

BACHELOROPPGAVE

Hva kjennetegner de som lykkes med vektreduksjon og påfølgende vektvedlikehold?

En case-studie og litteraturgjennomgang

av

Marianne Elgåen Kirkbakk - 8
Magnus Aasheim - 7

Idrett, fysisk aktivitet og helse
ID3-302
Desember 2012

Forord

Denne oppgaven inngår som en del av studiet Idrett, fysisk aktivitet og helse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF). Den fant sin vei inn i virkeligheten i løpet høsten og førjulssesongen 2012. Oppgaven kan omtales som baktung – det kan arbeidsprosessen og.

Underveis i prosessen har vi lært mye. Oppgaveskriving er ikke gjort over natten. Å jobbe jevnt og trutt gir det beste resultatet. Utover dette har vi økt vår forståelse av, og innsikt i, fedmeproblematikken. Det var en god erfaring å få innblikk i en person som har opplevd og opplever det teorien skriver om. Det blir nyttig for oss å ta dette med oss inn i arbeidslivet.

Vi vil rette en stor takk til:

- Informanten som stilte opp på intervju og delte sin historie med oss og lesere av denne oppgaven
- Førsteamanuensis Geir Kåre Resaland, for dyktig veiledning. Han har bidratt til å drive prosessen fremover med sine tilbakemeldinger og gode råd
- Post.doc John Roger Andersen, for å gi oss relevant litteratur og innspill til prosessen
- Spesialbibliotekar Anita Svedal, for god innføring i hvordan man søker etter litteratur
- Alle medstudentene våre som vi jobbet side om side med til siste ord var skrevet

Sogndal 19. desember 2012

Magnus Aasheim

Marianne Elgåen Kirkbakk

Sammendrag

Objektivt. Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hva som kjennetegner de som lykkes med vektreduksjon og påfølgende vektvedlikehold.

Metode. Kvalitativ metode og case-studiedesign ble benyttet for å få en inngående forståelse for de som lykkes med vektvedlikehold. Informantens historie analyseres og sammenlignes med forskningen og teorien på området.

Konklusjon. Denne oppgaven har beskrevet og analysert faktorer som kjennetegner de som lykkes med vektreduksjon med påfølgende vektvedlikehold. Det som kjennetegner de som lykkes er at de ser faktorene i en helhetlig sammenheng der det ikke er én enkelt faktor alene, men samspillet og interaksjonen mellom dem som er avgjørende for å lykkes.

Nøkkelord: vektvedlikehold, vektreduksjon, suksessfaktorer, atferdsendring, kjennetegn

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Innhold.....	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Disposisjon	6
1.2 Begrepsavklaring	6
2.0 Teori.....	7
2.1 Definisjon av overvekt og fedme	7
2.2 Definisjon av suksess	7
2.3 Atferdsendring	9
2.4 Suksessfaktorer.....	9
2.4.1. Målsetting	10
2.4.2 Sosial støtte.....	10
2.4.3 Kosthold	11
2.4.4 Fysisk aktivitet.....	12
2.4.5 Selvmonitorering	12
2.4.6 Mestringstro.....	12
2.4.7 Oppsummering suksessfaktorer.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Metodevalg.....	14
3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	14
3.1.2 Intensjon	15
3.2 Utvalg	15
3.3 Prosedyrer.....	15
3.3.1 Teori.....	15
3.3.2 Intervju	16
3.3.3 Analyse	17
3.4. Hermeneutikk	17
3.5 Validitet og reliabilitet	17
3.5.1 Validitet.....	17
3.5.2 Reliabilitet	18
4.0 Informantens vekthistorie.....	19
5.0 Analyse	20
5.1 Definisjon av suksess	20

5.2 Atferdsendring	21
5.3 Målsetting	22
5.5 Sosial støtte.....	24
5.5.1 Familie	24
5.5.2 Venner og bekjente	25
5.5.3 Arbeidsgiver	25
5.5.4 Profesjonell hjelp.....	26
5.6 Kosthold og fysisk aktivitet.....	26
5.7 Selvmonitorering	28
5.8 Mestringstro.....	29
5.8 Oppsummering	30
5.9 Styrker og svakheter	31
5.10 Veien videre	31
5.11 Konklusjon.....	32
6.0 Litteraturliste	33
Vedlegg 1	36

1.0 Innledning

Overvekt og fedme regnes som et av de største helseproblemene i vår tid (Elfhag og Rössner, 2005). Ved overvekt og fedme øker risikoen for kroniske sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer og hypertensjon (WHO, 2002). Det er mer enn 1,46 milliarder overvektige i verden (Finucane et al., 2011). Over 500 millioner av disse har fedmestatus, og prevalensen for både overvekt og fedme er økende (ibid). Fedmeprevalensen blant voksne i Norge anslås til omlag 20 % (Krokstad og Knutsen, 2011).

De fleste som går ned i vekt vil etter en periode gå tilbake til sin opprinnelige vekt (Elfhag og Rössner, 2005). Det er foreslått at omtrent 20 % klarer å vedlikeholde et vekttap på 5-10 % (Wing og Hill, 2001). Mange kvantitative og et mindretall kvalitative studier har forsøkt å identifisere suksessfaktorer, men det er fortsatt uklart hvorfor så få lykkes med vektvedlikehold (Reyes et al., 2012). Mer forskning på hvilke faktorer som assosieres med vektvedlikehold er derfor nødvendig (Wing og Hill, 2001). På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke denne problemstillingen:

*«Hva kjennetegner de som lykkes med vektreduksjon og påfølgende vektvedlikehold?
En case-studie og litteraturgjennomgang.»*

Denne oppgaven fokuserer på betydelig vekttap hos personer med fedme. Bakgrunnen for oppgaven er en mann på 41 år bosett i Sogn og Fjordane. Med en vektreduksjon på omlag 60 kilo over ett år og vektvedlikehold i påfølgende år, kan hans historie bidra med innsikt og forståelse av hvilke faktorer som assosieres med vektreduksjon og -vedlikehold.

Valget av problemområdet har flere årsaker. Gjennom bachelorstudiet Idrett, fysisk aktivitet og helse har vi fått god innsikt i, og større interesse for, fedmeproblematikken. Interessen kommer også av at fedme er et økende problem i verden, som gir store individ- og samfunnsmessige utfordringer. Etter vår mening er det derfor viktig med økt forståelse av hvilke faktorer som assosieres med suksessfullt vektvedlikehold. Vi håper oppgaven kan være et nyttig bidrag til personer med fedme og ulike instanser som jobber med overvekt og fedme.

Det var gjennom studiet vi fikk kjennskap til informanten. Han holdt et foredrag om sin vekthistorie, og slik fikk vi idéen om å skrive om ham. Dette ga han sitt samtykke til.

1.1 Disposisjon

Oppgavens innledning leder til problemstillingen, og videre til bakgrunnen for oppgaven.

Deretter avklares noen få begreper. Så følger teorikapittelet med WHO's definisjon av overvekt og fedme og ulike faktorer for suksess med vektvedlikehold. I kapittel tre presenteres oppgavens metodiske gjennomføring. Så presenteres informantens vekthistorie. I analysekapittelet analyseres og oppsummeres informantens erfaringer. Til sist diskuterer vi styrker og svakheter og foreslår videre forskning på området, før vi konkluderer.

1.2 Begrepsavklaring

I og med at den identifiserte teorien er engelskspråklig og operer med noe ulike begreper, har vi valgt å oversette *weight maintenance*, *weight loss maintenance* og *weight management* til vektvedlikehold. Når vektvedlikehold nevnes, er det snakk om vektvedlikehold som etterfølger vektreduksjon. *Weight maintainers* har vi oversatt til vektvedlikeholdere.

2.0 Teori

2.1 Definisjon av overvekt og fedme

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer overvekt og fedme med utgangspunkt i kroppsmasseindeks (BMI). BMI kalkuleres som $\text{kroppsvekt/høyde}^2$. I tabell 1 er klassifikasjonene gjengitt. Overvekt defineres som en BMI mellom 25 og 29,99 kg/m^2 og BMI over 30 kg/m^2 regnes som fedme (WHO, 2012).

Klassifikasjon	BMI
Undervekt	<18,50
Normalvekt	18,50 – 24,99
Overvekt	$\geq 25,00$
Prefedme	25,00 – 29,99
Fedme	$\geq 30,00$
Klasse 1	30,00 – 34,99
Klasse 2	35,00 – 39,99
Klasse 3	$\geq 40,00$

Tabell 1 viser klassifisering av overvekt og fedme (WHO, 2012).

2.2 Definisjon av suksess

Det eksisterer ingen konsensus i litteraturen vedrørende definisjonen av vektvedlikehold (Stevens et al., 2006). En generell definisjon er å vedlikeholde vektreduksjonen som kommer av intervensjonsbehandling eller av ens egen innsats (Elfhag og Rössner, 2005). De spesifikke kriteriene varierer imidlertid stort, både når det gjelder størrelsen på vektreduksjonen og tidsperspektivet det skal vedlikeholdes (ibid).

Fastsettelsen av kriteriene er gjort ut fra ulike perspektiv (Rössner et al., 2008). Noen definerer suksess med vektvedlikehold fra et vektperspektiv basert på et vekttap i kilo eller prosent av opprinnelig kroppsvekt (Stevens et al., 2006). Andre definerer ut fra et helsemessig perspektiv, der selv moderate vekttap på 5-10 % som vedlikeholdes anses som suksess på grunnlag av de helsemessige gevinstene (Wing og Hill, 2001). Stevens et al. (2006) har samlet mange av de ulike definisjonene. Tabell 2 inneholder noen av dem, samt andre definisjoner vi har identifisert.

Kilde	Vektreduksjonsdefinisjon (tidsintervall)	Vektvedlikeholdsdefinisjon (tidsintervall)
Crawford (2001)	≥5 % endring av BMI (1 år)	Vedlikeholde ny vekt, eller lavere (2 år)
Field (2001)	Liten: 5,0 – 9,9 % (3 år) Stor: ≥10,0 %	1: ≤2,5 kg (5 lbs) opp i vekt fra ny vekt (4 år) 2: ≤5 % opp i vekt i vedlikeholdsfasen
Lowe (2001)	≥2,5 kg (5 lbs) ned fra opprinnelig vekt BMI 20 - 25	1: Vedlikeholde vektreduksjon på minst 5 % 2: Vedlikeholde vektreduksjon på minst 10 % 3: Forbli innenfor ±2,5 kg (5 lbs) av vekt mål
McQuire (1999)	≥10 % av maksimal vekt	1: Nåværende ≥10 % av maksimal vekt 2: Vedlikeholde ≥10 % vektreduksjon (1 år)
Moore (2000)	>0,5 kg (1,0 lbs)/år (8 år)	±0,5 kg (1,0 lbs)/år (8 år) intervall
Mogul (2003)	≥10 % eller BMI-normalisering (20 - 25)	≤3 kg vekt oppgang (2 år)
Wadden (1999)	5-10 % eller >10 %	1: Vedlikeholde 5-10 % vektreduksjon (100 uker) 2: Vedlikeholde >10 % vektreduksjon (100 uker)
Wing og Hill (2001)	≥10 % av opprinnelig kroppsvekt	Vedlikeholde vektreduksjon på ≥10 % (≥1 år)
Elfhag og Rössner (2005)	Initial vektreduksjon	Vedlikeholde vektreduksjonen (6 måneder)
Stevens et al. (2006)	Initial vektreduksjon	Vedlikeholde vekt innenfor et område på ±3 kg
The Clinical Guidelines on the Evaluation of and Treatment of Overweight and Obesity (Stevens et al., 2006)	Initial vektreduksjon	Maksimum opp 3 kg 2 år etter vektreduksjon ≥4 cm midjereduksjon
The Institute of Medicine (Stevens et al., 2006)	≥5 % av opprinnelig vekt Redusere BMI med ≥1 enhet	Vedlikehold av ny vekt (≥ 1 år)

Tabell 2 inneholder definisjoner av suksess. Tabellen er basert på Stevens et al. (2006)

2.3 Atferdsendring

Individer som har gått ned i vekt gjennomfører den atferdsendringen som må til for å lykkes med vektreduksjon (Ohsiek og Williams, 2010). Jo flere atferdsendringer som gjennomføres, desto større er sjansen for å lykkes med vektvedlikehold (Westenhofer, 2001). Noen anser atferdsendring som et resultat av en prosess gjennom ulike stadier. Andre har sett på ulike strategier som kan stimulere til atferdsendring, og noen mener atferdsendring kan trigges av konkrete hendelser (Ogden, 2009).

Det er i hovedsak benyttet to tilnærminger for å forklare vektrelatert atferd (Ogden, 2009). 1) atferdsmodeller og 2) identifisering av strategier eller komponenter av strategier som stimulerer til atferdsendring. Et eksempel på en atferdsmodell er den transteoretiske modellen utviklet av Prochaska og DiClemente i 1983 (Prochaska et al., 1994). Den tar utgangspunkt i at atferdsendring skjer som en gradvis prosess gjennom fem stadier. Disse stadiene er føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og opprettholdelse. I føroverveiellesstadiet har man ingen intensjon om å endre atferd, mens man i overveiellesstadiet tenker på å gjøre en endring. I forberedelsesstadiet forbereder man endringen, før man i handlingsstadiet utfører endringen. I vedlikeholdsstadiet jobber man for å vedlikeholde endringen og unngå tilbakefall (Prochaska et al, 1994). Ohsiek og Williams (2011) har undersøkt hvilke tankemønstre som leder til den atferden som kjennetegnes av vektvedlikeholdere, og på denne måten forsøkt å identifisere strategier eller komponenter av strategier som stimulerer til atferdsendring.

Begge tilnærmingene ser atferdsendring som et resultat av en langsom prosess i kognitive skiftninger, og Ogden (2009) mener derfor at tilnærmingene forsømmer konkrete hendelser som en mulig kilde til atferdsendring. Ogden og Hills (2008) fant at hovedandelen av de som lykkes med atferdsendring hadde foretatt den initiale atferdsendringen på bakgrunn av en slik hendelse.

2.4 Suksessfaktorer

Ved å identifisere faktorer som assosieres med vektvedlikehold kan man øke forståelsen av hvilke forutsetninger og hvilken atferd som er medvirkende for å lykkes med vektvedlikehold (Elfhag og Rössner, 2005). Videre presenteres ulike studiers funn om hvilke faktorer som assosieres med vektvedlikehold. Deretter følger en grundigere beskrivelse av noen av enkeltfaktorene.

I 1994 ble National Weight Control Registry (NWCR) i USA etablert for å finne fellestrekk hos vektvedlikeholdere (Wing & Phelan, 2005). NWCR-medlemmene har i gjennomsnitt redusert vekten med 33 kg og vedlikeholdt vektreduksjonen i minimum fem år. Seks fellestrekk er identifisert: 1) høyt fysisk aktivitetsnivå, 2) diett med lavt kalori- og fettinnhold, 3) frokost hver dag, 4) regelmessig spisemønster, 5) regelmessig selvmonitorering av vekten og 6) tidlig håndtering av tilbakefall (ibid).

I Elfhag og Rössners (2005) oversiktsartikkel ble blant annet disse faktorene assosiert med vektvedlikehold: 1) en fysisk aktiv livsstil, 2) å nå vektreduksjonsmålet sitt, 3) fleksibel kontroll over spising, 4) mestringstro, 5) selvmonitorering, 6) sosial støtte og 7) kontrollplassering.

Ohsiek og Williams (2010) konkluderte i sin oversiktsartikkel at psykologiske faktorer som økt diettbegrensning og at man opplever gevinstene større enn kostnadene assosieres med vektvedlikehold. Resultatene ga ingen konklusjon når det gjaldt urealistiske vekt mål og manglende mål oppnåelse.

Konklusjonen til Byrne (2002) var at psykologiske faktorer som målsetting, problemløsningsevner og mestringstro påvirker vektvedlikehold.

2.4.1. Målsetting

Mange som ønsker å gå ned i vekt setter seg urealistiske mål (Elfhag og Rössner, 2005).

Urealistiske mål er vist å ha positiv, negativ og ingen påvirkning på vektvedlikehold (Ohsiek og Williams, 2010). Å nå vektreduksjonsmålet sitt, eller å være tilfreds med oppnådd vektreduksjon, kan assosieres med vektvedlikehold (ibid). Dersom man ikke når vektreduksjonsmålet kan det føre til at man mister troen på at man kan kontrollere vekten. Dette kan videre føre til at man gir opp den vektvedlikeholdende atferden (Elfhag og Rössner, 2005).

2.4.2 Sosial støtte

Sosial støtte er vurdert til å være en viktig faktor for vektvedlikehold (Elfhag og Rössner, 2005). Familie, venner, støttegrupper og profesjonell hjelp er sosiale støtteaktører (Verheijden

et al., 2005). Funksjonen kan være emosjonell, instrumentell og opplysende (ibid).

Den teoretiske tilnærmingen til sosial støtte deler begrepet i to konkrete distinksjoner (Verheijden et al., 2005). Disse er strukturell og funksjonell støtte. Strukturell støtte omhandler tilgjengeligheten av støtte, som for eksempel familie, venner og arbeidsgiver, uten at det betyr at man benytter seg av den. Funksjonell støtte omhandler hvorvidt man er i stand til å oppfatte tilgjengeligheten av støtte, og avhenger av personlige karakteristikker (ibid).

Resultatene av å involvere et familiemedlem i fedmebehandlingen er inkonklusiv (Elfhag og Rössner, 2005). Når familiemedlemmer modifiserer sin atferd i tråd med den som skal gå ned i vekt kan det påvirke vektreduksjonen positivt (Hindle og Carpenter, 2011). Kommentarer av typen «*du har gått ned så mye i vekt at du ser syk ut*» kan sabotere vektreduksjonen (Thomas et al., 2008).

Det er ikke funnet konsistente resultater om hvordan venners atferd og kommunikasjon påvirker kroppsvekten, men dette kan skyldes et begrenset antall studier på området (Cunningham et al., 2012). Venner kan ha innflytelse på kroppsvekten ved at de fungerer som rollemodeller og man kan delta i fysisk aktivitet sammen (ibid).

Profesjonell hjelp over lengre tid kan gi bedre vektbehandlingsresultater (Elfhag og Rössner, 2005). Vektvedlikeholdere har oppgitt at helsepersonell kan bidra positivt med praktiske råd og fungere som motivasjonskilde (Hindle og Carpenter, 2011). De kan bidra negativt ved at pasienten blir møtt med uhensiktsmessige kommentarer og liten forståelse (Thomas et al., 2008).

2.4.3 Kosthold

Vektreduksjon avhenger av negativ energibalanse (Clark et al., 2010). Det er hevdet at det er enklere å oppnå negativ energibalanse ved å redusere kaloriinntaket enn ved å øke energiforbruket med fysisk aktivitet (ibid). For å endre kostholdsattferd kreves det kognitiv kontroll (Westenhoefer 2001). Denne kontrollen benevnes med diettbegrensninger (dietary restraint). Diettbegrensning defineres som å kontrollere kroppsvekten ved bevisst å avstå fra å spise (Elfhag og Rössner, 2005). Suksessfulle vektholdere øker diettbegrensningene sine i

større grad enn de som ikke har suksess (Ohsiek og Williams, 2010).

Kontroll av matinntaket kan være rigid eller fleksibel (Elfhag og Rössner, 2005). Rigid kontroll er en «alt eller ingenting»-holdning til kosthold, og kjennetegnes av at man holder seg helt borte fra søtsaker og gjør store kutt i kaloriinntaket. Fleksibel kontroll er en «mer eller mindre»-holdning hvor kostholdet er balansert ved at søtsaker tillates, men med måte (Westenhofer, 2001). Det antydes at rigid kontroll er assosiert med høyere BMI, mens fleksibel kontroll er assosiert med lavere BMI. For vektvedlikehold ser det ut som kostholdsattferd bør styres av prinsippet om fleksibel kontroll (ibid).

2.4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan påvirke energibalansen ved å øke energiforbruket eller påvirke energiinntaket (van Baak, 2010). Fysisk aktivitet er hevdet å være viktigere for vektvedlikehold enn vektreduksjon (Clark et al., 2010). Et høyt fysisk aktivitetsnivå assosieres med vektvedlikehold (van Baak, 2010; Wing og Hill, 2001). For eksempel rapporterer kun 9 % av NWCR-medlemmene at de ikke bruker fysisk aktivitet for vektvedlikehold (Wing og Hill, 2001).

2.4.5 Selvmonitorering

Selvmonitorering (self-monitoring) betyr at man observerer seg selv og ens atferd (Elfhag og Rössner, 2005). Regelmessig selvmonitorering av kroppsvekt og matinntak assosieres med vektreduksjon og -vedlikehold (ibid). Veiing kan bidra med å holde fokus og oppdage eventuelle vektøkninger i en tidlig fase (Wing og Hill, 2001). Matinntak kan kontrolleres ved å notere type, mengde og kaloriinnhold, og dette er gunstig for å bli mer bevisst på sine kostholdsmønstre (Clark et al., 2010).

2.4.6 Mestringstro

Mestringstro (self-efficacy) kan defineres som troen på å takle hindringer og oppnå prestasjoner (Elfhag og Rössner, 2005). Ved vektreduksjon ser det ut til at en høyere generell mestringstro er av større betydning enn mestringstro relatert til enkeltatferd (Teixera et al, 2005). Høyere tro på at man kan kontrollere vekten og matinntak assosieres med vektholding

(Byrne, 2002).

2.4.7 Oppsummering suksessfaktorer

Ved å sammenfatte funnene i litteraturen finner vi flere fellestrekk ved suksessfulle vektvedlikeholdere. Disse er: 1) å nå vektreduksjonsmålet sitt eller være tilfreds med oppnådd vektreduksjon, 2) sosial støtte, 3) modifisering av kostholdsattferd, 4) høyt fysisk aktivitetsnivå, 5) selvmonitorering, 6) å ta ansvar for egne handlinger og 7) mestringstro. Dette indikerer at en rekke faktorer kan påvirke vedlikehold.

3.0 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for den metodiske gjennomføringen. For å kunne besvare problemstillingen på en hensiktsmessig måte, kreves det en kritisk vurdering av gjennomføringen (Dalland, 2007). Metodevalg, utvalg og prosedyrer påvirker funnene man kommer frem til (ibid).

3.1 Metodevalg

En metode er en fremgangsmåte og et redskap til å løse problemer og frembringe kunnskap (Dalland, 2007). Metodevalget skjer på bakgrunn av problemstillingen og sikrer at problemet belyses på en faglig interessant måte (ibid).

3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Befring, 2007). Kvantitative metoder går i bredden og uttrykker problemfeltet med variabler og målbare størrelser (Dalland, 2007). Den kvantitative datainnsamlingen kan skje ved spørreskjema med faste svaralternativer, systematiske og strukturerte observasjoner eller tester (ibid).

Kvalitative metoder lar seg ikke tallfeste eller måle på samme måte som kvantitative metoder (Dalland, 2007). Formålet med kvalitative metoder er å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som studeres (Malterud, 2011; Dalland, 2007). Deltakende observasjon, åpne intervju eller frie skriftlige framstillinger blir brukt for å samle inn kvalitative data (Befring, 2007). Kvalitative metoder gir rom for improvisasjon og personlige valg. Metoden kan derfor være vanskelig å etterprøve (Dalland, 2007).

Et design innenfor kvalitativ metode er case-studie (Malterud, 2011). Det finnes ingen klar fellesforståelse av hva en case-studie refererer til, men terminologien vektlegger at det dreier seg om ett eller få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier (Andersen, 1997). Dette støttes av Malterud (2011) som fremhever at kunnskapsutviklingen bygger på enkeltstående historier.

3.1.2 Intensjon

Intensjonen med denne oppgaven er å få en inngående forståelse for de som lykkes med vektvedlikehold. Derfor vurderes valget av kvalitativ metode og case-studiedesign som hensiktsmessig i dette tilfellet (Malterud, 2011). For å få innsikt i informantens livsverden ble datainnsamlingen foretatt ved intervju (Kvale og Brinkmann, 2010). Hadde valget falt på kvantitativ metode kunne resultatet gitt et mer representativt innsyn i de som har lykkes med vektvedlikehold, men dette hadde gått utover muligheten til å gå i dybden (Dalland, 2007).

3.2 Utvalg

Et utvalg er det utsnittet som skal representere den gruppen av personer, institusjoner eller andre fenomen som man ønsker å få kunnskap om (Befring, 2007). Utvalget utgjør grunnlaget for hva det kan sies noe om, og hvilke sider av saken som kan belyses (Malterud, 2011). I kvalitative metoder er informasjonsrikdom et mer adekvat kriterium enn antall representanter (ibid). Det indikerer at én informant er tilstrekkelig for å besvare problemstillingen i denne oppgaven.

Utvalgsmetoden som er benyttet baseres på en retrospektiv kasuistisk metode (Befring, 2007). Det betyr at vi foretok et strategisk utvalg av en som har suksess med vektvedlikehold for å kunne eksemplifisere det fenomenet vi vil studere (Malterud, 2011). Utvalget består av en 41 år gammel mann som på sitt tyngste veide 180 kilo. Vi fikk kjennskap til informanten gjennom et foredrag han holdt på HiSF. I løpet av to år har han gått ned 60 kilo i vekt ved å endre kosthold og øke treningsmengden. Dette er gjort uten formell behandling.

3.3 Prosedyrer

Prosedyren deles inn i tre deler: teori, intervju og analyse. Hver del er vektet ulikt med tanke på tidsbruk, men de utgjør alle en like viktig del av helheten. Intervjuguiden ble utarbeidet på teorigrunnet, og analysen basert på intervjuet, teorien og vår egen forståelse.

3.3.1 Teori

For å kunne si noe om studiens vitenskapelige betydning og utarbeide en intervjuguide ut fra den teoretiske forståelsen av fenomenet ble relevant litteratur identifisert ved å søke i

databasen Medline. Det ble benyttet ulike kombinasjoner av følgende nøkkelord: weight loss, weight reduction, weight maintenance, obesity, successful, strategies, factors, aspects, characteristic, changes, psychological, behavioral. Referanselistene i de utvalgte artiklene ble gjennomgått for å identifisere ytterligere artikler. Siteringsdatabasen ISI Web of Science ble også benyttet. I tillegg er et fåtall av artiklene gitt til oss av forskere vi har henvendt oss til.

3.3.2 Intervju

Et intervju utføres på grunnlag av en intervjuguide (Kvale og Brinkmann, 2010). Denne kan være en grov skisse med emner som skal tas opp, eller et detaljert oppsett med nøyaktige spørsmålsformuleringer (ibid). Vi valgte å lage et semistrukturert intervju med fastsatte temaer og forslag til spørsmål under disse. Det ble gjort for å få informanten til å fortelle sin historie. Temaene bidro til produksjon av kunnskap, mens ved at informantens svar styrte samtalen og rekkefølgen på spørsmålene ble det fremmet en god intervjuaksjon (Kvale og Brinkmann, 2010).

Intervjuet ble gjennomført 08.10.2012 og audiotapet. For å oppmuntre informanten til å sette ord på sine erfaringer er det gunstig med en intervjusituasjon der atmosfæren er trygg (Kvale og Brinkmann, 2010). Vi innledet derfor med en middag, og selve intervjuet foregikk på et uforstyrret rom som innbydde til samtale mellom informant og forskere. Før intervjuet startet, ble informanten grundig forklart hva som skulle skje under intervjuet, og med dataanalyse og -behandling i ettertid. Informanten undertegnet deretter et informert samtykke.

Begge forfatterne av denne oppgaven var tilstede og deltakende i intervjuet. Dette gjorde at begge kunne stille spørsmål, og begge fikk med seg inntrykk som verken lydopptak eller notater kan formidle (Dalland, 2007). Intervjuet ble deretter transkribert fra muntlig til skriftlig form. Dette ble gjort for å strukturere intervjuet slik at det lettere kunne analyseres. Transkriberingen ble gjennomført ordrett, noe som gjorde det mulig å huske eventuelle uklarheter og sikre detaljer og nyanser. På denne måten tar transkripsjonen vare på meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte (Kvale og Brinkmann, 2010).

3.3.3 Analyse

Analysen kan gjøres med flere metoder (Kvale og Brinkmann, 2010). I dette tilfellet utføres dataanalysen gjennom en fortolkning av intervjuet. I tråd med målet om å få helhet og dybde i materialet, og på denne måten søke å forstå fenomenet, er det valgt en veksling mellom en fortellende analyseform og fortolkning ut fra det teoretiske rammeverket (Kvale og Brinkmann, 2010). Dette innebærer at informantens historie analyseres og sammenlignes med de funn som er gjort i litteraturgjennomgangen.

Da analysen var ferdig ble intervjuet slettet. Transkriberingsskriftet oppbevares i en intern HiSF-server som kun veileder, førsteamanuensis Geir Kåre Resaland, har tilgang til.

3.4. Hermeneutikk

Hermeneutikk betyr fortolkningslære og handler om å tolke menneskelig mening (Kvale og Brinkmann, 2010; Dalland, 2007). Hermeneutisk tenkning innebærer å se mennesket som en enhet satt sammen av flere opplevelsesdeler. Disse delene knyttes så sammen til en helhet (Dalland, 2007). I dette tilfellet betyr det at vi tolker mangfoldet av betydninger informantene beskriver.

For at fortolkningsprosessen skal gi en helhetsforståelse kreves det at man veksler mellom ulike innsiktsnivå (Befring, 2007). En veksling mellom for-, første-, del- og helhetsforståelse kalles den hermeneutiske spiral (Dalland, 2007). Dette innebærer mulighet for stadige omtolkninger (ibid). Med andre ord: vi er ikke nøytrale forskere. Vi har innflytelse på både prosessen og kunnskapsutviklingen. Vår forforståelse av vektreduksjon har vært et verktøy i utviklingen og tolkningen av intervjuet. Ved å veksle mellom forforståelse, teori og informantens uttalelser har vi tolket de ulike delene og så satt disse inn i en helhet.

3.5 Validitet og reliabilitet

Metodevalget gir ikke garanti for vitenskapelig kvalitet, enten man velger kvantitativ eller kvalitativ metode (Malterud, 2011). For at metoden skal gi troverdig kunnskap stilles det krav til validitet og reliabilitet (Dalland, 2007).

3.5.1 Validitet

Validitet betyr gyldighet, og sier hva våre funn gir gyldig kunnskap om (Dalland, 2007). Det

skilles mellom intern og ekstern validitet (Malterud, 2011). For å sikre intern validitet må dataene være relevante for å svare på problemstillingen (ibid). De ulike temaene i intervjuguiden er basert på teori om vektreduksjon og -vedlikehold, og slik belyses de sentrale sidene ved problemstillingen. Intern validitet ivaretas også ved at informanten innehar kunnskap om hvordan man kan lykkes med vektreduksjon og -vedlikehold.

Ekstern validitet er overførbarhet eller generalisering, og beskriver hvilke kontekster funnene er gyldige i (Malterud, 2011). Med kun én informant, kan funnene i liten grad generaliseres. Like fullt; informanten har lykkes med vektreduksjon og kan derfor bidra med troverdig kunnskap.

3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet betyr pålitelighet, og sier noe om reproduserbarheten i en studie (Dalland, 2007). Reliabilitet stiller krav om at datainnsamlingen har foregått på en korrekt og nøyaktig måte. Feilkilder i forbindelse med et intervju dreier seg om hvorvidt spørsmålene blir oppfattet på riktig måte, om forskerne oppfatter svarene på riktig måte og om lyden på opptaket er god nok (ibid). Reliabiliteten er ivaretatt ved at vi stilte åpne spørsmål for å unngå at informanten svarte det han trodde intervjuerne ønsket å høre. Intervjuet ble audiotapet slik at datainnsamlingen ikke baseres på hukommelse.

4.0 Informantens vekthistorie

Det var i juni 2010, da han veide omlag 180 kilo, at informanten begynte med det han kaller «prosjektet sitt». De ti første månedene var en periode med kraftig vektreduksjon, mens tiden etter var preget av mindre vektreduksjon og mer vektvedlikehold. Sistnevnte periode ga derimot betydelig bedre fysisk form, overskudd og treningsglede.

Informanten har tidligere hatt en rekke forsøk på å redusere vekt; «*ganske mange ganger, faktisk helt tilbake til jeg var femten-seksten år*». Han definerer ett av dem som vellykket. Det hadde han da han var 18 år gammel. Etter dette økte vekten gradvis, men den største vektøkningen skjedde i løpet av de ti siste årene fram til juni 2010; «*så gikk det i fra hundre og ti-femten til hundre og åtti*». Da bestemte seg for å gjøre noe med vektproblemet. Tanker ble til handling og endring.

Informanten gikk til arbeidsgiveren og fortalte om situasjonen. Han ba om ikke å få de store prosjektene på jobb slik at han kunne konsentrere seg om vektreduksjon. Samtidig begynte han med daglig fysisk aktivitet og kuttet i matinntaket. Ca 50 kilo forsvant de ti første månedene. Etter denne perioden økte informanten treningsmengden og opplevde at vektreduksjonen stoppet. Han har i etterkant holdt vekten tilnærmet stabil, men med en vektreduksjon på omlag 10 kilo.

Denne høsten (2012) har vært preget av mye jobb, og informanten uttrykker at det har vært umulig å kombinere mye jobb og fullt fokus på vektreduksjon. Til tross for at dette har vært en dårlig periode, er planen nå at fokuset skal bli ham selv igjen. På spørsmålet «*(...) du er målbevisst og klar for en ny periode?*» svarte han raskt: «*Klar for en ny periode, ja*».

5.0 Analyse

I denne oppgaven har vi undersøkt hva som kjennetegner de som lykkes med betydelig vektreduksjon og påfølgende vektvedlikehold. Dette er gjort ved å gjennomføre en case-studie og litteraturgjennomgang. I dette kapittelet vil vi systematisk diskutere de ulike faktorene som er viktig for vektreduksjon og påfølgende vektvedlikehold. Dette vil vi gjøre ved å knytte litteraturen sammen med informantens erfaringer.

5.1 Definisjon av suksess

Ved å sammenligne informanten med definisjonene i tabell 2.0 ser vi at informanten oppfyller kriteriene i de fleste definisjonene. Vi spurte om når han anser seg selv som suksessfull:

«Altså, jeg har suksess. (...) hvis du kun ser på vekt, så var de første ti månedene en kjempesuksess, og de siste fjorten månedene har ikke vært noen suksess. Så må vi ta inn den fysiske biten, altså helsetilstanden min.»

De siste fjorten månedene har han trent mye og oppnådd vesentlig bedre form, og sier «*så uansett så har jeg suksess så langt*». Informanten definerer sin suksess både i forhold til vekt og i et helsemessig perspektiv. Dette er en utvidet suksessdefinisjon og indikerer at kriteriene i de ulike vektvedlikeholdsdefinisjonene bør vurderes i et bredere perspektiv som inkluderer for eksempel fysisk form, helsestatus og livskvalitet, slik som Wing og Hill (2001) foreslår.

Informanten har tidligere hatt ett forsøk han definerer som vellykket: «*(...) jeg har hatt ett vellykka forsøk. Det var da jeg var atten år gammel. Da gikk jeg ned fra hundreogtolv til toogåtti*», og han lå «*lenge på nitti*» etter dette. Selv om informanten er uklar i forhold til hvor lenge han vedlikeholdt vekten etter denne vektreduksjonen, kan forsøket defineres som suksessfullt i følge flere av definisjonene. Men, hvor suksessfullt kan vektreduksjon og -vedlikehold anses å være dersom det ikke er varig? Hva med informantens inneværende forsøk; er det suksessfullt om han går opp igjen i vekt? Selv sier han: «*kommer om to år og jeg er hundreogfemti kilo igjen, så er ikke det suksess*». Utsagnet indikerer at informanten ikke anser inneværende forsøk som suksessfullt dersom det ikke holder livet ut. Dette tidsperspektivet skiller seg markant fra de ulike definisjonene i tabell 2. Wing og Phelan (2005) konkluderer at om man vedlikeholder vektreduksjonen i 2 - 5 år, øker sjansen for langtidssuksess signifikant. Mange av definisjonene i tabell 2 kan på bakgrunn av dette ha et

for kort tidsperspektiv for å forutsi varig vektvedlikehold. Derfor bør det vurderes om man burde fastsette nye kriterier og etablere en ny vektvedlikeholdsdefinisjon. I følge Stevens et al. (2006) kan en slik definisjon forbedre forskningen på faktorer som assosieres med suksessfullt vektvedlikehold. Det kan øke sammenligningsgrunnlaget mellom ulike studier og gjøre arbeidet med å identifisere suksessfaktorer lettere.

5.2 Atferdsendring

Flere studier har vist at initial atferdsendring kan oppstå plutselig, ikke planlagt og utløses av en hendelse (Epiphaniou og Ogden, 2010; Ogden og Hills, 2008; Wing og Phelan, 2005).

Ifølge Ogden og Hills (2008) finnes det mange potensielle utløsende hendelser. Derfor er det trolig andre faktorer, enn hendelsen i seg selv, som er avgjørende for hva som er utløsende faktor og hva som fører til initial atferdsendring (ibid).

Informanten *«har alltid vært fast bestemt på at jeg skal gå ned igjen i vekt»*. Tanken om å gjøre noe med vekten hadde *«ligget latent i hodet mitt hele tiden»*, og tyder på at informantens atferdsendring kom som et resultat av en langsom prosess i kognitive skiftninger. Dette samsvarer med den transteoretiske modellen som tar utgangspunkt i at atferdsendring skjer som en gradvis prosess (Prochaska et al., 1994).

På spørsmål om det var én eller flere utløsende faktorer som ledet til atferdsendring, beskrev informanten følgende i forbindelse med en fotballturnering:

«(...) jeg skulle gå igjennom folkemengden som var der, og da følte jeg at alle stirra på meg. Jeg hadde for liten bukse, for liten skjorte, og det var... hett og... ja. Var rett og slett en helt pyton opplevelse.»

For informanten var denne hendelsen den utløsende faktoren for vektreduksjon. Han følte at alle så på ham, og man får inntrykk av at han opplevde denne hendelsen som ubehagelig og stigmatiserende. Ogden og Clementi (2010) konkluderte med at stigmatisering kan både undergrave motivasjon til endring og, under de rette forholdene, være trigger for atferdsendring.

Med utgangspunkt i den transteoretiske modellen (Prochaska et al., 1994) kan det tyde på at informanten var i overveielssstadiet, og at hendelsen på fotballturneringen førte ham over i

handlingsstadiet. Dette stadiet har han vært i tidligere, men han har ikke klart å opprettholde atferdsendringen over tid og hatt tilbakefall. Hva har ført til at informanten er kommet i vedlikeholdsstadiet og lykkes med vektvedlikehold denne gangen?

I etterkant av forballturneringen analyserte informanten hvorfor han ble sykkelig overvektig og hvordan han havnet i, det han kaller, et uføre.

«Det er helt nødvendig å belyse hvorfor du er i det uføre, for at du skal klare å gjøre noe med det. (...) det er alltid en årsak til at folk går opp i vekt, eller blir så store som jeg var. (...) den runden en må ha med seg selv i forkant er helt nødvendig.»

Utsagnet over indikerer at informanten mener denne analyseringen var nødvendig for å kunne gjøre noe med vektsituasjonen. I følge Ogden (2009) er det større sannsynlighet for at den initiale atferdsendringen opprettholdes dersom man ser vekten som en konsekvens av sin egen atferd. Hun fant at de som tror vekten er et resultat av livsstil og at den beste løsningen er varig atferdsendring gjennomfører atferdsendringene i større grad (ibid).

Informanten er tydelig på at det er en varig livsstilsendring som må til for å lykkes med vektreduksjon.

«Du (...) må legge til deg varige vaner og livsstilsendringer. (...) det er ikke bare mat, eller bare trening, det er en total livsstilsendring som må til. (...) hvis du ikke legger om livsstilen din, så går du rett opp igjen.»

Livsstilsendring, særlig modifisering av spiseatferd, fysisk aktivitet og psykologiske faktorer som holdninger, målsettinger og følelser, er ansett som den sentrale determinanten for om individer vil gå ned i vekt og vedlikeholde vekttapet (Brownell, 1999).

5.3 Målsetting

Å sette seg urealistiske vektmål synes å være en norm blant de som søker seg til fedmebehandling (Teixeira et al., 2005). Informantens mål er BMI på under 25, og håpet var at dette skulle innfris ved årsskiftet 2011/2012. Det gikk imidlertid ikke. I likhet med de som går til fedmebehandling, virker det som informantens mål var urealistisk, særlig sett i forhold

til tidspunktet det var ment å innfris.

Likevel, studier viser at et høyt drømmevekttap er svakt assosiert med større langtids vektreduksjon (Elfhag og Rössner, 2005). Dette kan forklares ved at urealistisk optimisme er en kjent psykologisk mekanisme som kan gjøre tilpassing til målkravene lettere (ibid). Kanskje er dette noe av grunnen til at informanten vil fortsette vektreduksjonen. For til tross for at målet ikke ble innfridd, sier han: *«Jeg er helt bombesikker på at jeg skal klare det»*.

Andre studier har vist at urealistiske vekt mål kan påvirke vektreduksjon negativt (Ohsiek og Williams, 2010). Ved å sette seg urealistiske mål kan man ende opp med en vekt høyere enn håpet (Elfhag og Rössner, 2005). Som nevnt i teorien kan det føre til at man gir opp den atferden som kreves for vektvedlikehold (ibid). Faren ved det er vektøkning. Informanten beskriver dette i forbindelse med tidligere forsøk:

«(...) jeg tror det er med meg som med mange andre som mislykkes, at da blir det faktisk bare verre igjen i etterkant. (...) du klarer å gå ned lite grann, og så ryker du eller går på en smell, og så får du den her oppgangen som gjør at du kommer enda høyere igjen.»

Hvordan kan det skje? Han forklarer: *«når du er så på hugget på at vekt nedgang er hovedfokuset, og da får stopp. (...) det er hardt.»* Denne motgangen må man være forberedt på, mener informant: *«når du kommer til de punktene hvor tingene flater ut, det vil det gjøre»*. Da er det viktig å *«være mentalt forberedt på det»*. Han beskriver videre at man bør *«være ganske sterk psykisk, du må ha tålmodighet slik at du er klar og ikke innse at slaget er tapt og så gå andre veien igjen»*.

Selv om vekten har flatet ut det siste året, uttrykker informant at han er fornøyd dagens situasjon: *«Jeg er ganske fornøyd med tingenes tilstand, jeg nå i dag»*. Tilfredsheten har flere årsaker. *«Selv om jeg ikke har hatt den store vekt nedgangen det siste året, så har jeg hatt den ekstreme oppturen på fysisk aktivitet»*, slik at *«jeg er i god fysisk form»*. I tillegg innser informant at situasjonen ikke er like kritisk i dag som for to år siden, da han var på sitt

tyngste. Studier har vist at de som er tilfreds med oppnådd vektreduksjon eller andre forventede utfall, lykkes bedre med vektvedlikehold enn de som ikke er tilfreds. Det gjelder uavhengig av om det opprinnelige vektmålet er nådd eller ikke (Ohsiek og Williams, 2010). Det kreves imidlertid mer forskning på hvordan tilfredshet påvirker vektreduksjon (ibid).

5.5 Sosial støtte

Sosial støtte kan påvirke utfallet av vektreduksjonen (Elfhag og Rössner, 2005). Om tidligere vektreduksjonsforsøk sier informantene at *«det jeg har gjort feil de gangene tidligere, det er at jeg ikke har involvert folk rundt meg»* Denne gangen involverte han folk etter *«to-tre måneder»* og *«det gikk voldsomt bra inntil jeg tok inn folk, men fra jeg tok inn folk så gikk det faktisk bare mye, enda mye bedre»*. Å inkludere støtte har åpenbart virket positivt på informantens vektreduksjon og -vedlikehold.

På spørsmål om informantene er åpne om situasjonen sin, svarer han: *«Nå så er jeg det»*. Ved tidligere forsøk involverte han ikke folk fordi han fryktet å sprekke: *«Gå inn, og så involvere folk, og så kommer den dagen da du ikke klarer det, du går på en smell, og går opp igjen i vekt. Det er litt flaut å fortelle»*. En annen mulig årsak til at han ikke valgte åpenhet før, kan være på grunn av negative kommentarer han fikk om vekten. *«Du får sånne kommentarer jevnt og trutt hele tiden»*. Det førte til at han trodde at *«alle» er imot deg og at alle vil deg vondt»*.

Ved å se funksjonell støtte (Verheijden et al., 2005) i sammenheng med informantens utsagn over, er det tydelig at han ikke bare manglet persepsjon av støtte ved tidligere forsøk, han oppfattet også andre som motstandere. Det viste seg derimot å være *«stikk motsatt»*. Informanten beskriver at folk nærmest stod *«i kø for å hjelpe til»*, og uttrykker derfor at *«det er dumt en ikke har gjort det før»*.

5.5.1 Familie

Med full jobb og mye tid til fysisk aktivitet *«er det nødt til å gå på bekostning av noe»* Informantens samboer har vært *«kjempeimøtekommende for å få denne her kabalen til å gå i sammen»*. Blant annet får hun *«mye mer trøkk med ungene enn jeg gjør»*. Med slik støtte fra samboeren, har informantene hatt større mulighet til å endre sin atferd. Det å bli støttet i ens

forsøk på å modifisere atferd, er funnet å være en viktig komponent for vektreduksjon (Hindle og Carpenter, 2011).

5.5.2 Venner og bekjente

Høsten 2010 var en styrkeløfter med informanten på trening tre ganger i uka. Andre venner og arbeidskollegaer «*senket seg ned på mitt nivå, og vi trente masse sammen*». De har «*bakka opp noe så helt ekstremt*». Informanten uttaler at med så god støtte, føler han at han må levere. «*Du bruker litt av andre sin fritid, (...) det setter litt mer krav til meg og, at du må levere litt.*» Dette indikerer at venners og bekjentes atferd påvirker informantens vektreduksjon positivt. Slik påvirkning støttes av studier, men mekanismene bak er ukjent (Cunningham, 2012).

5.5.3 Arbeidsgiver

Informanten gikk til arbeidsgiveren sin og sa at han ikke ønsket «*noen sånne store prosjekt*», og at han måtte «*roe ned litt her på jobb for at nå skal jeg faktisk ha et prosjekt med meg selv.*» Dette fikk han full støtte for.

Vi spurte om vektreduksjon krever mye tid; «*Ja, du må ha tid*» fordi «*(...) du er nødt til å ha fokus på det du driver med. (...) Og da nytter det ikke å ha jobb seksten timer i døgnet*». På spørsmål om det er vanskelig å kombinere mye jobb og samtidig opprettholde fokus på vektreduksjon svarer han: «*Det går ikke. (...) jeg kan kun ha ett «hovedprosjekt»*». Elfhag og Rössner (2005) beskriver arbeidsbelastning som en faktor som kan vanskeliggjøre vektreduksjon og føre til vektoppgang. De som går opp igjen i vekt oppfatter barrierer tilknyttet jobbforpliktelser og tid til fysisk aktivitet signifikant mer enn vektvedlikeholdere (Ohsiek og Williams, 2010). Informanten forteller at store arbeidsmengder fører til «*ustrukturerte arbeidstider, ustrukturert mat, ikke trening*», og at «*det går på bekostning av alt*».

Informanten ser tydelige farer ved den arbeidsmengden han har hatt denne høsten (2012): «*(...) hvis det fortsetter sånn som jeg har hatt siste måneden, så kan det fort gå galt igjen.*» Når han sammenligner tidligere vektoppgang med dagens arbeidssituasjon, ser han at «*september, er en måned sånn som jeg hadde plenty av før*». Det har ført til at informanten i dag er tydelig på at «*(...) hvis det viser seg at jeg sliter nå med å komme ned de siste tjue*

kiloene, så kommer jeg til å be om å få en ny sånn [rolig periode på jobb]».

5.5.4 Profesjonell hjelp

Informanten har ikke benyttet seg av formell profesjonell hjelp. Studier har vist at betydningen av profesjonell hjelp er mindre enn støtte fra personens naturlige miljø (Verheijden et al., 2005). Derimot sier informanten han har hatt en kamerat med doktorgrad på nærliggende fagområde han regner som profesjonell. De *«prata enormt mye i telefonen»* og kameraten fikk informanten *«til å tro at du er verdensmester»*. Han ga praktiske råd og fungerte som motivasjonskilde. Dette samsvarer med den positive rollen det er vist at helsepersonell kan bidra med i forhold til vektreduksjon (Hindle og Carpenter, 2011).

Ved et tidligere vektreduksjonsforsøk ble informanten henvist til en frisklivssentral, og forteller denne historien: *«I hvert fall så husker jeg en av de første samtalene jeg hadde med hun dama som jobba der»* og *«hun spurte om det var noe fysisk aktivitet»*. Informanten svarte at han hadde begynt å gå tur. Svaret husker han *«omtrent som det var i går»*. Han ble fortalt at *«det var ikke nok å bare gå, du er nødt til å gå på et treningssenter og trene styrke»*.

Informanten mener at *«for en person som er så tung som jeg var da. Det at han var begynt å gå [var] gull verdt»*. I stedet for å komme med formaninger mener informanten hun burde *«motivere... noe positivt, og ikke si at det er negativt, det er ikke godt nok. Det var en tragedie, rett og slett...»* Denne historien tar informanten *«fram i alle situasjoner jeg kan»*, og den indikerer at helsepersonell må være svært bevisste på hvordan de formulerer seg overfor personer som ønsker å gå ned i vekt. Dette kom frem i en studie som viste at helsepersonell kan påvirke vektreduksjonen negativt ved at overvektige blir møtt med uhensiktsmessige kommentarer og manglende forståelse (Thomas et al., 2006).

5.6 Kosthold og fysisk aktivitet

Vektvedlikehold er åpenbart assosiert med lavere totalt kaloriinntak (Elfhag og Rössner, 2005), og et kjennetegn hos vektvedlikeholdere er høy grad av diettbegrensninger. På spørsmål om hva informanten mener er den viktigste faktoren for vektreduksjon, er han rask med svaret: *«Mat, helt hundre prosent sikkert»*. I de *«ti første månedene lå jeg rundt tolvhundre [kalorier]. (...) det var det som var nøkkelen min»*. Informanten var i en kort periode helt nede i 800 kalorier per dag. Da opplevde han ved et tilfelle å besvime. Episoden fikk ham til å innse: *«Det er ikke noe poeng i å gå ned to kilo i uka hvis du dauer etter én,*

eller hvis det går galt etter fire måneder. Alt med måte. (...) en skal ikke tøyne det for langt, heller.» Ved ikke å tøyne det for langt, mener informanten at det er større sannsynlighet for at han kan opprettholde diettbegrensningene over lengre tid. Han sier: *«en må gjøre det skikkelig. Det er ikke hjelp i å slanke seg ei uke, trene ei uke, og så ta tre uker pause»*. Sett under ett viser disse utsagnene at informanten viser stor grad av diettbegrensninger.

I 2012 hadde informanten *«en ekstremperiode i februar/mars»* med diettbegrensninger og vektreduksjon. Senere på våren hadde han en periode på omlag én måned med to ferieturer, hvor han opprettholdt *«et normalt matnivå»*, og ikke gikk ned i vekt. Teorien viser at å ta pause fra vektreduksjon i ferier, slik som informanten gjorde, er forbundet med høyere risiko for å gå opp igjen i vekt (Wing og Phelan, 2005). Informanten har heller ikke kuttet matinntaket etter dette. I stedet for å veksle mellom perioder med store og ingen kalorikutt, er det kanskje mer hensiktsmessig med moderate kalorikutt gjennom hele året? Det er vist at de som beholder jevn diettbegrensning gjennom hele året har større sjanse for langtids vektvedlikehold (Wing og Phelan, 2005).

Den fysiske aktiviteten i begynnelsen av vektreduksjonsprosessen bestod av fotturer. Han var *«ute og gikk. Fast. En time-halvannen hver kveld»* i nærheten av hjemmet. Utover høsten begynte han også å sykle til jobb. Våren 2011 la han om til *«å trene mye mer og mye hardere»*. Han opplevde i denne perioden at vektreduksjonen stoppet, og tror at omleggingen av treningsstrukturen kan være en del av forklaringen.

«Når du begynner å trene mye og hardere som jeg gjorde i mai tjueelleve, så er det nødt til at inntaket av karbohydrater blir mye høyere. Da må du ete mer, og skal du ned i vekt, så tror jeg det er bedre å ikke trene så mye, og så dermed kutte mat.»

Lara et al. (2010) hevder at å gå fra en inaktiv livsstil til et moderat fysisk aktivitetsnivå, ikke forbindes med økt energiinntak. Et høyt fysisk aktivitetsnivå derimot, gir høyere energi- og karbohydratinntak (ibid). Det virker som om informanten, i de periodene han trener mye og hardt, ikke går ned i vekt fordi han samtidig øker matinntaket i en slik grad at energiunderskuddet, og dermed vektreduksjonen, uteblir. Utsagnet over indikerer at informanten forstår denne sammenhengen. Selv om et høyt fysisk aktivitetsnivå ikke har ført

til vektreduksjon, har han vedlikeholdt vekten. Det ser derfor ut som at fysisk aktivitet er viktig for informantens vektvedlikehold, slik teorien viser (van Baak, 2010; Wing og Hill, 2001).

Det er tydelig at informanten er bevisst på hvilken rolle både kosthold og fysisk aktivitet har for hans vekt. Elfhag og Rössner (2005) viser til studier som har funnet at vektvedlikeholdere i større grad er bevisst deres egen rolle i forhold til vektrelatert atferd. For å nå vektreduksjonsmålet er informantens plan å komme i gang igjen med vektreduksjon i nær fremtid. Han ser for seg *«et halvår nå som blir tøft. (...) For å kutte ned igjen til disse tolv, femtenhundre kaloriene, de er knallharde»*. For å få til dette har han planer om *«mye roligere trening, for da kan du kutte mer mat»*.

5.7 Selvmonitorering

Det er hevdet at selvmonitorering er den viktigste komponenten i atferdsbehandling ved fedme (Clark et al., 2010). Elfhag og Rössner (2005) setter bevissthet og selvmonitorering i sammenheng ved at de fant at vektvedlikeholdere er mer oppmerksomme på at de må være bevisste på sin atferd. Det samme gjør informanten: *«en skal være bevisst på hva en driver med og da må du evaluere det du gjør»*. Et eksempel på dette er følgende utsagn:

«Juni måned, for eksempel, så var det alkohol hver uke. Da var det forskjellige sommerfester, grillfester (...). Så dette her som jeg sa, at når du begynner å trene så mye, da tillater du litt mer, du kan ete litt mer da, (...). Men, du er klar over innerst inne, så burde ikke du ha tatt den kakebiten, eller tatt den isen, eller tatt den pilsen eller hva som helst.»

Informanten viser at han monitorer sin atferd, og setter samtidig faktorer i sammenheng og forsøker å analysere hvorfor vekten reduseres eller ikke. På grunnlag av dette sier han: *«Jeg veit godt hvorfor jeg gikk ned i januar, februar, mars. Og jeg veit godt hvorfor jeg ikke gikk ned i fra mai»*.

Informanten er ikke tydelig på hvor ofte han veier seg, men ved at han sier arbeidskollegaene *«var faktisk like spent de, på mandagene med veiing»* indikerer han at han veide seg ukentlig.

VanWormer et al. (2008) fant at daglig eller ukentlig veiing i en periode over flere måneder assosieres med større vektreduksjon og mindre vektoppgang.

I de periodene informanten kutter ned på matinntaket, skriver han lister over hva han spiser. I følge Clark et al. (2010) er dette gunstig for å bli mer bevisst på sine spisemønstre.

Informanten lar i tillegg andre lese listene. Denne prosessen gjør ham transparent, såfremt listene er sanne.

«Hvis jeg leverer ei liste som ser helt strøken ut, og jeg vet det er feil på den... Hvem lurer du da? Det er kun meg selv. Ingen andre. (...) hvis en kommer på det nivået at du begynner å jukse sånn, da kan du bare gi deg. (...) ærlighet, det er det aller viktigste når du gjør noe sånt.»

Forfatterne har ikke vært i stand til å identifisere teori rundt ærlighet og vektreduksjon og vektvedlikehold. Det er likevel åpenbart at for informanten er ærlighet en svært viktig faktor i prosessen, og uten ærligheten kan selvmonitoreringen miste sin verdi.

5.8 Mestringstro

Å ha tro på at man kan lykkes med vektreduksjon, og på at man kan kontrollere vekten sin assosieres med vektvedlikehold (Elfhag og Rössner, 2005). Informanten viser at han har tro på å nå målet, blant annet med følgende utsagn: *«Jeg er sikker på at jeg kan klare det»*. En viktig faktor for at han har tro på seg selv, kan være at han fokuserer positivt: *«[å] tenke litt positivt, jeg tror det er nøkkelen»*. Informanten velger alltid å fokusere på det positive, selv når vekten ikke reduseres: *«de ukene som ikke du hadde en kilo reduksjon, så må du finne noe annet å fokusere på som var positivt. For å lykkes, for min del, så er det å bygge oppturer»*. Informanten bygger oppturer både ved å fokusere på det positive ved det som har vært, og ved å hindre mulige nedturer. Denne høsten har informanten derfor valgt å ikke kutte matinntaket.

«Å prøve å knipe på mat, som er såpass tøft som det er, og så hvis du da ikke får vektmedgangen sånn umiddelbart, så er ikke det opptur, da er det fort en nedtur. Når jeg har jobba sånn som jeg har gjort [denne høsten], så hadde det ikke vært noe poeng i det hele tatt.»

Utsagnet indikerer at informanten unngår situasjoner som kan føre til at han mister troen på å nå målet. Dette kan tyde på at å bygge oppturer gir informanten større tro på seg selv. Elfhag og Rössner (2005) peker på at å føle at man har det som skal til for vektkontroll assosieres med vektvedlikehold.

Informanten har holdt foredrag om historien sin for studenter ved en høyskole og for brukere av helsesenter og frisklivssentral. Han sier at dette «er en bekreftelse til meg om at jeg gjør det rett». På denne måten føler han seg anerkjent og beskriver at å holde foredrag er «en ekstrem opptur for min del». Av dette har han fått positive forsterkninger selv om vekten ikke har gått ned. At man tar på seg slike roller er assosiert med vektvedlikehold, i følge Hindle og Carpenter (2011). For informanten virker det som om mekanismene bak denne rollen er å bygge oppturer. Det er oppturene «som gir motivasjon til å fortsette».

5.8 Oppsummering

Vektvedlikehold er en kompleks individuell prosess, og mange faktorer er avgjørende for hvorvidt vektreduksjon med påfølgende vektvedlikehold blir suksessfullt (Elfhag og Rossner, 2005). Vi identifiserte følgende fellestrekk i litteraturgjennomgangen: 1) å nå vektreduksjonsmålet sitt eller være tilfreds med oppnådd vektreduksjon, 2) sosial støtte, 3) modifisering av kostholdsatferd, 4) høyt fysisk aktivitetsnivå, 5) selvmonitorering, 6) å ta ansvar for egne handlinger og 7) mestringstro. Dette indikerer at en rekke faktorer kan påvirke vedlikehold.

Informantens nåværende vektreduksjonsprosess startet med en utløsende hendelse. Denne hendelsen ledet ham til å ta ansvar for sin egen situasjon, og han så seg selv som problemet og løsningen. Dette var bakteppet for at han valgte å fokusere på varige livsstilsendringer.

En faktor som skiller inneværende prosess markant fra tidligere forsøk, er at informanten denne gangen bestemte seg for å være åpen om situasjonen sin. Han involverte støtte, noe som gjorde det mulig for ham å ha ett «hovedprosjekt». Informanten har videre skapt en positiv sirkel basert på sin åpenhet. Han holder foredrag om sin vekthistorie og -situasjon, og opplever dette som oppturer. Dette gir ham motivasjon til å fortsette, og er trolig med på å forsterke mestringstroen hans.

Informantens bevissthet omkring sin situasjon kommer trolig som en konsekvens av at han evaluerer det han gjør. Han viser at fokus er nødvendig, og vektlegger at han hele tiden må jobbe mentalt:

«Gå ned i vekt er i teorien det enkleste i hele verden: du må ete mindre enn du forbruker. Så enkelt er det. Over tid skulle du gå ned i vekt. Eter du mer enn du forbruker, så over tid, så går du opp i vekt. Så en faktor, den mentale biten som styrer dette her... det er den som er vanskelig. (...) Så enkelt er det.»

Sett oppsummeringen under ett er det trolig et samspill og en interaksjon av flere faktorer som har gjort at informanten har lyktes. Westenhofer (2001) konkluderte at det ikke er en enkelt strategi som assosieres mer med vektreduksjon og -vedlikehold enn andre, men at den samtidige tilgjengeligheten av strategier øker muligheten for suksess.

5.9 Styrker og svakheter

En svakhet med denne studien er manglende mulighet til å generalisere funnene. Studiens overførbarhet kan være begrenset til å gjelde menn som går ned i vekt uten formell behandling. På grunn av oppgavens tidsperspektiv ble et utvalg studier på området identifisert. Det kan bety at andre relevante studier kan ha blitt oversett. Studiets design tillater heller ikke konklusjoner vedrørende den relative påvirkningen av de ulike faktorene. Vi kan derfor ikke si om det er én faktor som er av større betydning enn andre.

En styrke ved studien er at utvalget består av en mann. Tidligere forskning har i hovedsak vært basert på kvinner (Elfhag og Rössner, 2005). Mye av forskningen er også gjort på de som har lyktes ved å gå til fedmebehandling. Denne studien viser at det er mulig å gå ned i vekt uten formell behandling. Dette viser relevansen av studien sett opp mot at fedme er et individ- og samfunnsmessig problem.

5.10 Veien videre

Våre funn peker i retning av at vektvedlikehold er en kompleks prosess og at det kreves mer forskning på interaksjonen mellom faktorene. Kvalitative studier anbefales for en dyptgående forskning på individer og deres livsstil. Men de bør inkludere et større antall objekter for å kunne øke generaliseringsmulighetene.

5.11 Konklusjon

Denne oppgaven har beskrevet og analysert faktorer som kjennetegner de som lykkes med vektreduksjon med påfølgende vektvedlikehold. Det som kjennetegner de som lykkes er at de ser faktorene i en helhetlig sammenheng der det ikke er én enkelt faktor alene, men samspillet og interaksjonen mellom dem som er avgjørende for å lykkes.

6.0 Litteraturliste

- Andersen, S.S. (1997) Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design. Bergen: Fagbokforlaget.
- Befring, E. (2007) Forskningsmetode i etikk og statistikk (2. utgave). Oslo: Samlaget
- Brownell, K.D (1999) The Central Role of Lifestyle Change in Long-term Weight Management. *Clinical Cornerstone*, 2:43-51
- Byrne, S. (2002) Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*. 53:1029-1036
- Clark, V.L., Pamnani, D og Wadden, T. (2010) Behavioral Treatment of Obesity. I: Kopelman, P.G, Caterson, I.D og Dietz, W.H. (red.) *Clinical Obesity in Adults and Children*, s 301-312 (3.utgave). West Sussex: Blackwell Publishing.
- Cunningham, S.A., Vaquera, E., Maturo, C.C. og Venkant Narayan, K.M. (2012). Is there evidence that friends influence body weight? A systematic review of empirical research. *Social Science & Medicine*, 75:1175-1183.
- Dalland, O. (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter (4. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Elfhag, K. og Rössner, S (2005) Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6:67-85.
- Epiphaniou, E. og Ogden, J. (2010) Evaluating the Role of Life Events and Sustaining Conditions in Weight Loss Maintenance. *Journal of Obesity*, 7 pages.
Doi:10.1155/2010/859413
- Finuance, M.M, Steven, G.A, Cowan., M.J., Danaei, G., Lin, J.K ., Paciorek., C.J., Singh, G.M., Gutierrez, H.R., Lu, Y., Bahalim., A,N., Farzadfar, F., Riley, L.M. og Ezzati, M. (2011) National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. *The Lancet*, 377:557-567. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5
- Hindle, L og Carpenter, C. (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24:342–350. Doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x.

Krokstad, S. og Knudtsen, M.S (2011) *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*
Red.: Krokstad, S og Knudtsen, M.S. Levanger: HUNT forskningscenter

Kvale, S og Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lara, J., Taylor, M.A. og Macdonald, I.A. (2010). Energy Expenditure in Humans: The influence of Activity, Diet and the Sympathetic Nervous System. I: Kopelman, P.G, Caterson, I.D og Dietz, W.H. (red.) *Clinical Obesity in Adults and Children*, s 151-163 (3.utgave). West Sussex: Blackwell Publishing.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS.
Byrne, S.M. (2002) Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Juornal of Psychosomatic Research*, 53:1029-1036.

Ogden, J. og Hills, L (2008) Understanding sustained behavior change: the role of life crisis and the process of reinvention. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study og Health, Illness and Medicine*, 12:419-437. Doi: 10.1177/1363459308094417.

Ogden, J. (2009) A psychosocial modell of behaviour change and role of life events. *The European Helath Psychologist*. 11:30-32.

Ogden, J. og Clementi, C. (2010) The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma. *Journal of Obesity*, 9 pages. Doi: 10.1155/2010/429098

Ohsiek, S., og Williams, M. (2010). Psychological factors influencing weight loss maintenance: An integrative literature review. *American Academy of Nurse Practitioners*. 23: 592-601. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00647.x

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D., Rossi, S.R. (1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13: 39-46. Doi: 10.1037/0278-6133.13.1.39

Rössner, S., Hammarstrand, M., Hemmingsson, E., Neovius, M., og Johansson , K. (2008). Long-term weight loss and weight loss maintenance strategies. *The International Association for the Study of Obesity*. 9: 624-630.

Stevens, J., Truesdale, K. P., McClain, J. E. og Cai J. (2006). The Definition of Weight Maintenance. *International Journal of Obesity*. 30: 391-399.

Teixeira, P.J., Going, S.B., Sardinha, L.B og Lohman, T.G. (2005) A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity reviews*, 6:43–65. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00166.x

Thomas, S.L., Hyde, J., Karunatatne, A., Kausman, R. og Komoesaroff, P.A. (2008). ”They all work...when you stick to them”: A qualitative investigation of dieteing, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. *Nutrition Journal*, 7:34. Doi: 10.1186/1475-2891-7-34

Van Baak, M.A. (2010) Exercise, Physical Acticity and Obesity. I: Kopelman, P.G, Caterson, I.D og Dietz, W.H. (red.) *Clinical Obesity in Adults and Children*, s 313-326 (3.utgave). West Sussex: Blackwell Publishing.

VanWormer, J.J, French, S.A., Pereira, M.A. og Welsh, E.M (2008). The impact of Regular Self-weighing on Weight Management: A Systematic Literature Review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 5:54. Doi: 10.1186/1479-5868-5-54.

Verheijden, M.V. Bakx, J.C,van Weel, C., Koelen,M.A. og van Staveren,W.A-(2005). Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition* 59:179–186. Doi:10.1038/sj.ejcn.1602194.

Westenhoefer, J. (2001). The therapeutic challenge: behavioral changes for long-term weight maintenance. *International Journal of Obesity*. 25: suppl 1, 585-588.

WHO (2002) *The world Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2012) http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html lest:17.12.12

Wing, R.R og Hill, J.O (2001) Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*. 21: 323-41. Doi: 10.1146/annurev.nutr.21.1.323

Wing, R.R og Phelan, S. (2005) Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(suppl):222S-5S.

Vedlegg 1

Intervjuguide:

Objektive data: Kjønn, alder, utdanning, jobb, lønn, sivilstatus

Vekthistorie

- Kan du fortelle om de to siste årene fram til i dag?
- Har du tidligere gjort forsøk på å gå ned i vekt?
- Hvordan opplevde du å være overvektig?
- Hva tenker du er årsakene til at du ble overvektig?
- Hvor fysisk aktiv har du vært: A) siste 2 år, B) i livet?

Utløsende faktorer

- Hva fikk deg til å bestemme deg for å gå ned i vekt?
- Var det en utløsende faktor(er)?
- Kan du fortelle om det å ta ansvar for en slik situasjon du har vært/er i?

Målsetting og suksessfaktorer

- Har du (hatt) en målsetting? Setter du deg nye målsetninger? Har du delmålsetninger?
- Hva definerer du som suksess?
- Kan du si noe om hvordan du, i løpet av tiden du har redusert vekt, har fokusert på:
A) vektnedgang (per se) , og B) fysisk/mental helse?
- Hvilke faktorer mener du er viktigst for å lykkes med det du gjør?
- Evaluerer du deg selv på noen måte?

Sosiale og strukturelle faktorer

- Kan du beskrive miljøet/støtten rundt deg?
- Har du benyttet deg av profesjonell hjelp?

Generelt

- Hva tror du er de viktigste årsakene til at så mange går opp i vekt i dag?
- Hva er ditt råd til personer som opplever det samme som deg?
- Hva motiverer deg?
- Hvordan ser du på framtiden?