikert til idretten og velger derfor å sette ting til side til fordel for idretten. Dette er et typisk trekk i komponenten *betydning*. Et eksempel er at hun velger å være med på sesongstart framfor ferietur. Følelsen ved fravær av trening fremstår også som ubehagelig, nærliggende *abstinenskomponentet*. Når hun fikk spørsmål om hun anså seg selv som treningsavhengig svarte hun:

«Ja, jeg har noen ganger tenkt at jeg er det. Litt i hvert fall, på grunn av at jeg vet selv hvor mye det påvirker meg hvis jeg ikke får trent når jeg har planlagt det. Og da tenker jeg at det er en greie der.» - Monica

Hennes engasjement i trening kan ha en sammenheng med ønsket om å gjøre det bra i idretten. Å gjøre det bra i en idrett krever innsats og nedprioriteringer i andre arenaer, derfor kan faktoren *betydning* være mindre valid hos de som driver med konkurranse.

5.2 Deres første møte med fysisk aktivitet og nå.

Monica startet på treningscenter sammen med sin mor da hun var 13 år. Før dette hadde hun ikke drevet med noen form for idrett eller fysisk aktivitet. Hun trente én gang i uka og treningene besto av gruppetrening med navn «mage, rumpe, lår» som fokuserte på disse muskelgruppene. Målet på den tiden, sier Monica var å få «strammet opp litt» og å bli sterkere. Guro startet tidligere og var innom flere idretter som ung. Etter hvert ble det mindre lagsport mer individuell idrett og trening.

Susanne drev også med idrett og trening fordi det var gøy. Når hun var 17 år, begynte hun på treningscenter. Men etter hvert mistet Susanne kontrollen over sin adferd til kosthold og trening.

«Jeg utvikla spiseforstyrrelser, og det ble veldig treningstvang etter hvert. Så fikk jeg treningsforbud på to år av legen, før jeg ble innlagt. Jeg så ikke hvor alvorlig det var når jeg var

oppi det, men jeg ser nå hvor alvorlig det var. Nå er det mye bedre, jeg føler meg frisk, egentlig. Man har jo tanker om at man er litt stor og ikke skal spise ditt og datt, men man får ikke dårlig samvittighet hele tiden, slik man gjorde i en periode. Det er derfor jeg bruker så mye tid på styrke nå, for jeg løp bare før. Det var bare for å forbrenne, så jeg har litt dårlig forhold til det.»
- Susanne

Det var ikke uvanlig at individer med spiseforstyrrelser kunne bruke trening som en metode å regulere vekt på. Slik jeg tolker situasjonen til Susanne, så prøver hun å ta avstand fra den rigide treningsformen som fokuserte på å forbrenne fett og heller satse på styrketrening for å øke muskelvekst og styrke.

Styrketrening er en gjenganger hos informantene. Dette er det de trener i hovedsak, men de supplerer med andre typer for variasjonens skyld. Susanne likte å variere med «crossfit-aktig» trening, Monica jogget gjerne innimellom når hun ikke trente kampsport eller styrke, og Guro ville ha det mest mulig effektivt som ga synlige resultater, dette gjorde hun med utholdende styrke. I boken *Body panic* presenterer Dworkin og Wachs (2009) det kvinnelige kroppsbildet og hvordan dette blir presentert i media. Der ser man en økende trend til sterke selvstendige kvinner framfor den tidlige underdanige husmor. Skal vi forstå dette i lys av Foucaults teori om *biomakt*, vil media fungere som en «normsetter» og de som følger denne normen er lydige, men fungerer også som en overvåker av andre.

5.3 Hvorfor trener de

Trening gir mange fordeler, og dette er nok ikke fremmed for informantene. Det virker som styrke er viktig for informantene da de i hovedsak driver med styrketrening på treningssenteret. I spørsmål om hva målet med treningen er, nevner Guro og Susanne at det først og fremst handler om å bli sterk. Guro har en fysisk krevende jobb og ønsker å opprettholde og forbedre sin fysikk for å takle denne. Monica har mål om å konkurrere i kampsporten, og økt styrke virker som et delmål for å oppnå dette da økt styrke er en konsekvens av større muskler.

«Da jeg var 30, så var jeg kanskje på det sterkeste i mitt liv, som gjorde at jeg kunne løse jobben min på en veldig grei måte, uten å få skader eller «vondter» av å utføre den. Jeg har en veldig fysisk krevende jobb, og planen er at jeg skal tilbake til den, og da er jeg avhengig av å bli fort sterk og holde meg sterk.» - Guro

«Målet jeg har i dag er selvfølgelig at jeg skal konkurrere i kampsporten. Også har det jo med utseende å gjøre da, at jeg vil fortsatt få litt større muskler, litt mindre fett, slike typer mål.»
- Monica

De viktigste fordelene ved treningen de driver med varierer noe mellom informantene. De har alle innsikt i flere fordeler, men samtlige nevner et mentalt aspekt i form av å takle hverdagen, føle seg bedre mentalt eller regulere følelser.

«Jeg har jo ikke lyst til å bli tjukk. Det er ikke ønskelig, men det er ting som kommer som en bonus. Det er ikke det som er hovedårsaken til at jeg trener. Jeg trener ikke for å bli tynn, jeg trener for å være sterk, å forebygge skader, og takler hverdagen mye bedre. Også kommer de andre tingene som en bonus, det med muskler og å ikke være tjukk osv. Først og fremst vil jeg si at det er med på å gjøre hverdagen min bedre, det å være sterk. For da takler man hverdagen så mye bedre, da blir ikke alt det hverdagslige så veldig til ork. I de periodene hvor jeg ikke trener, så blir det hverdagslige et ork fordi jeg ikke trener, det er sånn jeg opplever det».

- Guro

«Det er vel at man holder seg frisk, at helsa forbedres. Det er mange fordeler, man føler seg jo bedre mentalt, og man ser jo bra ut holdt jeg på å si, jeg synes alt blir bedre av å trene, hehe. Så lenge man gjør alt riktig, så er det ikke noe negativt med trening». - Monica

«For det første er det å bli og føle seg sterkere. Også er det å regulere følelser, det blir lettere for min del, også blir det lettere å godta at man trenger mat. Man får mer energi, jeg får hvert fall det når jeg trener på starten av dagen. Bare det å føle seg bra». - Susanne

Det er tydelig at informantene har et ønske om å være sterk. Dette kan være for identitet, funksjonalitet og estetiske årsaker. Som jeg var inne på tidligere, er muskuløse kvinnekropper fremtredende i media, og det er nærliggende å tro at dette vil ha innvirkning på den enkelte.

Abstinenser og Emosjoner kan lett gå i hverandre i dagligtalen. Å føle seg bra, bedre mentalt eller å takle hverdagen bedre kan tolkes på flere måter. Det kan for så vidt bety både det å få et ekstra kick av treningen, men det kan også bety fravær av ubehag. I de to kommende underkapitlene vil jeg rette fokuset mot disse to komponentene, for å se om en av disse muligens er mer fremtredende.

Hva treningen gir

Med treningen unngår informantene overvekt, oppnår en mer ønskelig fysikk og føler seg bedre mentalt. Hva treningen gir i form av en positiv endring hos respondentene virker sentralt for motivasjonen til å trene.

«Jeg føler meg alltid veldig bra etter en treningsøkt, selv om jeg ikke har hatt så veldig til motivasjon den dagen, så blir det alltid bedre etter en treningsøkt. Jeg blir veldig fornøyd med meg selv og får økt selvtillit». - Monica

«Jeg føler meg sliten, men man blir så lett. Det er vanskelig å forklare, men det er en god følelse». - Susanne

«Jeg får en lykkefølelse, jeg blir glad, jeg føler meg vel, det er bare positive følelser». - Guro

Informantene opplever en god følelse etter trening. Fornøyd, letthet og lykkefølelse virker alle som stikkord som kan innebære humørendring. Selv kan jeg også gjenkjenne den følelsen man får etter trening. Det er gjerne den følelsen av at man har vært produktiv og oppnådd noe, man har ikke sløst bort tid.

Fravær av trening

Dårlige opplevelser ved fravær av trening virker også som en viktig faktor for deres motivasjon til å utføre treningen. Fravær av trening over lengre tid virker tungt for informantene. Å avlyse en økt er imidlertid ikke noe problem for Guro, men Susanne håndterte dette ved å gjøre opp for den tapte treningen i form av mindre inntak av mat eller mer trening førstkommende økt. Monica beskriver større utfordringer hvis hun må avlyse en treningsøkt. Allikevel kompenserer ikke Monica opp for økten som gikk tapt ved å trene hardere eller mer siden.

«Å hoppe over en trening har jeg faktisk veldig problemer med, da kan jeg gå skikkelig i kjelleren. Hvis det er noe som kommer i veien, så tærer det på humøret, det gjør det. Hvis jeg ikke får trent på dager der jeg har planlagt det så kan jeg få veldig dårlig samvittighet og føle at jeg er lat. Det er få unnskyldninger som jeg kan godta for meg selv for å ikke dra på trening». - Monica

«Trening har blitt en måte å regulere følelser på, rett og slett. Så for min del er det veldig viktig. Jeg merker at hvis jeg går en uke uten trening, så blir det veldig kaos i hodet. Det høres egentlig litt sykt ut når jeg sier det nå. Har ikke sagt det høyt siden perioden jeg var innlagt. Det er sånn at hvis jeg er sint, drar jeg på trening, er jeg lei meg, drar jeg på trening, hvis jeg er glad så får jeg mye energi og da drar jeg hvert fall på trening». - Susanne

«Hvis jeg ikke får trent, så blir jeg helt råttent. Ettermiddagene mine, som er ganske heftige ettersom jeg er alene, kjenner jeg at jeg takler mye bedre når jeg får trent. Jeg takler egentlig alt mye bedre når jeg har fått trent. Jeg kan godt prioritere å trene før jeg drar på jobb, selv om jeg har det travelt på jobb, så prioriterer jeg trening først ettersom jeg er så mye effektiv og motivert etterpå. Man får en ekstra boost av treninga». - Guro

Schreiber og Hausenblas (2015) beskriver *abstinenskomponentet* for treningsavhengige med en økende angst sammen med sinne og frustrasjon som sniker seg på personen. Andre negative

følelser som depresjon kan også forekomme. Antydninger til abstinenser forekommer i hvordan Monica beskriver fravær av trening. Å gå skikkelig i kjelleren tolker jeg som en depressiv tilstand som påvirker humøret.

Susanne beskriver også noe jeg tolker nært abstinenser, kaos i hodet tolker jeg som mangel på kontroll av følelser. Det er også tydelig at *betydning* er fremtredende til Susanne, der alle hennes følelser besvares med trening.

Guro kjenner seg råtten uten trening, og forteller at uten treningen så fungerer hun ikke optimalt i en krevende hverdag. Som nevnt innledningsvis virker det som om Guro i tillegg har behov for å komme seg vekk fra hverdagen for å få litt tid for seg selv. Om en slik virkelighetsflukt også gjelder de to andre respondentene er ikke helt klart, men de opplever det som tungt å være fraværende trening over lengre tid.

«Jeg har vært forkjøla, så jeg hadde min første økt på ei uke i går, så da ble jeg veldig støl, så jeg dro på en uttøyingstime i dag. Det er ikke bare det at man får tøyd ut, men det å få være med seg selv i en hel time, uten avbrytelse fra noen, det syns jeg er viktig».

«Jeg kan klare meg to dager uten trening, hvis jeg er frisk, men hvis jeg ikke får trent den tredje dagen, da blir jeg sur. Da må jeg tenke over hvordan jeg selv er i forhold til familie og sånt. Det som gjør meg sur er at jeg føler at jeg ikke får pusta ut, eller brukt meg. Det er så lenge siden jeg har følt på den godfølelsen etter en økt. Så den godfølelsen etter en økt er viktig. Så det blir for lang tid mellom den typen velbehag som man får av å trene, og det gjør noe med humøret». - Guro

Guro er inne på dette med frustrasjon, og muligens angst, når hun ikke får trent. Som hun sier, så må hun tenke over hvordan hun er i forhold til de rundt seg fordi hun blir sur og føler hun ikke får pustet ut uten trening. Susanne har ikke like store problemer med å hoppe over en trening hvis hun anser årsaken som legitim. Men det kan tære på samvittigheten hvis hun ikke orker en treningsøkt som er planlagt.

«Jeg kan spise litt mindre hvis jeg må hoppe over en økt. Hehe, det er slik jeg håndterer det, og har gjort før. Dette er noe jeg jobber med. Også trener jeg kanskje litt hardere eller litt lengre neste gang». - Susanne

Susanne er preget av spiseforstyrrelser (anoreksi). Om hun skulle blitt kategorisert som treningsavhengig, vil dette blitt ansett som en sekundær lidelse. Hennes måte å takle en tapt treningsøkt på kan være å spise litt mindre, noe jeg mener bygger under at spiseforstyrrelsene er den primære lidelsen. Dette er ikke uvanlig. Som jeg har vært inne på tidligere, så estimerer Katz (1996) at 65-75% av de med anoreksi utøver overdreven trening.

5.4 Treningens pris

Ingen hadde fått alvorlige skader av treningen, men de hadde alle opplevd skader som påvirket treningen. Guro kunne kjenne smerter i skulderen til tider, men da trente hun rundt skaden. Monica hadde også pådratt seg en skulderskade etter en kampsportøkt. Hun dro på trening på tross av dette, men måtte til slutt ha et opphold i treningen. Susanne fikk beinhinnebetennelse etter sin første joggetur fra et helbredet brudd i foten. Smertene gjorde at hun ikke kunne jogge, men hun trente alternative øvelser med strikk og styrketrening. Når hun hadde fått treningsforbud av legen lurte hun til seg fysisk aktivitet ved å overdrive dagligdagse gjøremål.

«Det er noe som murrer litt i skuldra av og til. Får jeg vondt i den, så stopper jeg og venter ei uke før jeg prøver å belaste den igjen. Jeg er ikke interessert i å ødelegge meg selv. Får jeg en skade, så trener jeg noe annet som ikke belaster det området. Selv om jeg ikke får gjort de spesifikke øvelsene, så finner jeg på noe annet som ikke belaster eksempelvis skulderen».

- Guro

«Etter en skulderskade så måtte jeg stå over noen treninger, det var ikke så greit. Jeg ble skikkelig sur og frustrert av det. Da jeg var skadet fikk jeg angst fordi jeg var redd det skulle være noe alvorlig som gjorde at jeg ikke kunne trene. Jeg dro allikevel på trening selv om det gjorde det verre. Til slutt ble det så ille at jeg bare MÅTTE stå over trening og det hjalp faktisk. Har dårlig samvittighet for å gå glipp av treningen men ble bedre i skuldra etter noen dager helt uten trening så skjønnte jo at jeg ikke hadde noe valg». - Monica

«Jeg har fått beinhinnebetennelse før, etter at jeg hadde brukket foten. Jeg skulle prøve meg på en joggetur da jeg ble frisk, den ble en tur på 6km som førte til beinhinnebetennelse. Da fikk jeg beskjed om å ta det mer med ro». «Da jeg var syk, ikke fikk jogge av legen, spiste jeg enda mindre og sørget for å gå og stå mye. Jeg gikk rundt i huset, opp og ned trappene, tok knebøy når ingen så på osv. Det utviklet seg til tvangshandlinger, som å legge sammen klær og gå opp trappen med et og et plagg for å legge de inn i skapet. Da jeg brakk foten, trente jeg mye med strikk hjemme eller styrke på treningssenter om jeg kom meg dit». - Susanne

At Monica muligens ikke kunne trene på en periode førte til angst, forteller hun. Hennes refleksjon rundt dette tyder på at hun er innforstått med at mangel på trening kan føre til ubehag. *Betydningen* av trening kan trekkes fram her, der hun føler det er viktig å få trent.

Susanne har en adferd som kan minne om komponenten *tilbakefall*. Det at hun lurte til seg trening når hun har fått beskjed om å ikke trene kan tolkes som dette, men det er nærliggende å tro at det også er elementer av spiseforstyrrelse som er delaktig i en slik adferd. Spiseforstyrrelser er utenfor denne oppgavens rammer og vil derfor ikke blir diskutert i stor grad. Når dette er sagt kan man også tenke seg at adferden har stor *betydning*, men muligens også er et forsøk på å unngå *abstinenser*.

Informantene hadde en oversiktlig plan over treningstider og type trening. Andre ting ble ofte planlagt rundt dette. Monica droppet ferietur for å være med på oppstart av kurs i kampsporten.

«Hvert fall når det gjelder kampsporten så kan jeg droppe en del ting for å få trent. Jeg planlegger helst ting rundt kampsporten da, og det går som regel greit. Men f.eks. så takket jeg faktisk nei til en tur til Kroatia som mamma ville spandere på meg. Den krasjet med oppstart av kampsport-kurset og det kunne jeg ikke gå glipp av.» - Monica

Komponentet *betydning* kommer tydeligst fram hos Monica. Hun trener mest blant informantene, og legger mye til side for å kunne trene, altså er treningen veldig framtrødende og betyr mye i hennes liv. Dette kan ha med dedikasjon og engasjement til kampsporten å gjøre, noe som vil si at treningen er viktig for Monica. Det kan hende at abstinenser også blir tatt i betraktning i en sånn avgjørelse, gitt at man har lyst til å bli med på ferietur. Men en joggetur på ferie kan muligens «kurere» disse abstinenssymptomene, og da er ikke abstinenser så reelt.

Sosiale problemer eller reaksjoner som konsekvens av treningen hadde alle vært borti. Man kan se antydninger til indre og ytre konflikter som resultat av deres treningsadferd.

«For noen år tilbake så var jeg nok litt i overkant ivrig, da jeg var rundt 18/19, da reagerte folk rundt meg. Og når jeg ser tilbake på det, så kunne jeg nok reagert selv. Da var det sånn at jeg telte kalorier, og hvis jeg spiste sjokolade så måtte jeg gjøre opp for det. Det gikk ikke over så veldig lang tid, men det var en periode hvor jeg var «litt forstyrret». - Guro

«Jeg hadde en periode hvor jeg hadde lyst til å stille [bikinifitness], men det gikk over. Jeg tror man blir inni en boble hvor man bare ser, ja, dratt inn i bobla og får vansker med å se andres perspektiv på hva man egentlig holder på med. Så venner og familie reagert på hvor nøyte jeg ble på trening og kosthold, så det ble litt konflikter rundt dette». - Susanne

«Det har ikke vært noe spesielt til reaksjoner, men jeg får jo noen kommentarer i ny og ned. Enten at de skulle ønske de hadde samme treningsmotivasjon som meg eller hvis jeg har sagt nei til å bli med på noe fordi jeg må på trening, da kommer det en dum kommentar». - Monica

Susanne nevner selv tvangshandlinger og beskriver det å repetere adferd for å få forbrent kalorier. Spise- og treningsvanene til Susanne har ført til interpersonlige konflikter fordi venner og familie har reagert, men det nevnes mindre om de intrapersonlige konfliktene. I retrospekt ser Susanne hvor alvorlig tilstanden hennes var når hun ble innlagt og senere i intervjuet beskriver hun en boble man kommer inn i. Boblen hun beskriver, hvor man ikke ser seg selv og sin adferd, kan være en forklaring på hvorfor man ikke stopper i tide, ved en lidelse som

spiseforstyrrelse eller treningsavhengighet. Guro ser også tilbake på sin adferd som 18 åring og skjønner nå hvorfor de rundt henne reagerte når hun telte kalorier og gjorde opp for alt hun spiste med trening.

Schreiber (2015) påpeker av egne erfaringer hvordan ingen reagerte på hennes treningsvaner, men var oppmerksomme på hennes kostholdsvaner. Det virker som dette også er tilfellet hos informantene. Vi kan ha lett for å anse rigide treningsmønstre som et tegn på sunnhet, disiplin, dedikasjon og andre positive fortegn, men når det er snakk om kosthold vil dette assosieres med spiseforstyrrelser.

5.5 Kroppen, det indre og det ytre

Når informantene skulle beskrive idealkroppen, vurderte jeg deres ideal som tilnærmet lik hverandre. Det at det vises at de trener virker som et ønske hos alle tre, dette i form av at de ser sterke ut.

«Min idealkropp er å være sterk. Ikke tynn, ikke tjukk, men sterk og muskuløs og sunn.» - Guro

«Idealkroppen, er litt som jeg er nå. Liker at jeg har litt stor rumpe, tykke lår, smal midje, og litte granne muskler på overkroppen. Jeg er ikke der jeg vil være, jeg trenger litt mere muskler før jeg er fornøyd.» - Monica

«Sånn typisk smal midje, timeglass, at man ser sterk ut. Nå ble det mye sterk-prat, hehe. Det er viktig med et sunt fokus, det er ikke så viktig for meg å ha markert mage, men at man kan se man har sterke lår, at man er veltrent.» - Susanne

Det virker som muskler/styrke symboliserer noe hos informantene. Som nevnt i Cox og Orford (2004) var de kvinnelige intervjuobjektene mest opptatt av en kroppsfasong de selv likte og denne skilte seg ut fra det dominerende idealet som var en tynn kropp. I dag virker det som kroppsidealet er mer i nærheten av hva disse intervjuobjektene var ute etter. Dworkin og Wachs (2009) nevner artikler og historier som knuste mytene om kvinnekroppens begrensninger på 80-tallet. Det første olympiske kvinnemaratone, første kvinne til å vinne Iditarod¹⁸, første kvinne til å klatre opp Annapurna¹⁹ var med på å øke andelen kvinner som deltok i idretter som var

¹⁸ Iditarod er et hundesledeløp som kjøres gjennom Alaska hvert år. Løypen er omtrentlig 1600 km lang.

¹⁹ Annapurna er verdens tiende høyeste fjell. Høyeste punkt er 8091 moh.

mannsdominerte. Det kan tenkes at informantene er motivert til å vise for seg selv at de kan mestre fysiske øvelser som ikke var mulig tidligere.

Jeg spurte videre om de opplevde at de hadde idealkroppen under intervjuet, eventuelt om de har hatt den tidligere. Monica hadde delvis svart på dette, men ble spurt om hun noen gang ville bli fornøyd.

«Ja, det er det da ... Det spørsmålet har jeg stilt meg selv også, det er ikke sikkert jeg blir fornøyd.» - Monica

«Ja, det vil jeg si, jeg var der når jeg var 30. Jeg synes jeg er litt på vei en plass nå, men det tar litt tid. Og nå måtte jeg være litt mer realistisk ettersom jeg har hatt svangerskap nr.2. Etter det første svangerskapet så hadde jeg det veldig travelt, men den andre gangen har jeg trent mer realistisk slik at jeg faktisk kan oppnå det målet. Så jeg føler faktisk at jeg er på vei en plass, men jeg er ikke der enda». - Guro

«Det er jo noe man føler man aldri oppnår. Det er både positivt og negativt. Da er det alltid litt motivasjon i det, men samtidig så blir man aldri bra nok. Så det er litt dobbeltsidig. Det kan hende jeg oppnår det, men da må jeg jobbe med meg selv tror jeg». - Susanne

Guro kunne bli fornøyd og hadde allerede hatt den kroppsfasongen tidligere. Hos de to andre var det mer usikkerhet. Dworkin og Wachs (2009) viser til hvordan media påpeker at det alltid er noe å korrigere kroppsmessig – man kan bli slankere, er man slank nok så kan man få mer definerte muskler, er de definerte nok så kan de øke i volum osv. Idealet blir vanskeligere og vanskeligere å nå. I lys av Foucault vil aktøren alltid søke etter å forbedre og vedlikeholde seg selv. Som kan være tilfellet her.

Deres forhold til sosiale medier var ikke bemerkelsesverdig aktivt, slik jeg kan forstå. De brukte det til å ha kontakt med venner, men la sjeldent ut noe selv. For det meste fulgte de treningsprofiler for inspirasjon. Før var det profiler med fokus på kropp, men alle hadde negative erfaringer som gjorde at de sluttet å følge dem.

«Før var det litt mer «selfie-hotlips». Jeg ble så lei av dem fordi det er så veldig mange av dem, det er aldri noe nytt, det er bare ny tights også er det «get inspired», også er det det samme trynet hele tiden, og det er ikke spesielt spennende». - Guro

«Jeg hadde en periode på Instagram før, der ble jeg inspirert av andre treningsjenter/treningsprofiler. Jeg fikk ikke så mye godt ut av dette, så jeg kutta det ut». - Susanne

«Jeg fulgte en del fitnessmodeller før, men man blir litt blind på det til slutt, så jeg kutta det ut». - Monica

Det Guro refererer til, er profiler på sosiale medier som har mange følgere. Disse profilene får ofte sponset relevant utstyr (eksempelvis tights) som de promoterer til sine følgere. Det virker som Susanne og Monica sluttet å følge profilene fordi dette var en dårlig innflytelse. Den dårlige innflytelsen tolker jeg som det Dworkin og Wachs (2009) er inne på, at man aldri vil oppnå den «perfekte kroppen».

Hvordan andre oppfatter informantene synes jeg var et interessant spørsmål å stille. Her tolker Monica og Guro det i treningskontekst, mens Susanne tenker på seg selv generelt.

«Jeg tror at det er mange som tenker *hvordan i huleste klarer hun å få det til*. Det er nok på grunn av situasjonen min hjemme, ettersom mannen min er så mye borte, og det sier seg selv at jeg ikke får den søvnen som jeg i utgangspunktet bør ha. Akkurat i natt fikk jeg den første gode søvnen min på ei og en halv uke. Så jeg tror det er mange som tenker det, ettersom de har sagt det til meg». - Guro

«Hvis du tenker i forhold til trening, så sier mange at de er misunnelige for den treningsmotivasjonen som jeg har. At jeg faktisk kommer meg på trening hver dag, det er vel stort sett det jeg får høre». - Monica

«Slike spørsmål er jeg ikke særlig god på egentlig. Jeg håper jeg blir oppfattet som en glad jente, aktiv, og kanskje litt sjenert, tror jeg hvert fall». - Susanne

Videre ble informantene stilt spørsmålet om trening definerer dem, og i så fall hvordan.

«Ja, det føler jeg egentlig. Hvert fall ovenfor de som har kjent meg lenge. Jeg har alltid vært den som har trent mest i vennegjengen. Jeg ønsker å være den som trener mest i vennegjengen, hehe, konkurranseinstinktet vekkes med en gang noen i vennegjengen begynner å trene mye». - Susanne

«Det kommer an på hvilken setting jeg er, om du skjønner. På jobb er det vanlig for folk å trene, ettersom det er mange treningsglade mennesker, så da er jeg ikke noe annerledes. I vennekretsen min er jeg annerledes ettersom jeg har fått to barn og det er mange i vennekretsen som er store og bærer preg av at de har fått barn. For dem har det bare blitt sånn, men jeg har ikke hatt noe ønske om å bli en «momzilla». - Guro

Guro nevner at hun skiller seg ut i vennekretsen fordi det ikke er tydelig at hun har født to barn. Som den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908 – 1961) var inne på, er kroppen «levd liv» (*corps propre*) som brukes i kommunikasjonen med andre (Duesund, 1995). Kroppen blir et uttrykk for levde erfaring, og sier noe om personens fortid og hvilke valg de har tatt. Treningen vil gi uttrykk her og være med på å definere informantene. Enten ved at kroppen viser tegn til styrketrening, eller ved at informantene vier sin tid til trening.

5.6 Oppsummering

De to komponentene som kommer tydeligst fram i intervjuene er *abstinenser* ved fravær av trening og *humørendring*. Monica forteller mer om aktiviteter som blir satt til side i favør for treningen. Treningen har stor *betydning* og er viktig i hennes liv. Susanne har trolig opplevd flest *konflikter* både med seg selv og de rundt med tanke på hennes innleggelser og diagnostiserte anoreksi. *Toleransekomponentet* er antagelig også implisitt tilstede hos informantene. For å oppnå «godfølelsen», så må informantene øke treningens intensitet eller varighet på grunn av kroppens tilpasning til belastning. Kroppen vil forsøke å tilpasse seg den belastningen den blir utsatt for ved å øke forskjellige verdier fra utgangspunktet. Dette kan skje i form av eksempelvis økt muskelvekst, høyere mengder ATP, kreatin og glykogen i musklene, økt energiomsetning, økning i blodvolum og hjertets slagvolum med mer (McArdle, Katch, & Katch, 2011). Hvilke tilpasninger kroppen gjør avhenger av hvilken belastning den blir utsatt for, som styrketrening, aerob og anaerob utholdenhet. Når kroppen har tilpasset seg, kreves det en større belastning for at den igjen skal tilpasse seg. Jeg vil anta informantene er innforstått med kroppens tilpasning etter trening (og restitusjon) der det kreves mer belastning etter hvert som kroppen tilpasser seg.

Det er uklart om *tilbakefall* er et tema for respondentene. Susanne er inne på det når hun forteller om treningen hun utførte selv om legen frarådet til det. De to andre har muligens ikke følt det har vært nødvendig å kutte ned på treningen. Og et tilbakefall er betinget av en reduksjon på forhånd.

6.0 Diskusjon

6.1 Forekomst av treningsavhengighet

Forekomsten av treningsavhengighet for hele utvalget kan estimeres til 2.9%. Man kan i hvert fall si at disse er i risiko for treningsavhengighet. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppe 1 og gruppe 2 ved bruk av logistisk regresjon, derfor benytter jeg meg av prosenten til hele utvalget. Det skal nevnes at i den lineære regresjonen kan vi se en forskjell mellom gruppene, der gruppe 2 hadde en gjennomsnittlig høyere score på EAI. I forhold til tidligere forskning er en forekomst på 2.9% lavere enn forventet. Som man kan se i tabell 3 estimerte Szabo og Griffiths (2007) en forekomst for medlemmer av treningssenter på 3.6%, mens Lichtenstein, Larsen, et al. (2014) kom fram til en forekomst på 9.7%. En mulig årsak til at forskjellen er så stor i forhold til Lichtenstein et al. (2014) kan være aldersbasert. Hos dem har utvalget en gjennomsnittsalder på 24.9 (standardavvik 5.5) og i denne studien er alderen 36.5 år med et standardavvik på 13 år. Szabo og Griffiths (2007) presenterer ikke gjennomsnittsalder i sin studie, men alderen på utvalget er fra 17 – 74 år som ligner aldersspriket i dette studiet (16 – 75 år). Dersom man fjerner alle over 40 år i utvalget (n= 393, 83%kvinner) vil andelen i risikogruppen være på 4.1% (16 stk.) som fortsatt er under halvparten av funnet til Lichtenstein et al. (2014).

Som vist i tidligere studier, så er det tydelig at alder spiller en rolle (Costa, Hausenblas, Oliva, Cuzzocrea, & Larcen, 2013). Betydning av alder bekreftes også i begge regresjonsmodellene (ref. tab. 5). Utvalget til Lichtenstein (2014) besto i tillegg bare av menn, og flere studier hevder at det er forskjell mellom kjønn og forekomst av treningsavhengighet. Dette kom ikke fram i min analyse. Heller ikke når alle i utvalget over 40 år ble fjernet, kom det fram en kjønnsforskjell. Det kan hende at mangelen på kjønnsforskjell i analysen skyldes skjevfordeling blant antall kvinner (85%) og menn som deltok. Jeg anser imidlertid antall menn i utvalget (n=97) som tilfredsstillende. Schreiber og Hausenblas (2015) belyser en mulig årsak til forskjellen mellom menn og kvinner når det kommer til treningsavhengighet. De nevner menn og kvinners stereotypiske kroppsideal som en mulig faktor. Langt flere menn vil kunne bli treningsavhengige siden trening lover et utfall som ligner mer på deres stereotypiske fysikk. Schreiber og Hausenblas (2015) legger til at kvinners stereotypiske fysikk er enklere å tilegne seg ved diett. Av den grunn vil flere kvinner lide av spiseforstyrrelser. Dette er en interessant observasjon sett i lys av intervjuobjektene kroppsideal. Intervjuobjektene i undersøkelsen

hadde fokus på større muskler og det å være sterk, noe som kan tilegnes ved trening. Skal vi ta det Schreiber og Hausenblas (2015) sier i betraktning, er det nærliggende å tenke at hvis kvinner i Norge har et kroppsideal som samsvarer mer med menn enn hva det gjør i andre land, så kan dette være en årsak til at det ikke er noen kjønnsforskjell i utvalget.

Fremgangsmåten ved innsamling av data kan også diskuteres. Innsamlingen i tidligere studier er noe ulik min metode. Både Lichtenstein (2014), og Szabo og Griffiths (2007) samlet inn data ved å distribuere spørreskjema direkte ved treningssenteret. Dette kan være med på å få med deltakere som kanskje ikke vil besvare et spørreskjema via internett. De som deltar på undersøkelsen har også allerede møtt opp på treningssenteret, noe som tilsier at de faktisk er på en plass for å utføre fysisk aktivitet. Det kan også være at de føler en større seriøsitet rundt prosjektet når det er personer tilstede som kan svare på spørsmål og gi informasjon rundt prosjektet. Man kan jo også stille seg spørsmålet om noen av de som er treningsavhengig tar seg tid til å være på en datamaskin. Szabo og Griffith (2007) tar også høyde for affektiv endring etter trening og lot respondentene besvare deres spørreskjema før treningen for å unngå en mulig skjevhet av dette. Det er tenkelig at abstinensene er så tilstede for enkelte treningsavhengige at de ikke kan ta seg tid til å svare på en spørreundersøkelse når de ankommer treningssenteret. Derfor kan det være positivt at besvarelsen kan utfylles når respondenten ikke er på treningssenteret med trening for øyet.

6.2 Svar-effekter

Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppe 1 og gruppe 2 i forekomst av treningsavhengighet. Allikevel ser vi at påstandene til de tre komponentene som var forskjellig ladet var signifikant forskjellige mellom gruppene (ref. tab. 7). Dette kan tyde på at det er en effekt som man bør ta høyde for. *Humørendring* var et av komponentene som ble framstilt likt på spørreskjemaet. Denne var også signifikant forskjellig mellom gruppene. Dette kan tyde på at forskjellen ligger i noe annet enn formuleringen. Ettersom de to gruppene hadde noen forskjeller seg imellom, som alder, kjønn, antall timer trent i uka og inntekt, er det vanskeligere å konkludere med at det er en svar-effekt (ref. tab. 6).

Det kan spekuleres i om forskjellen ligger i alder. En lineær regresjon med *alder* og EAI-komponentene viser at *emosjoner* er signifikant lavere hos eldre respondenter. *Betydning* er signifikant høyere hos de eldre. Hvis vi ser på tabell 7, ser vi at *betydning* er lavere hos gruppe

1 og *humørendring* er høyere. Ettersom gruppe 2 har gjennomsnittlig eldre respondenter, kan dette være grunnen til at det er signifikant forskjell på *emosjoner* og *betydning* blant gruppene.

6.3 Særegenheter for de i risiko

Alder er nevnt i flere studier for å korrelere med treningsavhengighet (Costa et al., 2013; Overgaard et al., 2014). I begge regresjonsanalysene ser vi at alder har en signifikant negativ effekt (ref. tab. 5). Sannsynligheten for å være treningsavhengig reduseres altså med alderen. Utvalgene i litteraturen tar ofte utgangspunkt i aldersgrupper som ikke er yngre enn 16 år og det er ofte de fra 18 til 24 som er de som er mest utsatt (Costa et al., 2013). Ved høyere alder vil sykdommer og plager som reduserer muligheten til overdreven trening være mer fremtredende. Det er derfor sannsynlig at flere eldre enn yngre ikke har mulighet eller fysikk til å være like treningsavhengig.

Hypotesen om korrelasjon mellom enighet i påstandene og høy score på EAI stemte angående anerkjennelse fra andre. At andre anså dem i god form og at treningen definerte dem. Min hypotese var at de i risikogruppen trente mer enn de andre. Dette ble bekreftet i regresjonsanalysen.

I likhet med tidligere forskning og min hypotese svarer de i risikozonen at trening definerer dem i større grad (Schreiber & Hausenblas, 2015). En treningsavhengig, eller bare en i risikozonen for treningsavhengighet, har treningen sentralt i livet sitt. At treningen er en del av identiteten eller definerer aktøren er derfor ikke usannsynlig. Det er ingen grunn til å holde treningen skjult da dette er sosialt akseptert. En som trener regelmessig får tiltenkt positive egenskaper som kanskje ikke er reelle (Schreiber & Hausenblas, 2015). Man skal ikke se bort fra at noen treningsavhengige skjuler deler av treningen for å unngå konfrontasjon eller konflikter. Det at de i risikozonen trener mer er ganske åpenbart, da treningen i bunn og grunn er fundamentet til avhengigheten. Men, som nevnt tidligere, er ikke en som trener mye nødvendigvis treningsavhengig. Funnene i analysen er med å underbygge dette og bekrefter hypotesen om at de i risikozonen for treningsavhengighet trener mer.

At de i risiko i større grad føler at andre anser dem som i god form henger trolig sammen med deres identitet. Selv om «jeg anser meg selv som i god form» ikke hadde en signifikant forskjell mellom gruppene (0.073), er tendensen negativ ved at de som så på seg selv som i god form var mer tilbøyelige til å befinne seg i den asymptotiske gruppen. En mulig forklaring på dette kan være at treningsavhengige har mer perfektjonistiske trekk. Med dette tenker jeg at de har

innsikt i at andre mener de er i god form, men ikke er fornøyde selv. En annen tanke innenfor samme spor er at de muligens er klar over at kroppen er i dårlig form fordi den mangler restitusjon.

Respondentene i risikogruppen hadde en signifikant høyere intensitet. En mulig grunn til dette kan være ønsket om å oppnå «kicket». Flere undersøkelser tyder på at høyere intensitet under treningen, påvirker hjernens belønningssystemer som kan fører til en sterkere rus (Boecker et al., 2008; McMurray et al., 1987; Raichlen et al., 2012). Emosjoner, altså humørendring ved positiv forsterkning, hadde høyest score blant komponentene i EAI (3.1). Dette var signifikant forskjellig mellom gruppe 1 og gruppe 2. Gruppe 1 ladet høyest på emosjoner, mens gruppe 2 hadde høyest score på tilbakefall. Dette fører meg inn på komponentene i EAI. Gruppe 1 hadde en signifikant høyere score på emosjoner enn gruppe 2. Dette tyder på at ønsket om å oppnå et kick var mer ettertraktet i gruppe 1, men det var ikke signifikant forskjell mellom gruppene og intensitet.

BMI-måling utelukket ikke spiseforstyrrelser. Et av intervjuobjektene led av spiseforstyrrelser. Mitt inntrykk er at BMI ikke utelukker alle, men noen med spiseforstyrrelser. Hvor lenge spiseforstyrrelsen har pågått og hvilken type spiseforstyrrelse det gjelder vil være avgjørende for om det slår ut på BMI. Det ble ikke funnet signifikant forskjell på BMI-en til de i risikosonen. Det var en relativt høy BMI for hele utvalget og innad i gruppene. Begge gruppene overstiger normalvekt ifølge WHO. Det kan hende dette er fordi utvalget har en større muskelmasse enn den generelle populasjonen som påvirker vekten. Men det er også nærliggende å tenke at utvalget består av medlemmer med høyere kroppsfett som er medlemmer i den hensikt at de skal gå ned i vekt. Om tilfellet er en av disse, eller noe annet er vanskelig å si med et BMI-mål. Jeg kan derfor ikke påstå om utvalget har høy fettprosent eller muskelmasse, eller om den består av individer uten spiseforstyrrelser.

Antall timer trening i uken

Hos informantene var ikke antall timer trening i uken bemerkelsesverdig høyt. Man kan regne flest timer hos Monica som tilsvare 9 timer. Hverken intervjuet eller spørreskjemaet tok høyde for hvordan aktiv man var utenom trening. Det kan jo hende at enkelte har veldig fysisk krevende jobb, men anser ikke dette som trening. Risikoen for overtrening med tanke på manglende restitusjon virket hvert fall ikke som et problem for informantene. Det er ikke å utelukke at de legger opp treningen slik at kroppen får den restitusjonen som trengs.

Innsamlingen av data om antall trente timer i uken blitt gjort noe annerledes. Et enkelt spørsmål der de selv skrev inn antall timer de trente i uken kunne eksempelvis vært et alternativ. Respondenten kunne eventuelt selv skrevet tid per økt og antall ganger i uken. Ved å begrense til svaralternativer kan noen forskjeller få større betydning. Det er for eksempel vanskelig å vite om personer som trener 60 minutter per økt svarte 30- 60 minutter eller 60-90 minutter.

Hvorfor treningsavhengige?

Forskningsspørsmål 3 besvares delvis i analysen av intervjuene. I teorikapittelet presenterte jeg ulike årsaksforklaringer til treningsavhengighet. Årsaksforklaringer er ikke noe som er testbart i denne oppgaven, men vi kan se antydninger til *humørendring* og *abstinenser* i den kvalitative analysen som jeg forstår som biologiske/psykologiske effekter. Jeg vil i denne delen forsøke å forstå treningsavhengighet i lys av sosiologisk teori.

Slik jeg forstår Alexander (2008), så er den overordnede tanken at det er et tomrom hos aktøren som fører til avhengighet. Dette tomrommet er en følelse av manglende identitet eller mening i livet. Treningen er en sentral del av identiteten til de treningsavhengige da dette tar mye plass og tid i livet. Fremgang og nye mål i treningen kan gi aktøren mestring og større mening. Treningen kan også gi en rus og en virkelighetsflukt i likhet med substanser som eksempelvis heroin. I følge Alexander (2008) så er det mange som rammes av forskjellige avhengigheter, noen mer synlig enn andre. En avhengighet til penger eller makt er muligens ikke like synlig og kan fort bli sett på som målbestemmelse og karrierefokus. Det samme gjelder treningsavhengighet, da trening i bunn og grunn er nyttig for folkehelsen.

En økende trend i mosjon blant befolkningen kan forstås i lys av begrepet om *biomakt*. Dette gagnar staten ved at folkehelsen blir bedret. Måten denne biomakten utføres er gjennom medier og ekspertsystemer som implisitt og eksplisitt antyder hva idealet er. Det kan tenkes at når aktører er ute blant andre mennesker, føler de seg uglesett dersom de ikke lever opp til normene som er gitt gjennom media. Andre aktører vil da fungere som et panoptikon hvor man ikke kan være sikker på om de legger merke til sjokoladen man spiser, eller at man ikke går på treningscenteret. Andre medlemmer av samfunnet vil ha et tilnærmet likt ideal som ak

Det blir derfor en økende trang til å innfri de kravene aktøren føler staten krever. Med denne prosessen, der aktøren analyserer seg selv for å forbedres, skapes de lydige kroppene. Dette er aktører som har et selvdrevent vedlikehold. I denne oppgavens kontekst kan det forstås som

mennesker som følger medier, selvhjelpsbøker og ekspertsystemers råd om hvordan man skal, og ikke skal, være uten at staten behøver å gripe inn.

Som nevnt innledningsvis kan trening bli sett på som en slags vidunderkur, eller svaret på alt, som «Susanne» er inne på. Dersom aktøren har inntrykk av at trening er svaret på alt, vil man prøve å løse alle slags problemer med trening. Er man overvektig, kan man trene, har man spist usunt, kan man trene, sliter man med depresjon, kan man trene osv. Forekomsten av de i risikozonen for treningsavhengighet taler for at dette ikke gjelder mange. Men man kan tenke seg at enkelte blant de i risiko er påvirket i stor grad av hva de føler forventes av dem som en samfunnsborger.

Betydning, konflikt og humørendring er de tre komponentene fra EAI jeg vil diskutere i lys av Foucaults maktteknologier. *Betydning* skyldes at adferden tar stor plass i livet til aktøren. Med tanke på *docile bodies* kan dette ses på som aktørens konstante søken etter å innfri de krav samfunnet stiller. Her tenker jeg på kroppsbilde og helsefokus som blir bekreftet og normalisert gjennom medier og ekspertsystemer. Etersom aktøren stadig analyserer seg selv for å forbedre sitt utgangspunkt, vil tanker og utførelse av trening være fremtredende. Hvis aktøren legger merke til noe på seg selv som må justeres, la oss si at midjen er for bred, vil dette dominere tankene fram til «feilen» er justert. Aktøren vil sette av mye tid til å trene for å oppnå det idealet som forventes fra samfunnet.

Konflikt bygger på mye av det samme som *betydning*, men her er aktørens og andres reaksjon på adferden mer i fokus. Dersom aktøren ikke føler kroppen utfyller de krav (helsemessig og estetisk) samfunnet stiller vil det oppstå en indre konflikt. En konflikt som går ut på at aktøren selv vet at adferden er overdreven, men klarer ikke å slutte fordi man så gjerne ønsker å oppnå de krav som er stilt, å være en god samfunnsborger. Konflikt med andre oppstår når de rundt merker at aktøren overdriver sin adferd. Kjernen i *docile bodies* er at aktøren skal være autonom og vedlikeholde seg selv. Dette er ikke tilfellet hvis treningen blir overdreven, da øker risikoen for ekstern hjelp og innvendinger fra andre parter som kan ses på som en unødvendig belastning for samfunnet.

Humørendring kan referere til aktørens glede over å faktisk ha tatt et steg nærmere idealet. I intervjuene sa samtlige at de fikk en god følelse etter trening. Skal man se bort fra en biologisk forklaring på dette, som da ville vært aktivisering av belønningssystemer i respons til høye anstrengelser, kan aktøren få et «kick» av godt utført vedlikehold

7.0 Konklusjon og videre forskning

I denne oppgaven har jeg stått ovenfor tre forsknings spørsmål;

1 – Hvor stor er forekomsten av treningsavhengighet blant medlemmer på norske treningssentre?

2 – Påvirkes forekomsten av hvilken retning verdiene på variablene er stilt?

3 – Hvordan forstår og håndterer folk i risikozonen for treningsavhengighet sitt eget forhold til trening?

For å besvare forsknings spørsmål 1, kan jeg ut fra den kvantitative analysen estimere at forekomsten ligger på ca. 2.9% blant medlemmer av treningssentre. Dette tallet må tas med forbehold om at instrumentet som er benyttet (EAI) kun gir et inntrykk av hvem som er i risiko for treningsavhengighet. Det skal også nevnes at 92% av utvalget besvarte et alternativt EAI-skjema. Det gjeldende EAI-skjemaet hadde påstander som både var ladet positivt og negativt. Utvalget er et bekvemmelighetsutvalg og består av et markant større antall kvinner (85%).

Det er antydninger til at det utgjør en forskjell dersom man lader påstandene annerledes. Det ble ingen signifikant forskjell på forekomst av treningsavhengighet mellom gruppene i sin helhet, men dersom man bare så på de seks komponentene, var det forskjeller. *Betydning, abstinens og tilbakefall* var signifikant forskjellig mellom gruppene. I tillegg var det signifikant forskjell på *humørendring*, som ikke var presentert forskjellig mellom gruppene.

De tre kvinnene som ble intervjuet var i risikogruppen for treningsavhengighet ifølge EAI. Disse la vekt på fordelene ved trening, men også hvor tungt det var ved fravær av trening. Forsknings spørsmål 3 vektlegger at det gjelder de som kommer i risikozonen for treningsavhengighet. Dette vil si at de får en EAI-score på 23. Ut fra intervjuene kommer det fram flere aspekter som peker mot at informantene muligens bare har en sunn vane. Det må være en negativ konsekvens ved adferden for at det skal kalles en avhengighet, og dette er ikke veldig fremtredende hos informantene. De uttrykker at det er tøft hvis det blir for langt opphold mellom treningsøktene, men dette er først etter tre dager. Skader de seg, trener de rundt det. To andre hadde lagt ved kontaktinformasjon for å delta til intervju, men disse responderte ikke. Det er mulig deres historie hadde vært en annen.

For videre forskning vil jeg anbefale å se nærmere på hvordan instrumenter som EAI formuleres. EDS, som består av 21 påstander, kan også være interessant å utforske i samme

retning. En tydelig svakhet i denne undersøkelsen er gruppenes forskjeller. Det blir derfor vanskelig å påvise om forskjellene ligger i gruppene eller påstandsformuleringene.

Det vil også gagne feltet om en enighet i terminologi ble etablert. Attila Szabo skriver i sin bokanmeldelse av *The truth about exercise addiction* (2015) at han er glad Heather Hausenblas (som har vært medvirkende i utviklingen av EDS) bruker begrepet *addiction* i denne boken. *Addiction* er muligens det mest omfattende begrepet av denne lidelsen, ettersom det tar for seg både *compulsion* og *dependence*.

Et interessant funn i denne studien var at det ikke var signifikante kjønnsforskjeller i EAI-score. Om dette er på grunn av utvalgets skjeve kjønnsfordeling eller andre egenskaper er usikkert. Det kan derfor være interessant å se om dette er tilfellet hos medlemmer på treningssenter og andre grupper.

Rekrutteringen av respondenter er også noe som bør vurderes ytterligere. For det er muligheter for store mørketall i forskningen. Besvarelsene kan også bære preg av at spørreskjemaet ble utfylt før eller etter trening. Å be individer besvare et spørreskjema før de skal trene kan føre til færre respondenter dersom de er preget av abstinenser. Hvis de skal besvare spørreskjemaet etter trening kan dette gi utslag i hvordan respondenten svarer.

8.0 Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2012). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Adams, J. (2009). Understanding exercise dependence. *J. Contemp. Psychother*, 39, 231-240.
- Alexander, B. K. (2012). Addiction: The urgent need for a paradigm shift. *Substance use & misuse*, 47(13-14), 1475-1482.
- Alexander, B. K., Coombs, Robert B, & Hadaway, Patricia F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175-179.
- Alexander, B. K. (2008). *The globalisation of addiction : a study in poverty of the spirit*: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Association.
- Baekeland, F. (1970). Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 365-369.
- Berczik, K., Szabo, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urban, R., & Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 403-417. doi: 10.3109/10826084.2011.639120
- Boecker, H., Sprenger, T., Spilker, M. E., Henriksen, G., Koppenhoefer, M., Wagner, K. J., . . . Tolle, T. R. (2008). The runner's high: opioidergic mechanisms in the human brain. *Cereb Cortex*, 18(11), 2523-2531. doi: 10.1093/cercor/bhn013
- Borgan, J-K., & Hjemås, G. (2010). Bedret folkehelse siste 30 år. *Samfunnsspeilet*, 5(6). <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/bedret-folkehelse-siste-30-aar>
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (2010). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 266-273.
- Brown, R.I.F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. *Gambling behavior and problem gambling*, 241-272.
- Calogero, R. M., & Pedrotty, K. N. (2004). The practice and process of healthy exercise: an investigation of the treatment of exercise abuse in women with eating disorders. *Eat Disord*, 12(4), 273-291. doi: 10.1080/10640260490521352

- Carmack, M. A., & Martens, R. (1979). Measuring commitment to running: A survey of runners' attitudes and mental states. *Journal of sport psychology, 1*(1), 25-42.
- Chapman, C.L., & De Castro, J. M. (1990). Running addiction: measurement. *J Sports Med Phys Fitness, 30*, 283-290.
- Chen, H. I., Kuo, Y. M., Liao, C-H., Jen, C. J., Huang, A M., Cherng, C. G., . . . Yu, Lung. (2008). Long-term compulsive exercise reduces the rewarding efficacy of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine. *Behavioural brain research, 187*(1), 185-189.
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 33*(1), 101-110.
- Clays, E., De Bacquer, D., Janssens, H., De Clercq, B., Casini, A., Braeckman, L., . . . Holtermann, A. (2013). The association between leisure time physical activity and coronary heart disease among men with different physical work demands: a prospective cohort study. *Eur J Epidemiol, 28*(3), 241-247. doi: 10.1007/s10654-013-9764-4
- Costa, S., Hausenblas, H. A., Oliva, P., Cuzzocrea, F., & Larcan, R. (2013). The role of age, gender, mood states and exercise frequency on exercise dependence. *J Behav Addict, 2*(4), 216-223. doi: 10.1556/jba.2.2013.014
- Costa, S., Hausenblas, H. A., Oliva, P., Cuzzocrea, F., & Larcan, R. (2015). Perceived Parental Psychological Control and Exercise Dependence Symptoms in Competitive Athletes. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*(1), 59-72. doi: 10.1007/s11469-014-9512-3
- Cox, R., & Orford, J. (2004). A qualitative study of the meaning of exercise for people who could be labelled as 'addicted' to exercise—can 'addiction' be applied to high frequency exercising? *Addiction Research & Theory, 12*(2), 167-188.
- Datatilynet (2017). Hva er en personopplysning? Lastet ned fra <https://www.datatilynet.no/personvern/Personopplysninger/>
- Davis, C., Brewer, H., & Ratusny, D. (1993). Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. *Journal of behavioral medicine, 16*(6), 611-628.
- Davis, C., & Kaptein, S. (2006). Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research, 142*(2), 209-217.

- de Coverley Veale, D. M. (1987). Exercise dependence. *Br J Addict*, 82(7), 735-740.
- de Meirleir, K., Naaktgeboren, N., Van Steirteghem, A., Gorus, F., Olbrecht, J., & Block, P. (1986). Beta-endorphin and ACTH levels in peripheral blood during and after aerobic and anaerobic exercise. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 55(1), 5-8. doi: 10.1007/bf00422884
- Downs, D. S., Hausenblas, H. A., & Nigg, C. R. (2004). Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in physical education and exercise science*, 8(4), 183-201.
- Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*: Universitetsforlaget.
- Dworkin, S. L., & Wachs, F. L.(2009). *Body panic: Gender, health, and the selling of fitness*: NYU Press.
- Fardal, H., & Gøransson, L. G. (2016). Exercise-induced rhabdomyolysis - a new trend? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 136(18), 1537-1541. doi: 10.4045/tidsskr.16.0042
- Farrell, R. J.(1999). *Exercise use vs. exercise abuse: Comparing the motivation and body image of " healthy" and " unhealthy" exercisers*. (Master), University of Ottawa (Canada). Lastet ned fra <http://hdl.handle.net/10393/8493>
- Foucault, M.(1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*: Vintage.
- Foucault, M.(2012). *The birth of the clinic*: Routledge.
- Freeman, K. J. (1907). *Schools of Hellas*.
- Garman, J.F, Hayduk, D.M, Crider, D.A, & Hodel, M.M. (2004). Occurrence of exercise dependence in a college-aged population. *Journal of American College Health*, 52(5), 221.
- Giulianotti, R. (2015). *Sport: A critical sociology*: John Wiley & Sons.
- Glasser, W. (1976). *Positive addiction*. Oxford, England: Harper & Row.
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British journal of addiction*, 85(11), 1403-1408.
- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody? *Employee Councelling Today*, 8(3), 19-25.
- Griffiths, M.(1997). Exercise addiction: A case study. *Addiction Research*, 5(2), 161-168.
- Griffiths, M. (2002). *Gambling and gaming addictions in adolescence (parent, adolescent and child training skills)*: Blackwell Publishers, Inc.

- Hadaway, P. F., Alexander, B. K., Coombs, R. B., & Beyerstein, B. (1979). The effect of housing and gender on preference for morphine-sucrose solutions in rats. *Psychopharmacology*, *66*(1), 87-91.
- Hagan, A. L., & Hausenblas, H. A. (2003). The relationship between exercise dependence symptoms and perfectionism. *American Journal of Health Studies*, *18*(2/3), 133.
- Hailey, B. J., & Bailey, L. A. (1982). Negative addiction in runners: A quantitative approach. *Journal of Sport Behavior*.
- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S.(2002a). Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, *3*(2), 89-123.
- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002b). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology and Health*, *17*(4), 387-404.
- Helsedirektoratet. (2014, 23.05.14). Psykisk helse og fysisk aktivitet. Lastet ned fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet>
- Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vleik, M., Passer, M., & Smith, R. (2012). *Psychology: the science of mind and behaviour* (2 utg.). London: McGraw Hill.
- Ipsos. (2017). Ipsos' tracker om sosiale medier Q1'17. Lastet ned fra <http://www.ipsos-mmi.no/some-tracker>
- Katz, J. L. (1996). Clinical Observations on the Physical Activity of Anorexia Nervosa. I W Frank Epling & W David Pierce (Red.), *Activity anorexia: Theory, research, and treatment*. New Jersey: Lawrence erlbaum associates.
- Kaufman, L.(2014). How to Hide Email Addresses when Sending to Multiple Recipients in Outlook 2013. Lastet ned fra <https://www.howtogeek.com/185233/how-to-hide-email-addresses-when-sending-to-multiple-recipients-in-outlook-2013/>
- Kim, J. H., Malhotra, Rajeev, Chiampas, George, d'Hemecourt, Pierre, Troyanos, Chris, Cianca, John, . . . Thompson, Paul D. (2012). Cardiac arrest during long-distance running races. *New England Journal of Medicine*, *366*(2), 130-140.
- Kohler, U., & Kreuter, F.. (2012). *Data analysis using stata* (3 utg.). Texas: Stata press.
- Lee, D-c., Pate, R. R., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (2012). Running and all-cause mortality risk-Is more better. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *44*, 924-924.
- Lejoyeux, M., Guillot, C., Chalvin, F., Petit, A., & Lequen, V. (2012). Exercise dependence among customers from a Parisian sport shop. *Journal of Behavioral Addictions*, *1*(1), 28-34.

- Lichtenstein, M. B. (2014). I need to get my fix: exercise addiction in two cases. *Psykologisk Tidsskrift*.
- Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N., & Stoving, R. K. (2014). Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Res*, 215(2), 410-416. doi: 10.1016/j.psychres.2013.11.010
- Lichtenstein, M. B., Larsen, K.S., Christiansen, E., Støving, R. K., & Bredahl, T. V. G. (2014). Exercise addiction in team sport and individual sport: prevalences and validation of the exercise addiction inventory. *Addiction Research & Theory*, 22(5), 431-437.
- McArdle, W. D., Katch, F. I., & Katch, V. L. (2011). *Essentials of exercise physiology* (4 utg.): Lippincott Williams & Wilkins.
- McMurray, R. G., Forsythe, W. A., Mar, M. H., & Hardy, C. J. (1987). Exercise intensity-related responses of beta-endorphin and catecholamines. *Med Sci Sports Exerc*, 19(6), 570-574.
- McNamara, J., & McCabe, M. P. (2012). Striving for success or addiction? Exercise dependence among elite Australian athletes. *J Sports Sci*, 30(8), 755-766. doi: 10.1080/02640414.2012.667879
- Midtbø, T. (2012). *Stata, en entusiastisk innføring*: Universitetsforlaget.
- Miller, P. G., Strang, J., & Miller, P. M. (2010). *Addiction research methods*: John Wiley & Sons.
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabo, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., . . . Demetrovics, Z. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 739-746. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.06.003>
- Mordal, T. L. (1989). *Som man spør, får man svar: arbeid med survey-opplegg*: Tano.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Turner, M. B. (2016). Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics--2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 447-454. doi: 10.1161/cir.0000000000000366
- Myrstad, M., Nystad, W., Graff-Iversen, S., Thelle, D. S., Stigum, H., Aaronaes, M., & Ranhoff, A. H. (2014). Effect of years of endurance exercise on risk of atrial fibrillation and atrial flutter. *Am J Cardiol*, 114(8), 1229-1233. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.07.047

- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Nordeng, H. (2014). Endorfiner. *Store medisinske leksikon*. Lastet ned fra <https://sml.snl.no/endorfiner>
- Ogden, J., Veale, D., & Summers, Z. (1997). The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5(4), 343-355.
- Overgaard, K., Andersen, L. J., Grønbæk, M., Lichtenstein, M. B., Nielsen, R. Ø., Pedersen, B. K., & Roos, E. (2014). Supermotionisme. *København: Vidensråd for Forebyggelse*, 1-144.
- Pasman, L., & Thompson, J. K. (1988). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 759-769.
- Polivy, J. (1994). Physical activity, fitness, and compulsive behaviors. *Physical activity, fitness and health*, 883-897.
- Publication manual of the American Psychological Association*. (2010). (6th ed. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Raichlen, D. A., Foster, A. D., Gerdeman, G. L., Seillier, A., & Giuffrida, A. (2012). Wired to run: exercise-induced endocannabinoid signaling in humans and cursorial mammals with implications for the 'runner's high'. *J Exp Biol*, 215(Pt 8), 1331-1336. doi: 10.1242/jeb.063677
- Ringdal, K. (2014). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Robb, K. A., Gattling, L., & Wardle, J. (2017). What impact do questionnaire length and monetary incentives have on mailed health psychology survey response? *British journal of health psychology*.
- Rudy, E. B., & Estok, P. J. (1989). Measurement and significance of negative addiction in runners. *Western journal of nursing research*, 11(5), 548.
- Sachs, M. L., & Buffone, G. W. (1984). *Running as therapy: An integrated approach*: Univ of Nebraska Pr.
- Sachs, M. L., & Pargman, D. (1979). Running addiction: A depth interview examination. *Journal of Sport Behavior*, 2(3), 143-155.

- Sax, L. J., Gilmartin, S. K., & Bryant, A. N. (2003). Assessing response rates and nonresponse bias in web and paper surveys. *Research in higher education, 44*(4), 409-432.
- Schreiber, K., & Hausenblas, H. A. (2015). *The truth about exercise addiction: Understanding the dark side of thinspiration*: Rowman & Littlefield.
- Schuman, H., & Presser, S. (1996). *Questions and answers in attitude surveys : experiments on question form, wording, and context*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Seheult, C. (1995). Hooked on the “buzz”: history of a bodybuilding addict. *Exercise addiction: motivation for participation in sport and exercise. Leicester: The British Psychological Society, 40-44*.
- Skog, O-J. (2013). *Å forklare sosiale fenomener* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, G. (2008). Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *ERIC Document Reproduction Service No. ED 501717*.
- Spiriduso, W. W., & Cronin, D. L. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults (Vol. 33, s. S598-S608).
- SSB. (2015). Bruk av IKT i husholdningene, 2015, 2. kvartal. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikker/ikthus/aar/2015-10-01>
- SSB. (2017, 16.03.17). Nøkkeltall for helse. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/helse/nokkeltall/helse>
- Steene-Johannessen, J., Anderssen, S. A., van der Ploeg, H. P., Hendriksen, I. J., Donnelly, A. E., Brage, S., & Ekelund, U. (2016). Are Self-report Measures Able to Define Individuals as Physically Active or Inactive? *Med Sci Sports Exerc, 48*(2), 235-244. doi: 10.1249/mss.0000000000000760
- Svartdal, F. (2011). *Psykologiens forskningsmetoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Szabo, A., & Griffiths, M. D. (2007). Exercise addiction in British sport science students. *International Journal of Mental Health and Addiction, 5*(1), 25-28.
- Szabo, A., Griffiths, M. D., de La Vega Marcos, R., Mervo, B., & Demetrovics, Z. (2015). Methodological and Conceptual Limitations in Exercise Addiction Research. *Yale J Biol Med, 88*(3), 303-308.
- Szabo, A., Vega Rde, L., Ruiz-Barquín, R., & Rivera, O. (2013). Exercise addiction in Spanish athletes: Investigation of the roles of gender, social context and level of involvement. *J Behav Addict, 2*(4), 249-252. doi: 10.1556/jba.2.2013.4.9

- Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory, 12*(5), 489-499.
- Thome, J. L., & Espelage, D. L. (2007). Obligatory exercise and eating pathology in college females: Replication and development of a structural model. *Eating Behaviors, 8*(3), 334-349. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.009>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vaage, O. F. (2004). Mest mosjon og idrett blant de med høy inntekt og utdanning. *Samfunnsspeilet*. Lastet ned fra <http://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/mest-mosjon-og-idrett-blant-de-med-hoy-inntekt-og-utdanning>
- Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi, M. D., . . . Janiri, L.. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: results from a prevalence study. *Journal of Gambling Studies, 27*(2), 203-214.
- Warburton, D., & Bredin, S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association. Journal, 174*(6), 801-809. doi: 10.1503/cmaj.051351
- WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- WHO. (u.å). Body mass index - BMI. Lastet ned fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Yates, A. (1991). Compulsive exercise and the eating disorders: Toward an integrated theory of activity.
- Yates, A., Shisslak, C., Crago, M., & Allender, J. (1994). Overcommitment to Sport: Is There a Relationship to the Eating Disorders? *Clinical Journal of Sport Medicine, 4*(1), 39-46.

Vedlegg 1: Exercise addiction inventory

	<i>Strongly disagree</i>		<i>Neither agree nor disagree</i>		<i>Strongly agree</i>
Exercise is the most important think in my life	1	2	3	4	5
Conflicts have arisen between me and my family and/or my partner about the amount of exercise I do	1	2	3	4	5
I use exercise as a way of changing my mood (e.g. to get a buzz, to escape etc.)	1	2	3	4	5
Over time I have increased the amount of exercise I do in a day	1	2	3	4	5
If I have to miss an exercise session I feel moody and irritable	1	2	3	4	5
If I cut down the amount of exercise I do, and then start again, I always end up exercising as often as I did before	1	2	3	4	5

Hentet fra Terry (2004).

Vedlegg 2: Spørreskjema

Forside (side 1).

Page 1 of 6

Formålet med denne spørreundersøkelsen er å kartlegge forholdet medlemmene ved et treningssenter har til trening, deres treningsvaner, og ulikheter blant medlemmene. Medlemmer ved ditt treningssenter inviteres til å delta. Resultatene vil bli brukt i undertegnede mastergradsoppgave ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), og vil kunne bli publisert via ulike kanaler.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og alle svar vil bli behandlet konfidensielt. Besvarelsen tar omtrentlig 5 minutter. Resultatene vil bli presentert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Datamaterialet vil bli anonymisert ved utgangen av Mai/2017. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS (NSD).

På siste side vil du få mulighet til å legge igjen din e-postadresse dersom du ønsker å bli kontaktet av undertegnede for et intervju. Godkjenningen av intervjuet er ikke bindende, og man kan trekke seg uten å måtte oppgi grunn.

Har du spørsmål om undersøkelsen, kontakter du Bjørn Rosén, tlf. 984 249 21.

Takk for at du er villig til å delta!

Bjørn Rosén
mastergradsstudent

Arve Hjelseth
førsteamanuensis, veileder
Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU

Neste

1. Kjønn
- Mann
- Kvinne

2. Alder
-

3. Høyde
- I centimeter.
-

4. Vekt
- I kilo
-

5. Er du medlem av et treningssenter?
- Ja
- Nei

6. Hvor enig er du i disse påstandene?

	Veldig uenig	Uenig	Verken / eller	Enig	Veldig enig
Det er viktig for meg å leve sunt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trening definerer meg som person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treningen gir meg annerkjennelse fra andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg anser meg selv som i god fysisk form	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre ser på meg som i god fysisk form	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Hvor mange ganger i uka trener du i gjennomsnitt?

- Færre enn én gang i uka
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- 9-10
- 11+

[Tilbake](#)

[Neste](#)

8. Trener du oftest alene eller med noen?
- Oftest alene
 - Oftest med noen
9. Hvor lang tid varer din treningsøkt?
- 0-30minutter
 - 30-60minutter
 - 60-90minutter
 - 90-120minutter
 - Over 120minutter
10. Hvilken intensitet består treningen vanligvis av?
- Lav
 - Moderat
 - Høy
11. Hvilken treningsform driver du mest med
- Motorikk/fleksibilitet
 - Utholdenhet
 - Styrke
 - Jevnt fordelt
12. Trener du for å forberede deg til konkurranse?
- Ja
 - Nei

13. På hvilket nivå vil du si du konkurrerer?
- Lokalt nivå
 - Krets nivå
 - Nasjonalt nivå
 - Internasjonalt nivå

Tilbake

Neste

14. Hvor enig er du i disse påstandene?

	Veldig uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Veldig enig
Trening er det viktigste i mitt liv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det har oppstått konflikter mellom meg og min familie og/eller min partner om hvor mye trening jeg utfører.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bruker trening som en måte å regulere mitt humør (e.g., oppnå et kick, å unnslippe hverdagen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Over tiden har mengden trening jeg utfører på en dag økt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis jeg mister en treningsøkt føler jeg meg humørsyk og irritabel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis jeg kutter ned på mengden trening, for så å starte igjen, ender jeg alltid opp med å trene like mye som før.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

15. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Ungdomsskoleutdanning
- Videregående
- Universitets- eller høyskoleutdanning (ett år)
- Bachelorgrad
- Mastergrad
- Forskerutdanning

16. Hva er din personlige inntekt?

per år, før skatt

- 0 - 150 000kr
- 150 000 - 299 999kr
- 300 000 - 449 999kr
- 450 000 - 599 999kr
- 600 000 - 749 999kr
- 750 000 - 899 999kr
- over 900 000 kr

Tilbake

Ferdig

Vedlegg 3: Intervjuguide

Innledning

- Introduksjon av meg selv og hva jeg driver med. Hva målet med intervjuet er.
- Hvorfor de er valgt ut.
- Anonymisering, ærlighet, spørsmål og kritikk rundt intervjuet.

Åpningsspørsmål

- Hvordan har dagen din vært
- Fortell litt om deg selv
 - o Kommer fra
 - o Alder
 - o Hobby

Trening generelt

- Hvilken type trening driver du med?
- Hvordan ser en treningsøkt ut for deg i dag?
- Hvor ofte trener du i uka?
 - o Hvor lenge varer en økt?

Forhold til trening

- Når startet ditt forhold til fysisk aktivitet/trening?
 - o Hva trente du da? Spesifikt eller generelt?
 - o Hvordan var en treningsøkt på den tiden?
 - o Hvilke mål hadde du i den perioden?
- Hva føler du er målet for treningen du utfører i dag?
 - o Hvordan vil du oppnå dette målet?
- Hvor tar du til deg råd om trening og eventuelt kosthold?
- Hvor viktig er trening for deg?

- Hva mener du er de viktigste fordelene ved trening? Hvilke fordeler får du ut av treningen?
- Hvordan er følelsen etter en treningsøkt?
- Hva føler du hvis du må hoppe over en treningsøkt?
- Skader av treningen?
 - o Hvordan trener du hvis du har en skade?

Sosialt

- Hvordan er vennekretsen i forhold til trening?
 - o Trene du alene eller med noen?
- Konkurrerer du på noen måte?
- Hva gjør du når du ikke trener?
- Hvordan er din aktivitet på sosiale medier?
- Har venner/familie reagert på dine treningsvaner?
- Føler du treningen kommer i veien eller skaper problemer i livet ditt?
i så fall hvilke ?
- Fritid / jobb

Kroppsbilde/identitet

- Idealkroppen
- Definerer trening deg, og hvordan?
- Hvordan er ditt kosthold?
 - o Følger du, eller har du fulgt en spesiell diett?
- Hvordan tror du andre oppfatter deg ?
- Kan trening eller kosthold bli et problem?
- Anser sin adferd som en avhengighet ?

Vedlegg 4: Kvittering og tilbakemelding fra NSD



Arve Hjelseth
Institutt for sosiologi og statsvitenskap NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 09.02.2017

Vår ref: 51922 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.01.2017. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

51922	<i>Forekomst av treningsavhengighet blant medlemmer på treningsstudio</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Arve Hjelseth</i>
<i>Student</i>	<i>Bjørn Rosén</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.02.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 51922

Formålet med prosjektet er å måle forekomst av de i risiko for treningsavhengighet blant medlemmer på treningsstudio. Spørreskjema baserer seg på Exercise Addiction Inventory (6 spm. oversatt til norsk) for å sette en grense for de i risiko og ikke. Respondentenes alder, kjønn, syn på trening og helse, om de opplever trening som en del av deres identitet vil bli sammenlignet.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv og presiseringer mottatt pr epost 08.02.2017 er godt utformet, men vi anbefaler at prosjektets tittel tilføyes skrevet.

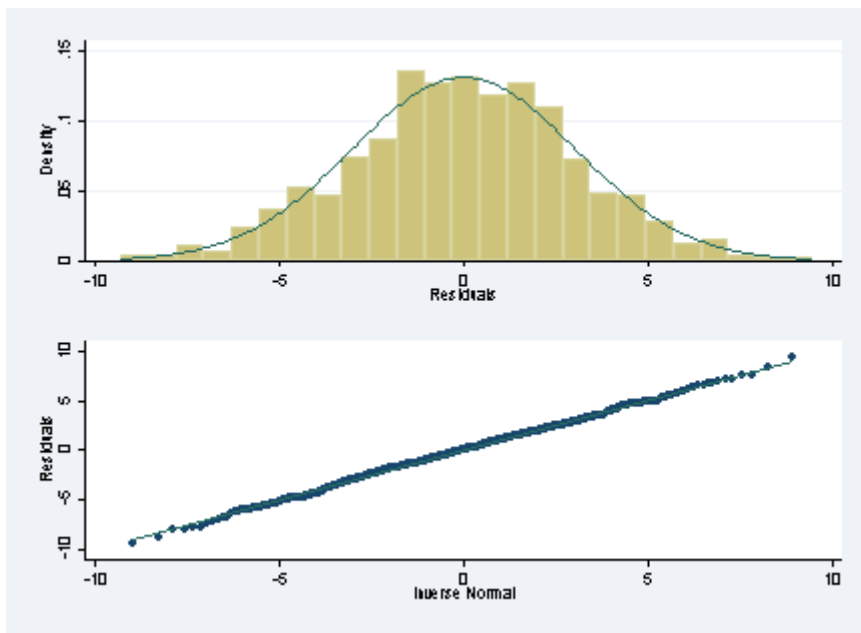
Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 15.02.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vedlegg 5: Normalfordelt restledd



Fordeling av restledd for den lineære regresjonsmodellen vist øverst i et histogram, nedenfor et q-q-plot.

