



UPPSALA  
UNIVERSITET

Examensarbete

D-uppsats, avancerad nivå  
15hp vt 2012

# Faktorer som kan förhindra avhopp från gruppträffar vid behandling av övervikt och fetma

Marie Wiholm Grund

Institutionen för  
kostvetenskap  
Box 560  
Besöksadress: BMC,  
Husargatan 3  
751 22 Uppsala



## SAMMANFATTNING

UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för kostvetenskap

Examensarbete D 15 ECTS, 2012

Titel: Faktorer som kan förhindra avhopp från gruppträffar vid behandling av övervikt och fetma.

Författare: Marie Wiholm Grund

Handledare: Margaretha Nydahl, institutionen för kostvetenskap, Uppsala Universitet

**Bakgrund:** Att fullfölja ett behandlingsprogram är förknippat med bättre viktminskningsresultat. Tidigare studier har huvudsakligen studerat avhopp från hela behandlingsprogram inte delar av ett program. Faktorer som tidigare visats påverka patienters viktminskningsresultat är frekvensen av möten med professionell personal, det sociala stödet från familj och vänner och bristen på motivation samt i ett fåtal studier även semesterperioder. I flera studier har "drop-out" patienter angivit att de hoppat av behandlingen pga. missnöje med personal och med behandlingsprogrammets utformning. "Drop-out" från behandling har också kunnat påvisas bero på svårigheter med att följa dieten. Om det primära motivet till viktminskning är utseenderelaterat ökar risken för drop-out enligt tidigare studier.

**Syfte:** Studera faktorer som kan förhindra avhopp från de gruppträffar som ingick i ett program för behandling av övervikt och fetma.

Sociala, psykologiska och demografiska faktorer studerades.

**Material:** Totalt 189 kunder vid ett kommersiellt överviktcenter inom Storstockholm tillfrågades att delta i studien. Av dessa deltog 118 (svarsfrekvens 62 procent).

**Metod:** En enkätstudie distribuerades via e-mail. Excel användes för databearbetning och Chi-två för den statistiska bearbetningen med en signifikansnivå på max 5 procent.

**Resultat:** Aktuell studie fann signifikanta skillnader inom det sociala området. Faktorer som visade på en signifikant skillnad mellan avhoppare och närvarande med ett p-värde  $< 0,001$  var upplevelsen av personal och gruppträffar samt om kunden haft semester. Följsamhet till rekommenderad diet visade också på en signifikant skillnad mellan avhoppare och närvarande (p-värde  $< 0,05$ ). Inga andra områden kunde påvisa en statistisk signifikant skillnad.

**Slutsats:** Den professionella personal som ansvarar för överviktbehandling är mycket viktig för att patienter inte ska hoppa av gruppträffar. Förutom dietetik kunskap är det viktigt med kunskaper i pedagogik. Gruppträffarna måste utformas så att de inspirerar, informerar och stödjer. Hantering av semestrar bör ingå som en viktig del i ett behandlingsprogram liksom vikten av att följa en diet helt.

## **ABSTRACT**

UPPSALA UNIVERSITY

Department of Food, Nutrition and Dietetics

Master Thesis 15 ECTS credit points, 2012

Titel: Factors that may prevent drop-out from group meetings that are part of an overweight treatment program

Author: Marie Wiholm Grund

Supervisor: Margaretha Nydahl, Department of Food, Nutrition and Dietetics, Uppsala University

**Background:** To complete an overweight treatment program is associated with better weight loss. Previous studies have in principle focused on drop-out from the entire program, not individual parts of a program. Factors previously shown to influence the patients' weight loss results are: frequency of individual meetings with a professional, the lack of social support from family or friends, the lack of motivation and in a few studies vacations. In several studies the drop-out patients have stated that their reasons for drop-out were dissatisfaction with the staff and the program design. Drop-out has also been shown to be connected with difficulties in adherence to the diet. If the primary motive to lose weight is appearance-related, the risk of drop-out increases according to previous studies.

**OBJECTIVE:** To study different factors behind customers' decision not to continue participating in group meetings which were part of an overweight treatment program. Social, psychological and demographic factors were studied.

**SUBJECTS:** A total of 189 clients at a commercial overweight centre within Stockholm were asked to participate in the study. Of these, 118 participated (response rate 62 percent).

**METHODS:** A questionnaire was distributed by E-mail. Excel was used as an analysing tool and Chi-square was used for the statistical analysis with a significance level of 5 percent.

**RESULTS:** The study found a significant difference concerning social factors. Factors showing a statistical significant difference with a  $p$ -value  $< 0,001$  were the respondents' opinion of the staff and of the group meetings, as well as if the customer had had vacation. The adherence with the recommended diet also showed a statistical significant difference between the customers skipping group meetings and those continuing to participate ( $p$ -value  $< 0,05$ ). No other areas were able to demonstrate a statistically significant difference.

**CONCLUSION:** The professional staff responsible for overweight treatment is very important to prevent patients from drop-out of group meetings. In addition to knowledge of dietetics, skills in pedagogy are important. The group meetings must be designed to inspire, educate and support. Strategies for managing holidays should be an important part of a treatment program as well as the importance to follow a diet completely.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
<b>SOCIALA FAKTORER</b> .....	<b>2</b>
<i>Stöd från professionell personal</i> .....	2
<i>Förändrade matvanor under semestrar och ledigheter</i> .....	2
<i>Patienters utvärdering av personal och behandling</i> .....	3
<i>Svårigheten att följa den rekommenderade dieten</i> .....	3
<i>Effekten av socialt stöd från familj och vänner</i> .....	4
<b>PSYKOLOGISKA FAKTORER SOM PÅVERKAR VIKTMINSKNING</b> .....	<b>5</b>
<i>Primärmotiv och bristen på motivation</i> .....	5
<b>DEMOGRAFISKA VARIABLER</b> .....	<b>6</b>
<b>DEFINITION AV ”DROP-OUT” RESP. ”AVHOPP”</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>8</b>
<b>MATERIAL OCH METOD</b> .....	<b>8</b>
<i>Respondenter i den aktuella studien</i> .....	8
<i>Val av studieform</i> .....	9
<i>Urval</i> .....	9
<i>Utformning av enkät</i> .....	10
<i>Beaktande av etiska krav och riktlinjer</i> .....	12
<i>Statistisk bearbetning</i> .....	12
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
<b>RESPONDENTER OCH BORTFALL</b> .....	<b>12</b>
<b>AVHOPP I RELATION TILL SOCIALA FAKTORER</b> .....	<b>13</b>
<i>Avhopp i relation till antal individuella rådgivande samtal</i> .....	13
<i>Avhopp i relation till semesterperioder</i> .....	13
<i>Avhopp i relation till upplevelsen av personalen respektive av gruppträffarna</i> .....	14
<i>Avhopp i relation till rekommenderar diet samt följsamhet med dieten</i> .....	15
<i>Avhopp i relation till bristen på socialt stöd från familj respektive från kollegor och vänner</i> .....	17
<b>AVHOPP I RELATION TILL PSYKOLOGISKA FAKTORER</b> .....	<b>18</b>
<i>Avhopp i relation till primärmotiv respektive motivationsnivå</i> .....	18
<i>Avhopp i relation till uppnådd viktminskning och förväntning på viktminskningen</i> .....	19
<b>AVHOPP I RELATION TILL DEMOGRAFISK FAKTOR</b> .....	<b>20</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>20</b>
<b>MATERIAL OCH METODDISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
<i>Respondenter och bortfallsanalys</i> .....	21
<i>Valet av metoder</i> .....	21
<b>RESULTAT DISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
<i>Avhopp i relation till sociala faktorer</i> .....	21
<i>Avhopp i relation till psykologiska faktorer</i> .....	23
<i>Avhopp i relation till demografisk faktor</i> .....	24
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>24</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>26</b>
<b>BILAGA 1. ENKÄT</b>	
<b>BILAGA 2. FÖRBREV</b>	
<b>BILAGA 3. FÖLJEBREV</b>	
<b>BILAGA 4. CHI-TVÅ KORSTABELLER</b>	
<b>BILAGA 5. FREKVENSTABELL</b>	

## INTRODUKTION

Enligt WHO dör varje år 2,8 miljoner människor i världen pga. övervikt och fetma (1). Övervikt och fetma är en av de viktigaste etiologierna till bland annat hjärtkärlsjukdom och diabetes typ 2 (2). I Sverige var 2008, 15 procent av kvinnorna och 18,2 procent av männen över 20 år feta enligt WHO:s statistik (1). Enligt SCB:s undersökning "Undersökningar av levnadsförhållanden" från 2010 var 53,5 procent av männen över 16 år och 38,8 procent av kvinnorna över 16 år i Sverige överviktiga eller obesa (3).

Effektiv behandlingen av övervikt och fetma är komplicerad och multifaktoriell (4). Det finns i dagsläget få bevisat fungerande behandlingsmodeller med ett lyckat resultat på lång sikt. Vanliga former av behandling är energirestriktioner som ofta kombineras med beteendeterapi (2). Kirurgiska ingrepp görs också och i flera studier har man kommit fram till att kirurgi är det bästa alternativet för ett hållbart viktningsresultat (4,5). Detta innebär dock ett stort ingrepp, dels kirurgiskt men också socialt, psykologiskt och ekonomiskt (5). Alla kan därför inte opereras.

Enligt Stockholmslänslandsting arbetar inte sjukvården i tillräckligt stor utsträckning med folkhälsoarbete rörande matvanor och fysisk aktivitet (6). På den privata marknaden finns det dock flera aktörer som arbetar med viktningsresultat. Ett av dessa privata företag, som kan visa på en evidensbaserad verksamhet genom den forskning som gjorts på företagets kundstock kommer att studeras vidare i denna studie (7,8). Företagets behandlingsprogram utgår från energirestriktioner, fysisk aktivitet och beteende förändring. Kunderna får individuella kost- och motionsråd vid flera tillfällen i samtal med en högskoleutbildad hälsorådgivare. I den gruppbehandling som pågår under ett år ges generella råd om beteendeförändringar. Gruppbehandlingarna är också till för att deltagarna ska kunna stödja varandra i sin livsstilsförändring (8).

Närvaro och att fullfölja ett behandlingsprogram är förknippat med bättre viktningsresultat (9,10). Drop-out från behandlingsprogram är trots detta vanligt. Drop-out innebär att patienterna avslutar sin överviktsbehandling i förtid. Studier har visat på drop-out frekvenser mellan 15 -70 procent (11,12). Trots detta är det relativt få studier som har undersökt orsaker till drop-out från behandlingsprogram. Det finns inte heller något entydigt resultat som visar på vilka faktorer som är avgörande för drop-out från behandlingsprogram av övervikt och fetma (13).

Denna uppsats kommer att undersöka tidigare studerade faktorer för drop-out som ålder, diet och följsamhet med diet, frekvensen av individuella samtal med personal, ledigheter och semestrar, upplevelsen av programutformning och av personal, socialt stöd, primärmotiv till viktningsresultatet och motivationsnivå samt uppnådd viktningsresultat i relation till förväntad viktningsresultat. Fokus i studien kommer dock att vara på avhopp från gruppbehandlings delen av det aktuella företagets viktningsresultat program. Tidigare har drop-out endast studerats på avhopp från hela viktningsresultat program, aldrig på respektive del av ett viktningsresultat program.

## BAKGRUND

Mat utgör en viktig social och psykologisk funktion för människan, den är inte bara ett sätt att få näring (14). Relationer skapas och upprätthålls via fikastunder, luncher med kollegor och middagar med familj och vänner (14). Vi skapar oss en preferensidentitet inom familjen som följer oss hela livet (14). Vårt förhållande till mat och vårt sätt att äta lär vi oss också inom familjen (15). Överviktiga överäter ofta för att dämpa sina känslor av misslyckande och då de gärna sätter väldigt höga krav på sig själva bildas en ond spiral av mer överätande, sämre självkänsla och större övervikt (15). Andra vanligt förekommande känslor som dämpas med hjälp av mat är känslan av ensamhet eller av stress som ofta förekommer hos överviktiga (14, 15). Är det någon av dessa sociala och psykologiska funktioner som inte stödjer ett hälsosamt förhållande till mat utan istället ger ett för stort energiintag blir personen överviktig. Då känslor och inlärd vanor från barndomen styr vårt beteende är det extra svårt att förändra dessa beteenden (16). Därför krävs mycket stöd och hjälp från andra gruppmedlemmar respektive professionella för att lära in nya mer hälsosamma matvanor och ett hälsosamt förhållande till mat (2). Att förhindra drop-out från behandling blir därför ytterst viktigt (17).

## SOCIALA FAKTORER

Socialt stöd är beroende av interpersonella relationer. Dessa relationer liksom själva situationen påverkar vårt beteende (18). Nära relationer tenderar att ge mer känslomässigt stöd i form av kärleksfullhet, omsorg och ett djupare lyssnande. Medan ytliga relationer ger sitt sociala stöd i form av rådgivning eller praktisk hjälp (19). Det ytliga sociala stödet får viktminskningspatienten bl.a. från de professionella hälsorådgivarna respektive från övriga gruppmedlemmar. Det sociala stödet är en viktig del i att skapa oss människor en identitet och en grupptillhörighet. Upplever vi inget socialt stöd kan det uppfattas som att man står utanför grupptillhörigheten och detta påverkar självkänslan negativt (18).

### *Stöd från professionell personal*

Stöd från professionella som kan belysa adekvata aspekter kring matvanor och beteenden är avgörande för de flesta för att lyckas med en viktminskning. Få personer lyckas gå ned i vikt och behålla en viktminskning på egen hand (4). Flera studier visar att patienter som går ned mycket i vikt träffar professionell personal oftare än patienter som går ner mindre i vikt även om de fortsätter delta i viktminskningsprogrammen (9, 10). Helén Lantz visade i sin studie av ett fyra årigt viktminskningsprogram att de som var på flest träffar med den professionella personalen var de som kunde hålla viktstabilitet bäst efter viktminskning (9). I en studie från 2003 kunde Carels et al. visa att de som fortfarande ingick i programmet och oftast träffade personalen gick ned mest i vikt (10). I studien såg man också att de som hoppade av behandlingen hade gått upp i vikt strax innan avhoppet.

### *Förändrade matvanor under semestrar och ledigheter*

Som tidigare konstaterats fyller maten en viktig social funktion. Under ledigheter och semestrar förändras ofta matvanorna. Vi äter andra livsmedel, dricker mer alkohol och festar mer (14). Under ledigheter träffar viktminskningspatienterna inte sina gruppmedlemmar eller

de professionella utan befinner sig i en annan social miljö som ibland inte är lika stödjande som den på överviktscentret (21). De professionella hälsorådgivare som tillfrågats i den aktuella studien säger att de upplever en uppgång i avhopp från gruppträffar efter sommar och juledigheten. Under juli och halva augusti har det aktuella överviktscentret inga ordinarie gruppträffar. Detta gäller också cirka 3-4 veckor kring jul. Två studier som undersökt om semestrar påverkar viktnedgången (12, 21). I Greenbergs studie såg man att semestertider minskade följsamheten med dieterna till 69 procent och att efter semestertider steg följsamheten till 73 procent (12). Ingela Melin såg i sin 2-åriga studie att längre ledighet ökade drop-outen från behandlingen (21).

### *Patienters utvärdering av personal och behandling*

Som tidigare konstaterats är gruppträffar en viktig del av behandlingsprogrammet då kunderna här utbildas i kost och motionsvanor. Som vid all utbildning är det av stor vikt att deltagarna upplever träffarna som inspirerande, informativa och stödjande i deras utveckling och utbildningssyfte. I överviktbehandlingsens träffar är utbildningssyftet att deltagarna ska gå ned i vikt och få verktygen att förändra sin livsstil. Om gruppträffarna upplevs negativt och därmed inte uppfyller det sociala stödet eller om personalen som ansvarar för gruppträffarna inte upplevs som positiv kan det tänkas öka risken för avhopp.

Några obesitas studier har visat på ett samband mellan missnöjdhet med personal eller program och avhopp från viktnedgångsprogrammet (22, 23). Då Teixeira et al. frågade de som hoppade av från deras 1-åriga studie vad skälet till avhoppet var framkom att missnöje med programutformning och med personal var en stor orsak till avhopp (22). Av de avhoppade angav 22 procent att de var missnöjda med programmet eller personalen. I studie av Grossi et al. ställdes också frågan om skälet till avhopp (23). Här var det 7 procent av dem som hoppat av som angav missnöjdhet med personal. Då studien hade ett stort antal avhoppade deltagare (81,5 procent) och den gjordes vid 18 olika center i Italien bör det kunna ses som en troligt avgörande orsak till avhopp generellt.

### *Svårigheten att följa den rekommenderade dieten*

De flesta viktnedgångs metoder utgår från att kostvanor behöver förändras (2). Ofta används någon form av ”special-diet” utformad för att minska energiintaget. Att äta styrs dock inte bara av ett energibehov utan av många andra aspekter som smakpreferenser, psykologiska och sociala faktorer (14,15). Olika dieter uppfyller olika behov hos människor. I en amerikansk studie tilldelades fyra grupper dieter innehållande olika dagliga energiintag. En grupp åt Very Low Calorie Diet, VLCD (måltidsersättning à 500kcal/dag), två grupper åt Low Calorie Diet, LCD (måltidsersättning à 800kcal/dag) och en grupp fick äta mat inklusive frukt och grönt men maximalt 1200kcal/dag. I studien fann man inte någon skillnad mellan de olika gruppernas dieter med avseende på drop-out frekvens (24). I en studie av Dansinger et al. jämfördes fyra olika dieter baserade på mat; Atkins<sup>1</sup>, Zone<sup>2</sup>, Ornish<sup>3</sup> och Viktväktarna<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Atkins är en lågkolhydratsdiet, i denna studie fick max 20g kolhydrater intas i början, och successivt ökas upp till 50g kolhydrater per dag.

<sup>2</sup> Zone är en diet med fördelningen mellan kolhydrater, fett och protein: 40-30-30 E %.

<sup>3</sup> Ornish dieten är en vegetarisk diet med målet att endast få 10 E% från fett per dag.

<sup>4</sup> Viktväktarna följer konventionell energifördelning, men begränsar intaget till 1200-1600 kcal per dag.

Ett vanligt skäl till avhopp från behandlingsprogrammen var svårigheten att följa dieterna (25). Det kunde dock inte visas någon signifikant skillnad mellan de olika dieterna med avseende på avhopp från behandlingen trots att Atkins och Ornish får anses som mer extrema dieter än de andra två (25). Vad det var som gjorde att dieterna var svåra att följa framgick inte av studien. Vilken diet som kunden följer för att gå ned i vikt verkar därför inte styra vem som eventuellt hoppar av viktminskningsbehandlingen.

### *Effekten av socialt stöd från familj och vänner*

Om svårigheterna att följa dieterna i Dansinger et al. studie berodde på bristande stöd från anhöriga eller inte, framgick inte i studien. Flera har tidigare studerat om bristen på socialt stöd från familj och vänner påverkar patienternas viktminskning (26, 27). Bristen på socialt stöd kan ibland övergå till sabotage. Studie om hur sabotage från familj och vänner påverkar viktminskningen liksom hur socialt stöd påverkar viktminskningen har Kiernan et al. studerat (27). Studien är gjord på ett 6 månaders gruppbehandlings program med fokus på beteendeförändringar både med avseende på mat och på fysisk aktivitet. Patienterna fick svara på frågeformulär gällande bl. a. socialt stöd och socialt sabotage vid start och vid 6 månader. Svaren skulle gälla stöd respektive sabotage under den senaste månaden. Som komplement till frågeformuläret ställdes också en öppen fråga ”om det var något som patienten ville lägga till gällande socialt stöd och hälsosamma vanor i sitt liv”. I studien kunde man särskilja varifrån ev. stöd/sabotage kom, om det var från familjen eller om det var från vänner. Ett viktigt påpekande var dock att det fanns en svaghet i mätningarnas validitet när det gällde sabotage. I studien fann man att patienter som upplevde socialt stöd ”ibland” från både familj och vänner gick ned mer än 5 procent av sin vikt. Det var den nivå man bestämt skulle motsvara en lyckad viktminskning i studien. Intressant var att dessa patienter även upplevde mest sabotage framförallt från vänner. De som aldrig upplevde något socialt stöd från familjen var de som lyckades sämst med sin viktminskning. Övrigt i studien var att de som aldrig upplevde socialt stöd från vänner lyckades också bra, till och med bäst med sin viktminskning (27).

Få har dock studerat om bristen på socialt stöd påverkar risken för avhopp från överviktsbehandlingen. I en randomiserad studie från 2009 kunde man visa att bristen på socialt stöd för patientens mål att gå ned i vikt var förknippat med drop-out (28). I studien delades de randomiserade patienterna in i tre olika grupper. En interventionsgrupp som fick aktiv målstyrd viktminsknings behandling. Två kontrollgrupper där den ena skulle aktivt behandla sin diabetes enligt en självhjälps manual för diabetes vård och den andra kontrollgruppen fick endast passiv behandling i form av standard vård vid diabetes typ 2. Vid analys sammanfördes resultaten från kontrollgrupperna. Oavsett grupptillhörighet fann man att bristen på socialt stöd för patientens mål att gå ned i vikt var förknippat med drop-out (28). Sambandet mellan upplevelsen av socialt stöd och avhopp från överviktbehandlingen på två sjukhus i Rhode Island har Prochaska et al. studerat (29). För att studera det sociala stödet ombads deltagarna vid start att fylla i ett 19-punkters formulär (Social Support scale). De fann ingen relation mellan upplevd socialt stöd och avhopp från behandlingen. De såg dock att det fanns en positiv relation mellan mängden upplevd socialt stöd från familj/vänner och lyckad viktminskning (29). I en annan studie fanns tendenser men ingen statistisk säkerhet för att de patienter som förväntade sig ha flera ifrågasättande personer i sin omgivning, var också patienter som oftare hoppade av behandlingen (30). Om det i verkligheten var så att dessa patienter hade fler personer i sin omgivning som försökte sabotera deras försök att gå ned i vikt framgick inte av studien (30).



## PSYKOLOGISKA FAKTORER SOM PÅVERKAR VIKTMINSKNING

Våra attityder och tankar påverkar hur väl vi lyckas med en förändring (2). Bland de psykologiska faktorer som styr våra möjligheter att gå ned i vikt förutom de känslor som gör att vi överäter och därmed misslyckas, är motivationen en viktig faktor. Motivationen förändras över tiden vilket gör att den har en komplex och individuell innebörd (2). Ordet motivation kommer från ordet motiv som betyder ”drivkraften bakom en handling” (31). Varje person har sitt eget motiv till önskan att gå ned i vikt (32). Motivation innebär dock inte bara motivet till en förändring utan det är också ett uttryck för hur ihärdiga vi är i att försöka nå målet (15). Eftersom motivationen till stor del förändras utifrån situation och tidpunkt i livet är troligtvis även ihärdigheten hos viktningspatienterna olika (2).

### *Primärmotiv och bristen på motivation*

I en studie genomförd bland 23 italienska överviktscenter tillfrågades patienterna om varför de ville gå ned i vikt (32). Frågan ingick i ett frågeformulär och patienterna hade tre svarsalternativ; förbättrat utseende, förbättrad nuvarande hälsa eller förbättrad framtida hälsa. Studiens syfte var att identifiera om det fanns ett samband mellan primärmotivet till att gå ned i vikt och avhopp från behandlingsprogrammet. I studien fann man att fler avslutade sin behandling i förtid i gruppen som angav ”förbättra sitt utseende” som det primära motivet till att gå ned i vikt. I de andra två grupperna vars primärmotiv var ”förbättrad nuvarande hälsa respektive förbättrad hälsa i framtiden” var det fler som fortsatte sin behandling än det var som hoppade av sin behandling. I studien var dock förbättrad nuvarande respektive framtida hälsa det vanligaste primärmotivet till att delta i ett viktningsprogram (32). Patienters brist på motivation att förändra sin livsstil har i flera studier kunnat påvisas inverka på risken för avhopp från behandlingen (9, 28, 33). I studie av Lantz et al. tillfrågades de avhoppade om vad orsaken var till deras beslut. Den vanligaste angivna anledningen var brist på motivation (9). I en italiensk studie ställde också en öppen fråga till dem som hoppat av de studerade viktningsprogrammen. Bristen på motivation som orsak till avhopp fanns i denna studie hos 12 procent av avhopparna. Vanligaste orsaken här var annars praktiska problem (23).

Om motivationen styrs av en önskan att nå en viss viktningsnivå istället för av hälsoskäl blir det viktigt att patienternas förväntade viktningsmål är realistiskt. Den 10 procentiga viktningsnivån som hälsovården ansåg vara en bra och effektiv nivå för att minska obesitas relaterade sjukdomar, visades i en italiensk studie från 2004 inte vara en godtagbar viktningsnivå av de behandlingssökande patienterna (34). I amerikanska studier har motsvarande undersökning visat att patienterna förväntar sig en viktningsnivå som är minst dubbelt så stor som en 10 procent viktningsnivå skulle ge (35). I en studie genomförd bland 1785 patienter vid 23 italienska överviktscenter har Dalle Grave et al. kunnat visa att just en alltför stor förväntad viktningsnivå under första året gör att patienterna hoppar av sin behandling (32). Det intressanta i studien var också att de som hoppade av i större utsträckning hade ett lägre ”dröm BMI<sup>1</sup>”, vilken beskrevs som den vikten patienten skulle välja att väga, om den fick välja vilken vikt som helst. De hade dock samma BMI vid start som de som fortsatte programmet. Ett eventuellt samband mellan drop-out och för höga förväntningar på viktningsresultatet har även Teixeira et al. studerat (22). De gjorde detta genom att fråga patienterna vid start av behandlingen vilken vikt som vid slutet av programmet skulle representera deras drömvikt<sup>2</sup>, nöjd vikt<sup>3</sup>, accepterad vikt<sup>4</sup> och missnöjd vikt<sup>5</sup>. Patienternas svar omvandlades sedan till procent av ursprunglig vikt. De som hoppade av hade en större förväntad viktningsnivå än de som fullföljde programmet. Avhopparnas

drömvikt var 69,9 procent av ursprunglig vikt jämfört med dem som fullföljde programmet som hade en drömvikt på 75,2 procent av sin ursprungliga vikt. I baslinedata från studien framgår att de som hoppade av hade ett BMI vid start på 32,7 kg/m<sup>2</sup> jämfört med ett BMI vid start på 30,4 kg/m<sup>2</sup> hos dem som fullföljde programmet. Detta kan innebära att mätt i BMI hade avhoppare och fullföljare samma drömvikt. Detta framgår dock inte i denna studie. Studiens drop-out var 29,7 procent (22).

Det verkliga viktningsresultatet har också en påverkan på om patienter/kunder hoppar av sin behandling eller inte. Detta är troligtvis också sammankopplat med patientens motivationsnivå. Enligt studier vid 15 italienska övervikts centers var personer som hoppade av behandlingen oftare missnöjda med sitt viktningsresultat (36). Av dem som hoppade av angav 25,5 procent att de var missnöjda med sin viktningsresultat. Viktigt att påpeka är att vissa som hoppar av behandlingen gör det för att de tror sig kunna fortsätta på egen hand och att vissa är nöjda med sitt viktningsresultat. I studien var det 11,7 procent av dem som hoppade av som ansåg att de kunde fortsätta viktningsresultatet på egen hand (36).

Vid uppföljning efter 36 månader hade också dessa personer minskat näst mest i vikt av de avhoppade. I genomsnitt hade de gått ned 6,5 procent i vikt. Det var endast de av avhopparna som var nöjda med sin viktningsresultat i början som hade fortsatt gå ner i vikt trots att de inte var kvar i programmet. Dessa personer hade i genomsnitt gått ned 9,6 procent i vikt vid uppföljningen. I studien hade dock de som fullföljde programmet nått en större viktningsresultat vid 36 månader än de som hoppat av. Detta gällde även vid jämförelse endast med dem som hoppat av därför att de ville klara sig utan hjälp eller för att de var nöjd med sin tidiga viktningsresultat (36).

## DEMOGRAFISKA VARIABLER

Flera studier har undersökt eventuella samband mellan drop-out och patienternas demografi så som ålder och kön (11, 12, 24, 37). Studier har inte visat på entydiga resultat avseende sambandet mellan ålder och drop-out (12, 24, 37). Typen av överviktsbehandling verkar inte ha varit väsentlig, då viktningsprogrammen i studierna har varit olika utformade och något mönster mellan design och drop-out frekvens inte har kunnat fastställas. Vissa program har endast innehållit individuella rådgivande samtal medan andra har bestått av gruppbehandling eller en kombination av individuella samtal och gruppbehandling (12, 37). De Panfilis et al. har studerat ett italienskt viktningsprogram baserat på två individuella samtal per månad under sex månader (37). Majoriteten av deltagarna var kvinnor (80 kvinnor och 12 män). Medelåldern i studien var 41,8 ± 12,7 år. Denna studie visade inte på något samband mellan drop-out och ålder (37).

<sup>1</sup> BMI: *Body Mass Index*, kg/m<sup>2</sup>

<sup>2</sup> drömvikt: *den vikten man skulle välja att väga, om den fick välja vilken vikt som helst.*

<sup>3</sup> nöjd vikt: *en vikt som inte är en drömvikt, men en vikt som man skulle vara glad att väga.*

<sup>4</sup> accepterad vikt: *en vikt man inte är speciellt glad över, men kan acceptera eftersom den är lägre än vid starten av programmet.*

<sup>5</sup> missnöjd vikt: *en vikt som är lägre än vid starten av programmet, men som man inte kan anse som en acceptabel vikt.*

I en israelisk studie studerades ett 2-årigt viktningsprogram innehållande 18 gruppträffar. Man fann inget samband mellan ålder och drop-out. I denna studie var genomsnittsåldern  $52 \pm 7$  år (12). Motsägande detta resultat är en amerikansk studie av Honas et al. vilkens slutsats blev att patienter under 40 år har en högre risk för avhopp från behandling än de som är över 40 år (24). I denna studie var genomsnittsåldern på patienterna 47 år. Detta är betydligt lägre än i den israeliska studien men högre än i den italienska studien. Honas studie pågick endast 4 månader och bestod av gruppbehandling (24). Dessa tre studier visar på motsägande resultat avseende samband mellan ålder och drop-out (12, 24, 37).

Resultatet går också isär när det gäller sambandet mellan kön och risk för drop-out. Honas och Greenberg visar att det finns ett samband mellan kvinnor och drop-out, men inte mellan män och drop-out (12, 24). I den italienska studien fann man inget samband mellan kön och drop-out (37). I studien från Israel var fördelningen mellan kvinnor och män annorlunda än i de övriga två ovanstående studierna. Denna studie hade endast 45 stycken kvinnor, vilket motsvarar 14 procent av deltagarna (12). I den amerikanska studien var 73 procent av deltagarna kvinnor och i den italienska studien var 87 procent av deltagarna kvinnor (24, 37). Om en jämförelse görs av resultaten från dessa tre studier och antalet kvinnor som ingår i respektive studie tas i beaktning finns eventuellt ett mönster att studera vidare (Tab.1). Är det så att det finns ett samband mellan ålder och drop-out hos kvinnor men inte hos män? Det var endast den amerikanska studien som fann ett samband mellan både kön/drop-out och ålder/drop-out. Det är endast den studie som baserats på ett stort antal kvinnor, närmare 680 kvinnor (24). I Greenbergs studie var endast 14 procent av deltagarna kvinnor, varför den stora andelen män eventuellt gjorde att sambandet mellan ålder och drop-out inte framträdde i statistiken (12). Motsägande detta resonemang är De Panfilis italienska studie som varken fann ett samband mellan ålder/drop-out eller kön/drop-out, trots att de flesta av deltagarna var kvinnor (37).

**Tabell 1.** Sambanden mellan drop-out och ålder hos kvinnor i tre olika studier samt antal och andel kvinnor i studierna.

Studie	Antal kvinnor	Andel kvinnor	Samband ålder	Samband kön
Honas (22)	682	73 %	JA	JA
Greenberg (12)	45	14 %	NEJ	JA
De Panfilis (35)	80	87 %	NEJ	NEJ

#### DEFINITION AV "DROP-OUT" resp. "AVHOPP"

Då drop-out studeras avses alltid att patienterna avslutar i förtid behandlingsprogrammet i sin helhet. Till författarens kännedom har studier inte gjorts på de olika delarna som eventuellt ingår i behandlingen (13). Inom det studerade företaget slutar många kunder delta i gruppträffarna (gruppbehandlingen) men fortsätter sina individuella samtal. Det innebär att de inte avslutar hela sitt behandlingsprogram, utan endast del av programmet. Då de olika ingående delarna i behandlingen inte har studerats separat tidigare kommer denna uppsats att fokusera på avhopp från gruppträffar (gruppbehandling). Inte avhopp från hela behandlingsprogrammet som normalt benämns "drop-out". För att särskilja begreppen framöver kommer i denna uppsats ordet avhopp och gruppträffar att användas istället för drop-out respektive gruppbehandling.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att studera faktorer som kan förhindra avhopp från de gruppträffar som ingår i det studerade företags behandlingsprogram av övervikt och fetma.

Frågeställningar som ska studeras är om det finns skillnader mellan de som hoppar av gruppträffar i förtid respektive de som närvarar på gruppträffar i relation till sociala faktorer, psykologiska faktorer och en demografisk variabel.

## MATERIAL OCH METOD

Företaget har 37 center inom Sverige. Inom Storstockholm finns 18 av dessa center (38). Samtliga center arbetar enligt samma viktminsknings program och arbetar utifrån samma gruppträffsmaterial. Verksamma hälsorådgivare går en intern utbildning innan de får ansvara för de gruppträffar som ingår i viktminskningsprogrammet.

### *Respondenter i den aktuella studien*

Kunderna går ett 12-24 månaders behandlingsprogram, som under det första året innehåller tjugo gruppträffar. Kunderna har sin gruppträff på en bestämd tid varannan vecka vilket innebär att det är samma människor på gruppträffarna vid varje tillfälle. Varje gruppträff har ett specifikt tema som lärs ut och övas på (39).

De kunder som ingår i denna studie har sin behandling på ett stort center inom Storstockholm. Utöver gruppträffarna har kunderna individuella rådgivande samtal med en hälsorådgivare. Beroende på medlemskap har kunderna 4-11 samtal per år. Kostnaden för viktminskningsprogrammet baseras på antalet individuella samtal kunden har med sin hälsorådgivare. Kostnaden för programmet betalas av kunden.

I denna studie ingår de kunder som hade sin första gruppträff under perioden 1/4-2011 till 31/1-2012. Uppgifter om antalet personer samt könsfördelning har erhållits via företagets interna kundsystem. Under perioden 1/4-2011 till 31/1-2012 hade 209 personer påbörjat sitt viktminskningsår och varit på sin första gruppträff vid det studerade överviktscentret. Av dessa var 175 kvinnor och 34 män. Av de 209 personer som ingick i urvalet fanns det ett första externt bortfall på 20 personer. Det var 15 kvinnor och 5 män som inte hade en fungerande mailadress och därför inte kunde tillfrågas om deltagande i studien. Enkäten skickades därmed till 189 personer, av dessa var 160 kvinnor och 29 män (Fig.1). De kunder som inte deltagit på gruppträffar sedan 1/2-2012 har identifierats via närvarolistor på överviktscentret. Dessa kunder benämns i denna studie som avhoppade. Av dem som kunde ingå i studien hade 50 personer enligt närvarolistorna hoppat av gruppträffarna. Det var 42 kvinnor och 8 män vilket motsvarar 26 procent av kvinnorna och 28 procent av männen. Av de 189 personerna som tillfrågades att delta i studien svarade 118 på enkäten, varav 102 kvinnor och 16 män.

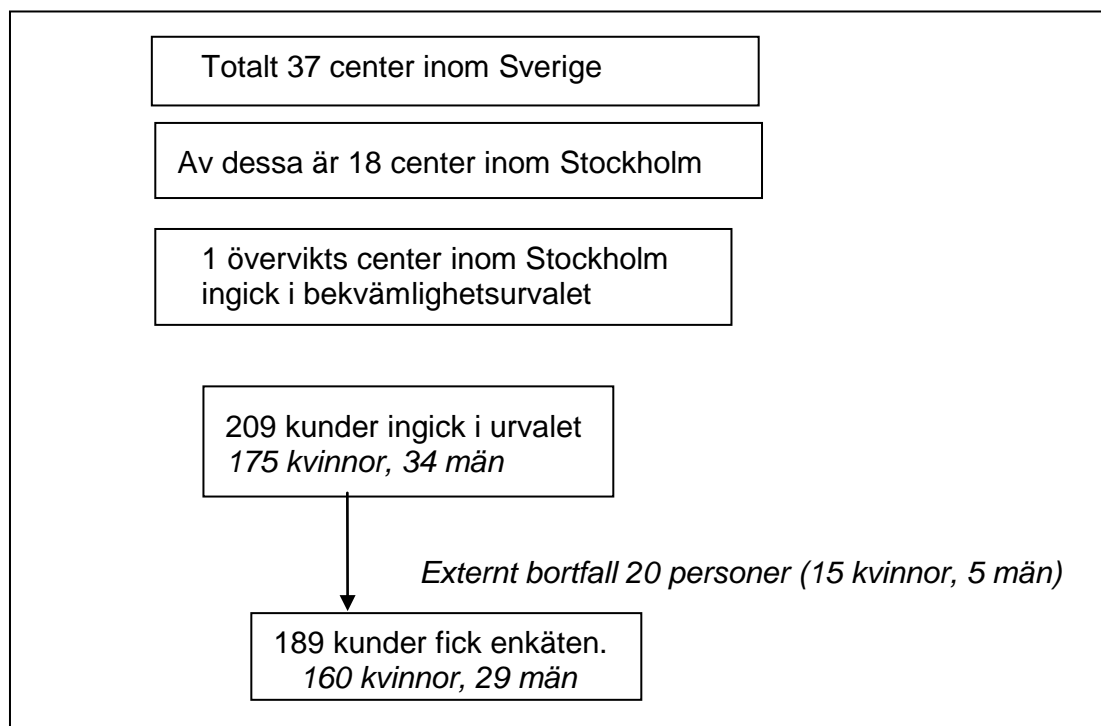
### Val av studieform

För att analysera om det statistiskt går att redogöra för ett eventuellt samband mellan olika faktorer och avhopp från gruppträffar har den kvantitativa studieformen valts. I en kvantitativ studie prövas teorier genom att forskaren ställer upp frågeställningar/hypoteser som testas i en representativ grupp individer för att ev. finna generaliserbarhet på en hel population. Det viktiga är att skapa sig en objektiv bild av verkligheten genom att ta in svar från relativt många personer exempelvis via enkäter (40).

Den teoretiska grunden för den här studien erhöles genom diskussion med erfarna hälsorådgivare på företaget och utifrån genomgång av aktuell vetenskaplig litteratur. Valet av vetenskaplig litteratur gjordes med hjälp av Pubmed och Uppsala Universitets biblioteks tidskrifts databas. Sökord som användes var ”drop-out”, ”overweight”, ”attrition” och ”social support”. Även studentlitteratur som ingår i utbildningen av dietister vid Uppsala Universitet användes som teoretisk grund för uppsatsen.

### Urval

I en kvantitativ undersökning studeras en population eller ett stickprov från en population (42). Hela populationen bestod av drygt 5400 kunder enligt det kundinterna systemet. Att göra en kvantitativ studie på hela denna population med hjälp av enkäter hade inte kunnat inrymmas i en D-uppsats pga. gällande tidsramar för studieuppgiften. För att minska antalet undersökningspersoner gjordes ett bekvämlighetsurval (42) (Fig.1). De kunder som hade sin första gruppträff under perioden 1/4-2011 till 31/1-2012 vid det studerade centret var aktuella för studien. Detta bekvämlighetsurval resulterade i att till denna studie inbjöds 209 personer att delta. Datainsamling och bearbetning av dessa 209 personer var hanterbart inom uppsatsens tillgängliga resurser och tidsramar.



**Figur 1.** Illustration av processen för bekvämlighetsurvalet

För att ett stickprov ska med relativ stor säkerhet kunna sägas vara representativ för populationen bör stickprovet tas fram slumpmässigt (41). I denna studie togs inte stickprovet fram slumpmässigt utan alla inom urvalsgruppen ingick i studien. Nackdelen med detta förfarande var att studien inte med säkerhet kunde sägas gälla kunder på andra center. Undersökningspersonerna delades sedan in i två respondentgrupper utifrån information från närvarolistor. Respondent grupp ”Avhoppade”; som slutat delta på gruppträffar (inte varit närvarande sedan 1/2-2012). Respondent grupp ”Närvarande”; som fortfarande deltog i gruppträffar (kontrollgrupp). Kunduppgifter (namn, mail adress, mobilnummer och gruppstillhörighet) togs fram via ett kundinternt företagssystem som krävde behörighet vilket ansvarig student erhållit av företagets ledningsgrupp samt centerchef. I samband med att informationen i enkäterna lades in i ett Excel-ark för vidare databearbetning oidentifierades uppgifterna. Efter att alla enkäter lagts in i Excel-arket, togs alla identitetsuppgifter bort från dem som valt att inte svara på enkäten, varpå inga identitetsuppgifter fanns kvar. Alla uppgifter tillhörande aktuell studie bevarades på ett USB-minne. Detta minne förvarades inlåst i ansvarig students hem.

### *Utformning av enkät*

Frågor i enkäten togs fram utifrån de frågeställningar som framkom under litteraturgranskningen. Enkäten indelades i följande områden:

- Demografi; kön och ålder.
- Medlemskap; gav information om antalet individuella rådgivande samtal.
- Rekommenderad diet; gav information om valet av diet samt följsamhet med vald diet.
- Ledighet och semestrar; gav information om ev. avhopp i relation till perioder av ledighet.
- Gruppträffar och hälsorådgivare; gav information om upplevelsen av dessa.
- Stöd resp. sabotage från familj respektive arbetskollegor och vänner.
- Motivation; information om primärmotiv respektive motivationsnivå.
- Viktminsknings resultat; gav information om förväntningar och uppnådd viktminskning.

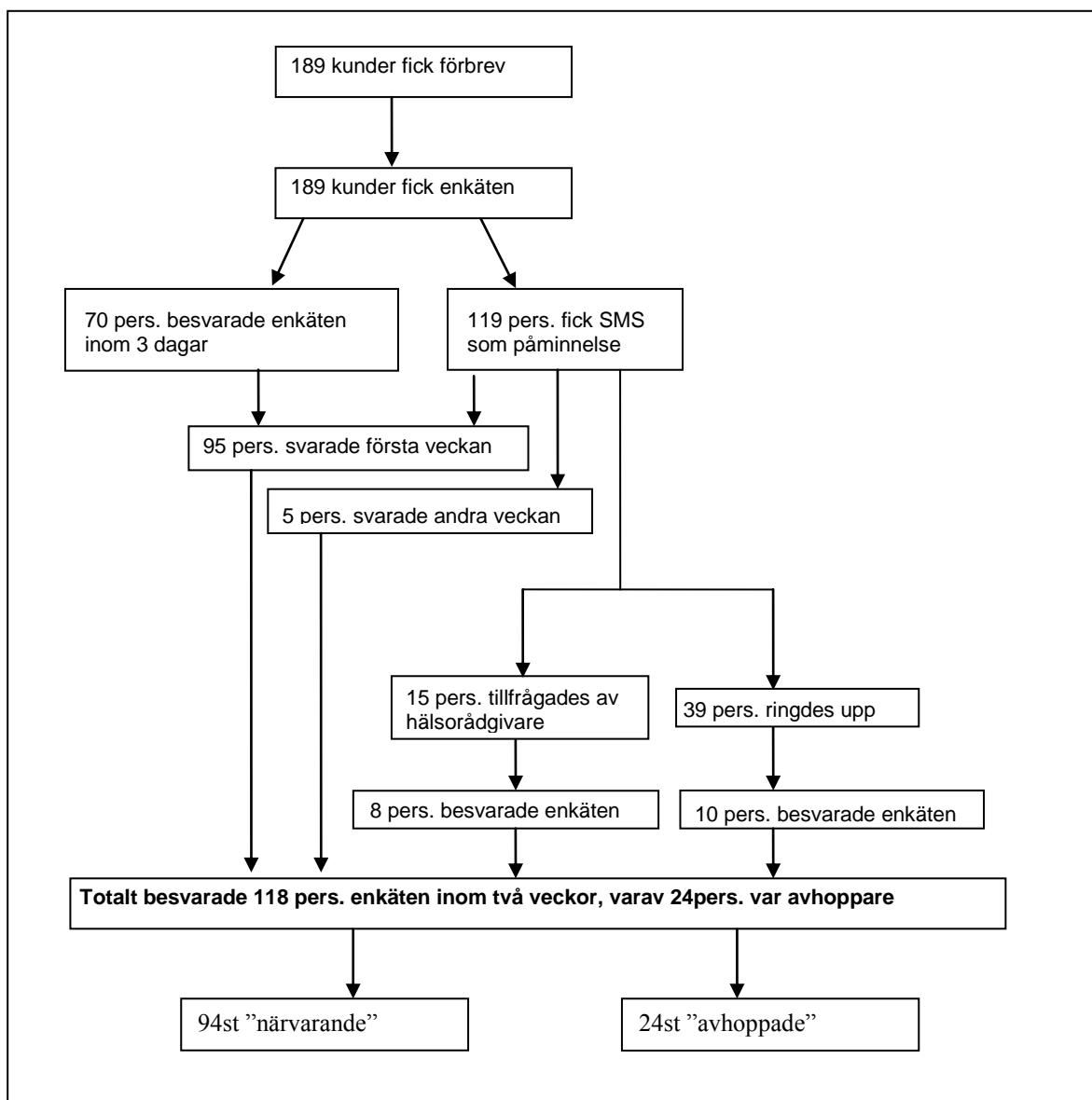
Enkäten validerades genom en pilotstudie. Enkäten som tagits fram för denna studie har pilot testats av 5 kunder som deltog i viktminskningsprogrammet året 2010-2011 på det aktuella överviktscentret (de ingick inte i den aktuella studien). Enkäten har också granskats av tre erfarna hälsorådgivare varefter adekvat revidering utförts. Den enkät som skickades via mail till kunderna finns som bilaga 1. Skalan på de flesta frågorna var av antingen 5-gradig eller 3-gradig Likert-typ vilket är vanligt vid attityd mätningar (42). Enkäten utformades med stöd från Göran Ejlertssons ”Handbok i enkätmetodik” (41).

### *Utskick och insamling av enkäter*

Ett förebrev mailades till de i urvalet ingående individer fyra dagar innan enkäten distribuerades (bilaga 2). I förbrevet beskrevs enkäten/studiens syfte och när kunderna kunde förvänta sig att enkäten skulle komma. Dessutom beskrevs hur viktigt det var för studien att både de som slutat gå på gruppträffar (avhoppade) liksom de som fortsatt gå på gruppträffar (närvarande) svarade på enkäten. Att skicka ett förebrev har visats höja svarsfrekvensen i en systematisk review om ”hur man ökar svarsfrekvensen vid postenkäter” (43). Syftet med förbrevet var också att identifiera de mailadresser som inte var korrekta. Av de 209 personerna som fanns med i det ursprungliga urvalet hade 38 felaktiga mailadresser eller

ingen mailadress. Efter kontakt med personerna samt genomgång av kundavtal innehållande mailuppgifter minskades det externa bortfallet till 20 personer.

Enkäten sändes till 189 personer. Av dessa svarade 38 personer under första dagen och totalt svarade 95 inom första veckan. I slutet av denna vecka skickades en påminnelse via SMS till dem som inte besvarat enkäten. Det var 119 personer. Då antalet respondenter som hoppat av gruppträffarna endast var 11 stycken efter första veckan, beslutades att de 39 avhoppare som inte svarat skulle försöka ringas upp. Denna uppringning gav ytterligare 10 besvarade enkäter från avhoppare. Hälsorådgivare frågade dessutom för studien aktuella kunder som de hade individuella samtal med om de kunde tänka sig besvara enkäten. Detta resulterade i att totalt 118 personer besvarade enkäten (Fig.2).



**Figur 2.** Flödesbeskrivning av datainsamlingen.

### *Beaktande av etiska krav och riktlinjer*

Som vid all uppsatsskrivning följde denna studie de etiska krav och riktlinjer som finns för forskning. De fyra huvudkraven som ställs på forskning är informations-, samtyckes-, konfidentialitets/sekretess- och nyttjande-kravet (44). Sekretesskravet beaktades genom att all information om tillfrågade kunder förvarades på ett USB-minne som ansvarig student hade inlåst i en skrivbordslåda i sitt hem. Efter att enkäterna inkommit togs kundinformationen bort från USB-minnet. I följebrevet framgick också att de besvarade enkäterna endast skulle hanteras av ansvarig student och genom avidentifiering av uppgifterna i samband med datainmatningen tillgodosåg man även konfidentialitetskravet (bilaga 3). Informationskravet innebär bland annat att respondenterna ska upplysas om studiens syfte och övergripande om utförandet av studien. Denna information fick respondenterna via följebrevet till enkäten (bilaga 3). Samtyckeskravet var tillgodosatt i och med att respondenterna själva valde om de ville svara på enkäten eller inte. Följebrev till enkäten visades som text i mailet och enkäten skickades som bifogad fil.

### *Statistisk bearbetning*

För att identifiera samband mellan en beroende respektive oberoende variabel kan den statistiska metoden Chi-två användas. Med Chi-två analyseras de verkliga frekvenserna av en variabel med den förväntade frekvensen av variabeln enligt nollhypotesen (41, 45). I denna studie Chi-två testades varje område med hjälp av korstabeller (bilaga 4). Villkor för att ett chi-två test ska kunna användas är att högst 1/5 av klasserna får ha en förväntad frekvens lägre än 5, och ingen klass får ha en lägre förväntad frekvens än 1 (45). Detta innebar i denna studie att frågorna som berörde semester, rekommenderad diet, upplevelse av personal, stöd från kollegor och vänner samt motivationsnivå fick vid analys förändrade svarsalternativ. De svarsalternativ som kan uppfattas ligga nära i betydelse har lagts ihop. Exakt hur denna sammanslagning gjordes finns beskrivet i resultat delen. All databearbetning gjordes i Excel 2003 i enlighet med metod och statistikböcker (45, 46). Beskrivning av svarsfrekvens och svarsandel per fråga finns som bilaga 5.

## **RESULTAT**

### **RESPONDENTER OCH BORTFALL**

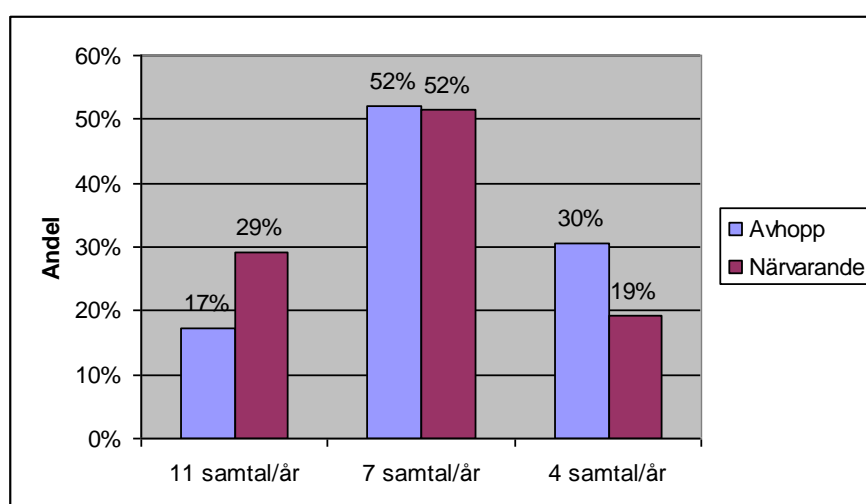
Studiens urval bestod av 209 personer. Enkäten gick till 189 personer då det första externa bortfallet pga. felaktiga eller obefintliga mail adresser var 20 personer (Fig.1). Totalt svarade 118 personer på enkäten, varav 24 var avhoppare (Fig.2). I respondentgruppen ”avhoppade” fanns endast tre män (12,5 procent), resterande 21 var kvinnor. I respondentgruppen ”närvarande” fanns 13 män (12,7 procent). Det externa bortfallet pga. att tillfrågade personer valde att inte besvara enkäten var därmed 71 personer. Interna bortfall fanns inom några frågor. Dessa interna bortfall finns beskrivna under respektive rubrik i resultat delen.



## AVHOPP I RELATION TILL SOCIALA FAKTORER

### *Avhopp i relation till antal individuella rådgivande samtal*

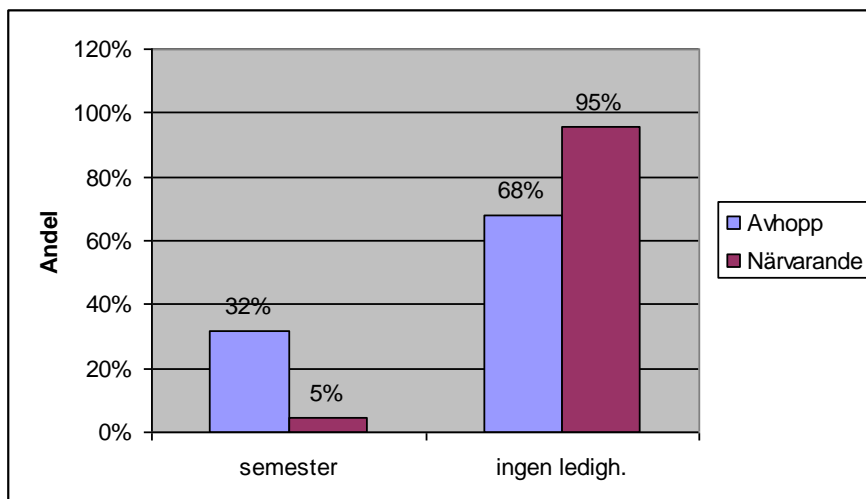
Av de 118 respondenterna som svarade, visste två individer inte vilket medlemskap de hade varför de inte ingår i analysen av frågan kring antalet individuella samtal med professionell personal. På det studerade överviktscentret hade flertalet individer 7 samtal per år (silver medlemskap) oavsett om de tillhörde respondent gruppen för avhoppade eller för närvarande. I denna studie fanns ingen signifikant skillnad i antalet individuella träffar med hälsorådgivare mellan avhoppare och närvarande ( $p$ -värde  $>0,05$ ). Man kan dock se att det finns en tendens till att de som deltar i gruppträffarna också har fler individuella träffar med hälsorådgivare än de som hoppar av gruppträffarna (Fig.3).



**Figur 3.** Andel avhoppade respektive närvarande som angivit att de har 11, 7 eller 4 samtal per år.

### *Avhopp i relation till semesterperioder*

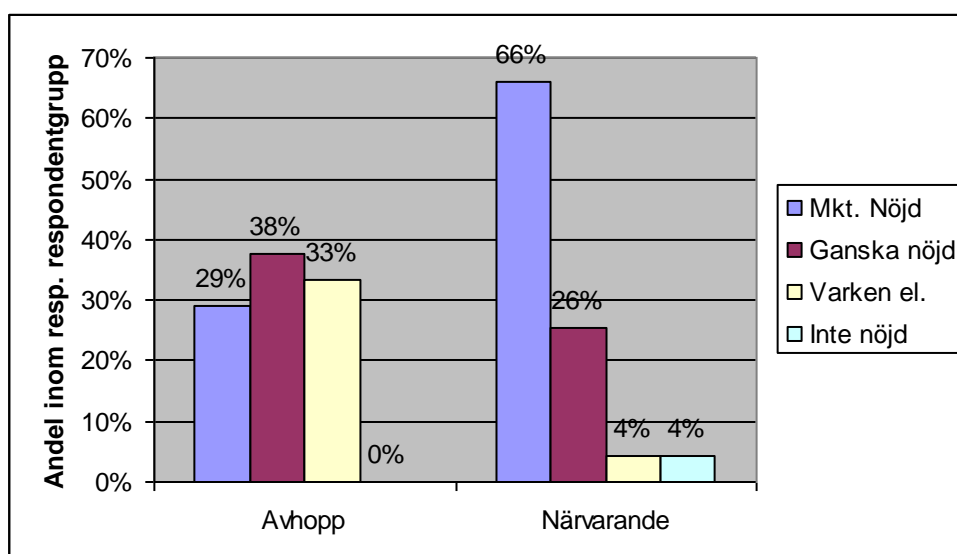
För att chi-två villkoren om tillräcklig frekvens av förväntat värde skulle vara giltig (max 1/5 lägre än 5) i enkätfrågan berörande senaste gruppträffen i förhållande till semester lades svarsalternativen "sommar/jul" och "semester under höst/vår" ihop vid analys. De analyserade kategorierna blev då "semester" respektive "ingen ledighet". För att minimera risken för analysfel ingick inte svaren från de respondenter som påbörjade sitt viktminskningsprogram i januari. De hade inte kunnat påverkas av jul- eller sommarsemester. Totalt analyserades 110 individer, varav 21 avhoppade vilket motsvarar 19 procent. Det fanns en signifikant skillnad mellan avhoppare och närvarande i relation till om senaste gruppträffen var innan en semesterperiod ( $p$ -värde  $<0,001$ ) (Fig.4). Avhoppare i denna studie svarade oftare att deras senaste gruppträff var innan en semester än vad de närvarande svarade.



**Fig. 4** Andel avhoppade respektive närvarande som haft semester efter senaste gruppträffen.

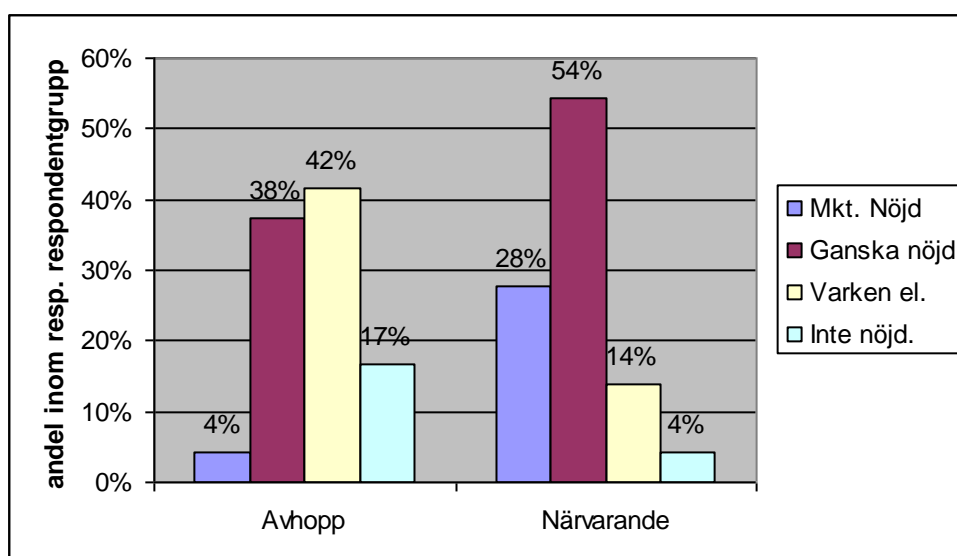
#### *Avhopp i relation till upplevelsen av personalen respektive av gruppträffarna*

Upplevelsen av personalen beskrev respondenterna genom att besvara frågan på hur nöjda de var med den hälsorådgivare som höll i gruppträffarna. Antalet personer som svarat ”inte speciellt” respektive ”inte alls” på frågan var inte tillräckligt många för att ett chi-två test skulle kunna utföras varför dessa två svarsalternativ kombinerades vid analys till en kategori ”inte nöjd”. Denna kombination innebar att respondenternas svar kategoriserades enligt följande: mkt nöjd, ganska nöjd, varken eller och inte nöjd. Inom respondent grupp närvarande fanns flest mycket nöjda. Det var endast ett fåtal av de närvarande som svarade att de inte var nöjda. Bland de avhoppade var svaren mer jämnt fördelade mellan mycket nöjd, ganska nöjd och varken eller. Ingen av de avhoppade hade svarat inte nöjd (Fig.5). I denna studie fann man en signifikant skillnad i upplevelsen av personalen mellan avhoppare och närvarande. De närvarande var mer nöjda med den ur personalen som ledde gruppträffarna än de som hoppat av gruppträffarna (p-värde <0,001).



**Figur 5.** Upplevelsen av personal som andel inom respektive respondentgrupp.

Frågorna i enkäten kring gruppträffarna berörde respondenternas upplevelse av inspiration, information och stöd ifrån gruppträffarna. Vid analys av gruppträffarna kombinerades därför svaren från tre frågor (fråga 3, 4, 5). För analysen av detta område krävdes först att resultaten från de tre frågorna jämfördes för att finna lämpligt antal svarsalternativ att statistiskt analysera. Svarsalternativen som togs fram efter svarsgenomgång var: ”Mycket”, ”Ganska”, ”Varken”, ”Inte”. Respondentens svar kategoriserades utifrån det svarsalternativ den angivit på två av tre frågor. Om respondenten svarat olika på varje fråga kategoriserades respondentens svar som medelalternativet av svaren. Precis som vid upplevelse av personal såg man vid frågor berörande upplevelsen av gruppträffarna att fler av de närvarande angav att de var ”mycket nöjda” eller ”ganska nöjda” med träffarna (82 procent). Endast 42 procent av de avhoppade var mycket nöjda eller ganska nöjda med upplevelsen av gruppträffarna. Andelen avhoppade som angett att de inte var nöjda med gruppträffarna var 17 procent jämfört med de närvarande som var 4 procent. De avhoppade svarade också i större utsträckning ”varken eller” på dessa frågor, 42 procent jämfört med 14 procent (Fig.6). För att studera om det var något av de tre frågeområdena som upplevdes sämre än övriga poängsattes svaren varefter poängen sammanräknades per fråga (mycket= 5p, ganska= 4p, varken el= 3p, inte spec.=2, inte alls=1p). Upplevelsen av inspiration, information och stöd var i stort detsamma vid en jämförelse. Inspiration fick 460 p (33,7 procent), informativ fick 477 p (34,9 procent) och frågan om stöd från gruppen fick 428 p (31,4 procent). I denna studie fann man en signifikant skillnad i upplevelsen av gruppträffarna mellan avhoppare och närvarande (p-värde <0,001).

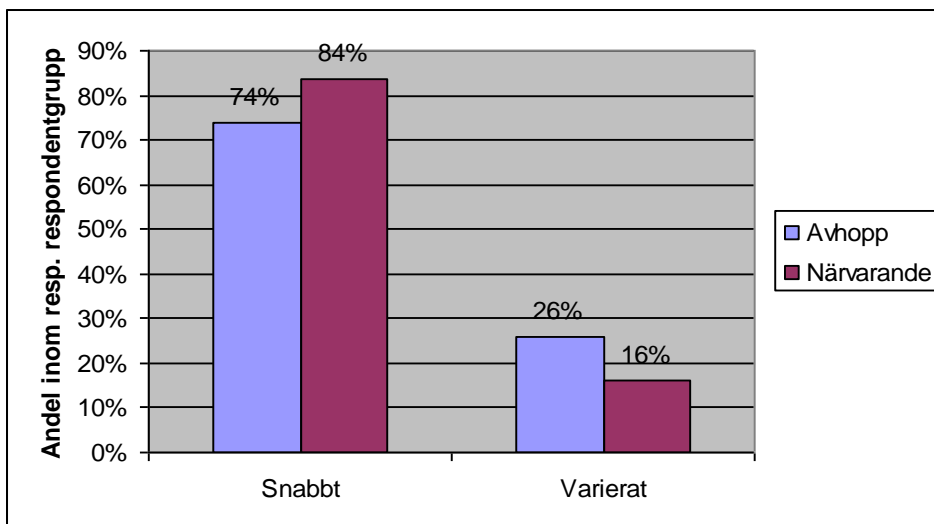


**Figur 6.** Upplevelsen av gruppträffar som andel inom respektive respondentgrupp.

#### *Avhopp i relation till rekommenderad diet samt följsamhet med dieten*

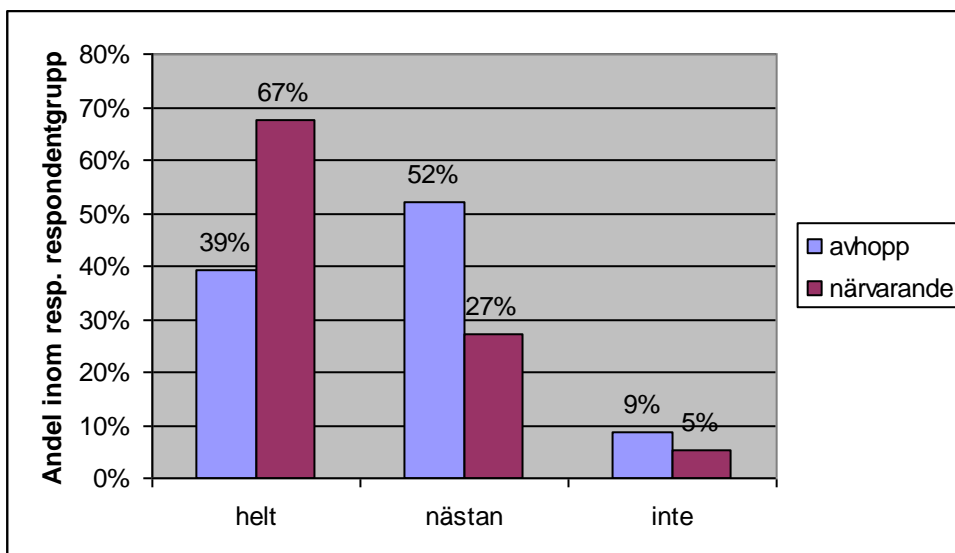
I enkäten ingick frågor kring tre rekommenderade dieter. Det var tre individer som rekommenderats en diet där endast livsmedelsvalet förändrades och inga måltidsersättningar intogs. Denna frekvens var inte tillräcklig för att uppfylla villkoren för chi-två testet varför dessa tre individer och deras svarsalternativ inte ingick i analysen. Totalt analyserades 115 personer. Frekvensfördelningen mellan de två rekommenderade dieterna var 94 personer åt dieten ”Snabbt” respektive 21 personer åt dieten ”Varierat” (Snabbt: endast måltidsersättning, Varierat: kombination av måltidsersättning och mat). Skillnaden i andel inom respektive

respondent grupp för de olika dieterna skiljde sig inte mycket (Fig.7). Vid analys fanns ingen signifikant skillnad i rekommenderad diet mellan avhoppare och närvarande ( $p$ -värde  $>0,05$ ).



**Figur 7.** Andelen avhoppade respektive närvarande som angivit att de rekommenderats dieten "snabbt" respektive " varierat".

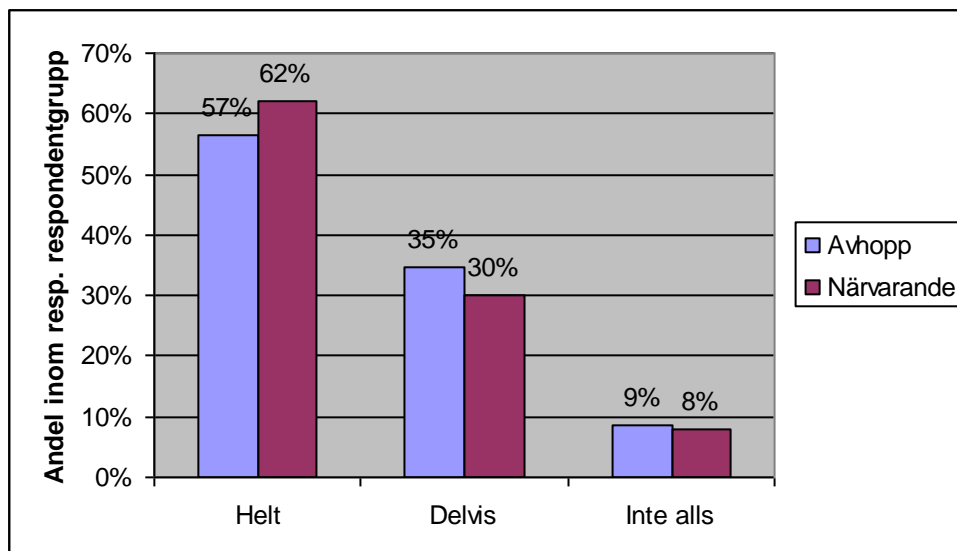
Vid analys av följsamhet till rekommenderad diet fanns däremot vid en signifikansnivå på 5 procent en signifikant skillnad mellan avhoppare och de närvarande ( $p$ -värde mellan 0,05 och 0,01). Av de närvarande var det 67 procent som följde den rekommenderade dieten helt medan bland de avhoppade var det 39 procent (Fig.8).



**Figur 8.** Andelen avhoppade respektive närvarande som angivit att de följt den rekommenderade dieten helt, nästan eller inte.

*Avhopp i relation till bristen på socialt stöd från familj respektive från kollegor och vänner*

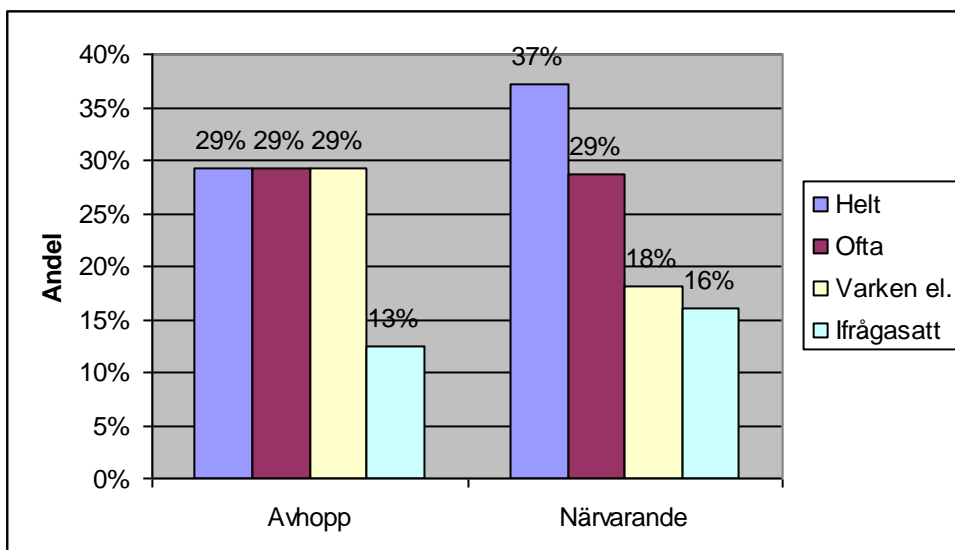
Det skiljer sig inte mycket mellan avhoppare och närvarande då det gäller stöd från familjen i denna studie. Fördelningen mellan fullt stöd, delvis stöd och inget stöd är i stort detsamma för avhoppare och närvarande (Fig.9).



**Figur 9.** Andelen avhoppade respektive närvarande som angivit att de upplevt helt, delvis eller inte alls socialt stöd från familjen.

I analysen av stöd från kollegor och vänner var antalet personer som svarat ”ifrågasatt i början” respektive ”ifrågasätter” inte tillräckligt många för att ett chi-två test skulle kunna utföras varför dessa två svarsalternativ kombinerades vid analys till en kategori ”ifrågasatt”. Det fanns också ett internt bortfall inom denna fråga på 5 personer. Det var ensamstående som uppfattade att frågan inte berörde dem. Inom respondentgrupp ”närvarande” fanns flest som svarat ”stödjer mig helt”, 37 procent av de närvarande. Bland de avhoppade svarade 29 procent antingen ”stödjer helt”, ”stödjer ofta” och ”varken eller” (Fig.10).

I denna studie fanns ingen signifikant skillnad i socialt stöd mellan de avhoppade och de närvarande. Samma slutsats fanns oavsett om det gällde stöd från familjen eller från kollegor/vänner (p-värde > 0,05).

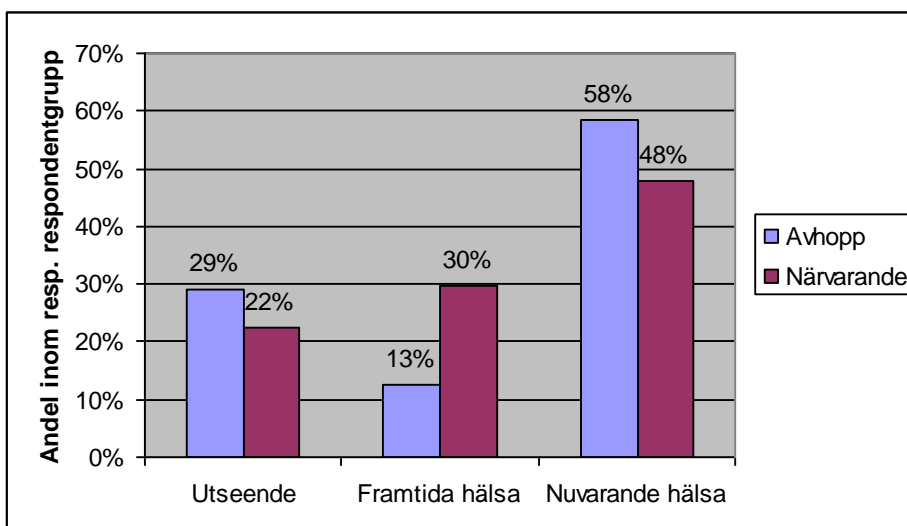


**Figur 10.** Andelen avhoppade respektive närvarande som angivit att de upplevt socialt stöd "helt", "ofta", "varken eller" respektive varit "ifrågasatt" av kollegor och vänner.

## AVHOPP I RELATION TILL PSYKOLOGISKA FAKTORER

### *Avhopp i relation till primärmotiv respektive motivationsnivå*

Det fanns inga stora skillnader mellan avhoppare och närvarande då det gällde det primära motivet att gå ned i vikt. Det fanns en liten tendens till att avhoppare oftare hade primärmotiv kopplat till utseende, 29 procent jämfört med 22 procent hos de närvarande. De närvarande angav oftare att framtida hälsa var det primära motivet, 30 procent jämfört med 13 procent hos de avhoppade. Det fanns dock ingen signifikant skillnad i primärmotiv mellan de avhoppade och de närvarande (p-värde >0,05) (Fig.11).

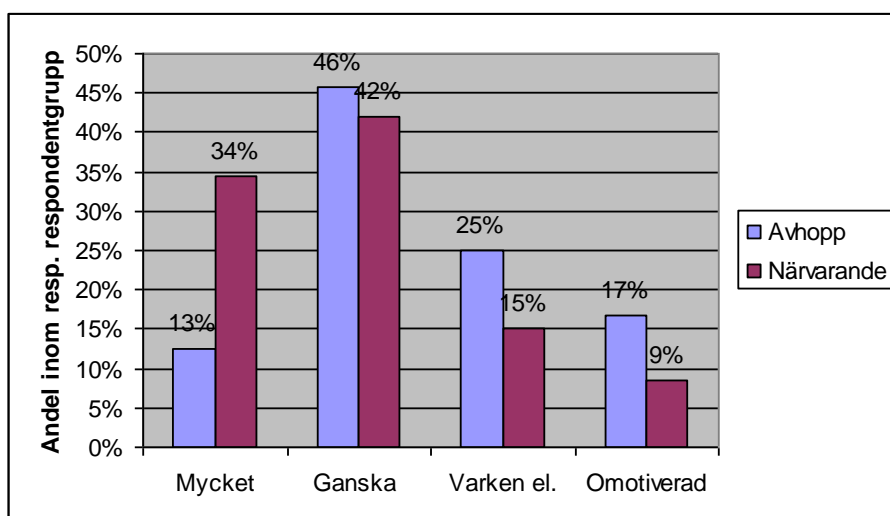


**Figur 11.** Hur andelen inom respektive respondent grupp har svarat på frågan om deras primärmotiv för att gå ned i vikt.

Antalet personer som svarat ”ganska omotiverad” respektive ”helt omotiverad” på frågan om motivationsnivå var inte tillräckligt många för att ett chi-två test skulle kunna utföras varför dessa två svarsalternativ kombinerades vid analys till en kategori ”omotiverad”. I frågan om motivationsnivå fanns ett internt fel då en respondent missat att svara på frågan. Detta innebar att antalet respondenter till denna fråga var 117 (24 avhoppade och 93 närvarande).

Motivationsnivån ”ganska motiverad vid senaste gruppträffen” var nästan densamma för de närvarande som för de avhoppade (46 procent respektive 42 procent). Kategorin ”mycket motiverad” respektive kategorierna ”varken eller” respektive ”omotiverad” skiljer sig mer mellan avhoppare och närvarande. Avhopparna hade en större andel med svar ”varken eller” och ”omotiverad” än vad de närvarande hade, 42 procent jämfört med 24 procent.

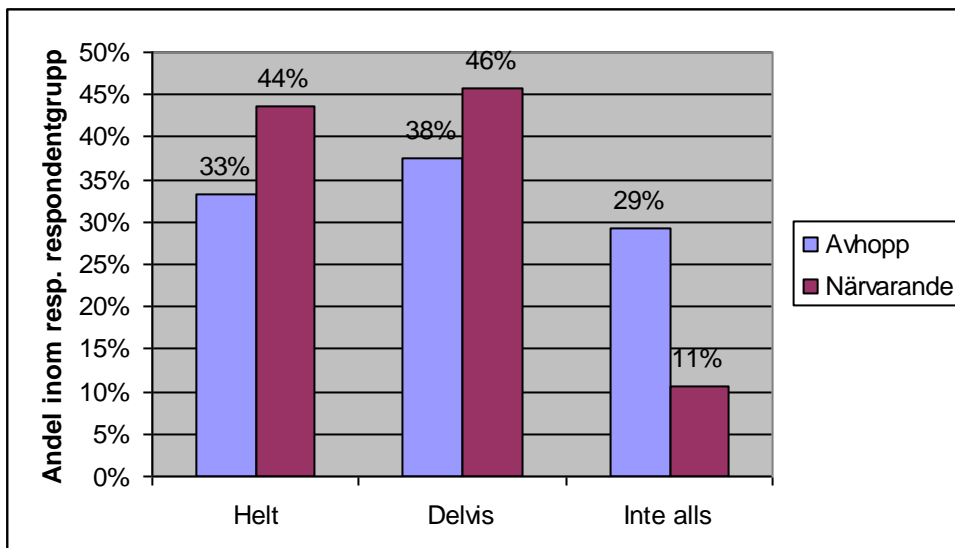
De närvarande hade en större andel med svar ”mycket motiverad” än de avhoppade hade, 34 procent jämfört med 13 procent (Fig.12). I studien fanns ingen signifikant skillnad i motivationsnivå mellan avhoppade och närvarande ( $p$ -värde  $>0,05$ ).



**Figur 12.** Hur andelen inom respektive respondent grupp har svarat på frågan om deras motivationsnivå vid senaste gruppträffen.

#### *Avhopp i relation till uppnådd viktminskning och förväntning på viktminskningen*

Alla respondenter besvarade denna fråga. De avhoppade svarade i större utsträckning att de inte hade uppnått den förväntade viktminskningen då de var på sin senaste gruppträff. Av de avhoppade svarade 29 procent att de inte alls uppnått den förväntade viktminskningen jämfört med 11 procent av de närvarande. Det var dock 33 procent av de avhoppade som helt hade uppnått den förväntade viktminskningen vid deras senaste gruppträff. Bland de närvarande var det 44 procent som helt uppnått den förväntade viktminskningen (Fig.13). Dessa skillnader avseende uppnådd viktminskning i relation till förväntad viktminskning mellan de som går på gruppträffar och de som hoppat av gruppträffarna var dock inte statistiskt signifikanta ( $p$ -värde  $> 0,05$ ).



**Figur 13.** Hur andelen inom respektive respondent grupp har svarat på frågan om hur väl den uppnådda viktminskningen vid den senaste gruppträffen överensstämde med den förväntade viktminskningen.

#### AVHOPP I RELATION TILL DEMOGRAFISK FAKTOR

Den demografiska variabel som studerats i denna studie var kvinnors ålder i relation till avhopp från gruppträffar. Antalet kvinnor i studien var 102. Ålderskategorierna 30-50 år respektive över 50 år representerade 43 procent respektive 49 procent av totala antalet respondenter. Ålderskategorin under 30 år bestod endast av 8 respondenter (7,8 procent) varav en var avhoppad. Det fanns ingen signifikant skillnad i ålder mellan kvinnor som hoppade av gruppträffarna och de som fortsatte vara närvarande ( $p$ -värde  $> 0,05$ ). Samma resultat rädde även då kvinnorna delades in i två ålderskategorier, under respektive över 50 år.

#### DISKUSSION

Denna studies syfte var att studera bakomliggande faktorer till avhopp från gruppträffar. I aktuell studie fann man signifikanta skillnader inom det sociala området. Faktorer som visade på en signifikant skillnad mellan avhoppare och närvarande var upplevelsen av personal respektive gruppträffar. Detta resultat överensstämmer med tidigare studier (22, 23). Man fann också signifikanta skillnader avseende semester. De kunder som hoppar av gruppträffar har oftare haft semester som resulterat i att de därefter inte återkommit till träffarna, vilket är i enlighet med resultatet av Ingela Melins studie (21). Att det fanns signifikanta skillnader i följsamhet med den rekommenderade dieten visade denna studie liksom tidigare studier (25). Inga andra områden kunde påvisa en statistisk signifikant skillnad.



## MATERIAL OCH METODDISKUSSION

### *Respondenter och bortfallsanalys*

Den aktuella studien hade en svarsfrekvens på 62,4 procent (68 procent närvarande, 48 procent avhoppade). Då flera sätt användes som har visats öka svarsfrekvensen, som monetära medel, påminnelser och det faktum att frågeställaren var känd, får svarsfrekvensen anses som acceptabel (41). Studien hade ett första externt bortfall pga. felaktiga mailadresser. När personer byter adresser glömmar de sannolikt att ange det till dem som de inte har en frekvent mailkonversation med. De personer som har valt att inte svara på enkäten (71 individer) har inte tillfrågats om orsak till deras beslut. Denna möjlighet har inte inrymts inom studieuppgiftens tidsramar. Tyvärr var det 52 procent av dem som identifierats som avhoppare, som inte svarade på enkäten. Motsvarande siffra för de närvarande var 32 procent. Detta får anses normalt då svarsfrekvensen ofta sjunker när frågorna anses känsliga (41). Frågorna i enkäten har eftersträvat att inte uppfattas som känsliga, men syftet i studien var att undersöka bakomliggande orsaker till att vissa valde att sluta delta på gruppträffarna. Eventuellt har vissa uppfattat detta som ett känsligt område då misslyckad viktminskning har visats kunna ge skamkänslor (15). En trolig anledning till att svarsfrekvensen var högre bland dem som närvarar på gruppträffar var att de hade en tätare relation med överviktscentret och kände eventuellt därför större ansvar att besvara enkäten. I studien användes både förebrev, påminnelse SMS och uppringning för att höja svarsfrekvensen. Fler uppmaningar till att svara hade inte varit etiskt korrekt. Respondenterna måste uppfatta att deras medverkan är frivillig (41, 44). Det bör de i denna studie ha upplevt då maximalt två påminnelser användes.

### *Valet av metoder*

Då urvalet i denna studie inte gjordes slumpmässigt kan resultatet inte med säkerhet sägas gälla generellt på det kommersiella företags överviktcenter, eller på andra överviktcenter. Detta är en svaghet i studien. En annan svaghet i den aktuella studien var frågeformuleringen kring stöd från familj. Fler av de personer som var ensamstående besvarade inte denna fråga då de upplevde att den inte berörde dem. Flera av dem hade säkert barn som inte bodde hemma eller var särbo varför de i studien hade ansetts ha familj. Frågan skulle ha formulerats annorlunda så att även dessa personer hade svarat. Trots detta interna fel var bortfallet litet (5 personer), varför resultatet troligtvis inte hade påverkats av deras svar. Den statistiska bearbetningen gjordes m h a Excel istället för SPSS som hade givit p-värden med större precision. Då ingen av beräkningarna visade på värden som var i närheten av 0,05 då p-värdet var större än 0,05 får man anse att i denna studie var Excel tillräckligt bra som statistiskt databearbetningsverktyg.

## RESULTAT DISKUSSION

### *Avhopp i relation till sociala faktorer*

En av frågeställningarna som studerades var om individer med många individuella samtal hade ett mindre behov av stöd via gruppträffar. Denna studie tyder på att detta inte var fallet. I aktuell studie hade de som deltog i gruppträffar fler individuella samtal med personal. Denna skillnad kunde dock inte statistiskt bevisas. Resultatet stöds dock av tidigare studie (21). Även om frekvensen av samtal med personal inte påverkar avhopp från gruppträffar har Ingela

Melin och andra visat att tät interaktion mellan patient och personal är viktig för att erhålla ett bra viktningsresultat (9,10, 21). Möjlig orsak till aktuell studies resultat kan ha varit att de närvarande kände ett rikligare behov av stöd generellt och därför också upplevde ett behov av gruppträffar i större utsträckning än de med ett mindre antal individuella samtal. Ett viktigt påpekande är att då individen väljer medlemskap, dvs. antalet individuella samtal gör den det bland annat utifrån hur personen själv uppfattar sitt stödbehov, inte vilket behov av stöd de i verkligheten har. Kostnaden för medlemskapet ökar också med antalet individuella samtal vilket gör att validiteten för frågeställningen kan eventuellt anses låg.

I enlighet med Prochaskas studie var stödet från familj och vänner i aktuell studie närmast detsamma för avhoppare respektive för de närvarande (29). Det fanns inget signifikant samband mellan bristen på socialt stöd och avhopp från gruppträffar. Resultat motsäger dock flera studier där bristen på socialt stöd var en viktig faktor för drop-out och resulterade i sämre viktningsresultat (28, 47). En styrka med aktuell studie var att det sociala stödet mättes vid olika tidpunkter i programmet. Respondenterna hade kommit olika långt i programmet då de besvarade enkäten. Detta innebar att analysen av det sociala stödet inte baserades enbart på den initiala perioden, då man kan tänka sig att det är lättast att få stöd för sina försök till livsstilsförändringar. Studien baserades även på svar från individer som påbörjat sin livsstilsförändring via det studerade företagens viktningsprogram upp till 12 månader sedan.

Det sociala stödet som den viktningskande individen behöver tillgodoses dels av familj och vänner. Mer ytligt socialt stöd erhålls av den professionella och av de andra gruppmedlemmarna i form av kunskap och praktiska råd vilket beskrivits tidigare av Ingela Melin (17). Att personal och programutformning gav kunderna en positiv upplevelse var avgörande i denna studie för att undvika avhopp från gruppträffar. Skillnaden mellan avhoppare och närvarande med avseende på upplevelsen av personal och programutformning var statistiskt signifikanta precis som bl.a. Grossi et al. Liksom andra tidigare visat vad gäller drop-out från behandlingsprogram (23, 47).

I studie där deltagarna fick utvärdera sin behandlingsform fann man ingen signifikant skillnad i åsikter om träffarnas nivå på stöd och information (47). Samma resultat framkom i aktuell studie då varje frågeområde (inspiration, informativ, stöd) jämfördes. Djupare studier i vad eventuellt missnöje med personal respektive med programutformning kan bero på har vad författaren vet inte tidigare genomförts. Vad som inspirerar människor är dock individuellt liksom kunskapsnivå då alla har olika erfarenheter. Det är därför en riktig utmaning för den professionelle som leder träffarna att försöka ”tillfredsställa” alla. I denna studie fördjupades inte frågan kring upplevelsen av personal, vilket framtida studie bör göra. En kvalitativ studie med fokus på vad patienter upplever som positivt respektive negativt med den professionelle som leder ett överviktprogram innehållande gruppträffar skulle ge större kunskaper. Dessa kunskaper skulle bl.a. kunna ligga till grund för vidareutveckling av de professionellas utbildning.

Ett tillfälle när socialt stöd från familj blir extra viktigt är under semestern, då stöd från gruppmedlemmar och professionella inte finns att tillgå. I enlighet med svensk studie visade aktuell studie att semestertider var en stor riskfaktor för avhopp (21). Detta stämde också väl överens med de tillfrågade hälsorådgivarnas gemensamma erfarenhet. De bakomliggande faktorerna till denna skillnad kan man endast spekulera kring. Eventuellt berodde det på att avhopparnas vikt hade gått upp under semestern vilket Greenberg et al. fann i sin studie (12). Om vikten hade gått upp kunde det eventuellt påverka deras vilja att komma tillbaka till

gruppträffarna då detta har visats påverka drop-out risken (36). Om kunden har haft en lägre viktnedgång än vad individen tror att övriga inom gruppen uppnått, finns risken att individen känner sig annorlunda och därmed eventuellt får en lägre självkänsla (15). Individen kan också i denna situation ha upplevt en lägre känsla av grupptillhörighet, då denna bygger på att alla följer liknande mönster och sociala normer som i en viktnedgångsgrupp bland annat innebär att man bör gå ned i vikt (15). En kvalitativ studie bör utforska området mer för att ge djupare kunskaper kring de bakomliggande faktorerna till avhopp i samband med semesterperioder.

Semestertider är ofta just en tidsperiod då vi kommer ur våra matvanor och följsamheten med vald diet blir då lägre vilket tidigare visats (12). Semestertider innebär för många mer festligare måltider (14). Svårigheten att följa vald diet angavs ofta som skäl till drop-out i Dansinger studie vilket stödjer aktuell studies resultat (25). De närvarande följde dieten helt i större utsträckning. Vilken diet respondenterna hade rekommenderats var inget som påverkade risken för avhopp från gruppträffar vilket också har varit slutsatsen i andra studier (24, 25). Om det var så att de som följde dieten ”helt” hade lättare att göra det på grund av att de fick stöd via gruppträffarna eller om det var så att de gick på gruppträffar för att de följde dieten ”helt” kan man i dagsläget inte avgöra. Wadden har dock funnit att vanlig orsak till att missa gruppträffar var just sämre följsamhet med diet (48). Aktuell studie visade inte när i behandlingsprogrammet de avhoppade slutade gå på gruppträffarna vilket var en svaghet i studien. Tydligt var dock att ett signifikant samband fanns mellan avhopp och följsamhet med den rekommenderade dieten oavsett diet. Denna slutsats ger en stark indikation på att det är de som fullföljer ett program helhjärtat som också kommer på gruppträffar och därigenom får mest stöd till att lyckas med sin viktnedgång.

### *Avhopp i relation till psykologiska faktorer*

Psykologiska faktorer som undersökts i denna studie och som eventuellt kan påverka individens benägenhet att hoppa av från gruppträffar var deras primärmotiv till viktnedgången respektive motivationsnivå vid den gruppträff de senast deltog i. I aktuell studie fann man ingen signifikant skillnad i primärmotiv mellan de avhoppade och de närvarande ( $p$ -värde  $>0,05$ ). Tendensen att avhoppare oftare hade utseenderelaterade primärmotiv kunde man i aktuell studie visa vilket också stöds av tidigare studie av Dalle Grave et al. (32). I den studien framgick också att yngre oftare valde förbättrat utseende som primärmotiv. I aktuell studie var respondenterna under 30 år få vilket skulle kunna förklara varför ett samband mellan primärmotiv och avhopp från gruppträffar inte framträdde trots att signifikant samband eventuellt fanns. De flesta i studien hade hälsoaspekter som huvudsakligt primärmotiv oavsett ålder då de sökt professionell hjälp vilket också framkommit av annan studie (32). Inte heller motivationsnivå skiljde sig signifikant mellan avhoppade och närvarande vilket dock motsäger tidigare studier (9, 23). Precis som vid analysen av socialt stöd i aktuell studie var det en styrka vid undersökning av motivationsnivå att respondenterna kommit olika långt i programmet då de besvarade enkäten. Motivationsnivån är normalt hög vid start av ett program och under programmets gång ändras motivationsnivån. Eftersom motivationen styrs av livssituationen blir den också olika för olika individer (17). Trots att inget signifikant samband fanns kunde intressanta iakttagelser göras med avseende på skillnader i andelen som svarat ”mycket motiverad” respektive ”omotiverad” inom respektive respondent grupp. De närvarande hade en dubbelt så stor andel som svarade ”mycket motiverad” och nästan hälften så stor andel som svarade ”omotiverad” jämfört med dem som hoppat av gruppträffarna. Denna skillnad maskeras dock när alla svars-kategorier analyseras

ihop, eftersom flertalet personer oavsett respondent grupp svarat ”*ganska motiverad*” respektive ”*varken eller*”. Framtida studier bör därför endast ha ”mycket motiverad” respektive ”omotiverad” som svarsalternativ för att tydliggöra eventuell signifikant skillnad i motivation. Vad denna skillnad i motivationsnivå beror på kan man bara gissa då det inte ingick i aktuell studie att besvara. Troligtvis är det flera orsaker som påverkar motivationsnivå exempelvis kan förändrad arbetsbelastning eller andra praktiska problem ändra motivationsnivån vilket studie av Grossi et al. tidigare visat (23).

Motivationsbrist skulle kunna bero på ett lägre viktningsresultat än det förväntade. I denna studie fanns dock ingen signifikant skillnad mellan de som går på gruppträffar och de som hoppat av gruppträffarna avseende uppnådd viktningsresultat i relation till förväntad viktningsresultat vilket motsäger studie av Dalle Grave et al. (36). I den studien var avhopparna oftare missnöjda med sitt viktningsresultat. Trots att ingen signifikant skillnad kunde identifieras i aktuell studie bör påträffade tendenser belysas. Nästan en tredjedel av de avhoppade hade vid senaste gruppträffen inte uppnått den viktningsresultat de hade förväntat sig uppnå vid aktuell tidpunkt. För de närvarande var motsvarande andel endast en tiondel. I studien framkommer inte om de avhoppade hade orealistiska viktningsresultat vilket skulle kunna förklara varför de inte uppnått sin förväntade viktningsresultat. I studie av Teixeira et al. hade orealistisk förväntad viktningsresultat ett samband med drop-out (22). Oavsett orsak till att den uppnådda viktningsresultat var sämre än förväntat, bidrog sannolikt det sämre viktningsresultatet till att de hoppade av gruppträffarna. Det var dock inte den enda orsaken då inget signifikant samband fanns i aktuell studie utan det måste ha funnits andra bidragande skäl. Att det är när motivationsnivån sjunker som individen behöver extra mycket stöd och därför borde fortsätta delta på gruppträffar kan uppfattas som en självklarhet. Tyvärr är det ibland då som individer slutar delta i gruppträffarna vilket flera visat (36, 47, 48). Vidare studier kring motivation och motivationsbrist bör utveckla området. Förslagsvis med en kvalitativ studiedesign för att erhålla ett större djup och bredd på frågeställningen. Kunskaper kring vad som påverkar motivationsnivån hos överviktiga skulle underlätta behandling.

#### *Avhopp i relation till demografisk faktor*

Denna studie kunde inte finna någon skillnad i ålder bland kvinnorna som hoppade av respektive fortsatte gå på gruppträffar. Detta var samma slutsats som Greenberg respektive De Panifilis kom fram till i sina studier av drop-out från hela överviktprogram (12, 37). I den aktuella studien var dock antalet individer under 30 år ett fåtal varför en jämförelse mellan åldersgrupperna under respektive över 50 år gjordes men även här fann man ingen statistisk skillnad mellan dessa grupper och deras relation till avhopp från gruppträffar. För att verkligen utsluta om skillnader finns i ålder bland kvinnor i relation till avhopp eller drop-out bör man i framtiden göra studier med ett stickprov bestående av många vuxna kvinnor under 30 år. Till författarens kännedom har ingen sådan studie hittills utförts.

## **SLUTSATS**

Studien visade att sociala faktorer som upplevelsen av personal och gruppträffar liksom semesterns inverkan och följsamhet till rekommenderad diet hade viktig inverkan på hur väl kunderna fullföljde sina gruppträffar. Som stöd vid viktningsresultat är den professionella

personalen viktig för att fånga upp och förhindra avhopp från gruppträffar. Att inneha gedigna faktakunskaper inom området överviktbehandling bör vara en självklarhet för den professionelle men denna studie visade också att pedagogiska kunskaper var minst lika viktiga. Att kunna utforma program som inspirerar, informerar och stödjer överviktiga i deras försök att följa de rekommenderade dieterna och att införa en ny hälsosammare livsstil var också viktig. Denna studie visade dock att vad varje individ uppfattar som just inspirerande, informerande och stödjande är väldigt individuellt, varför personalens kunskaper, egenskaper och individanpassning av programmet är viktigast för att minimera antalet avhopp från gruppträffar. Kunnig personal kan sannolikt individualisera och variera sitt sätt att hålla gruppträffar så att de flesta känner sig inspirerade och informerade. En specifik fråga att hantera vid överviktbehandling är individuella och generella strategier för hur patienter och kunder bör hantera sina semesterperioder så avhopp från gruppträffar kan undvikas. Studien har tydligt visat att efter semestern återkommer många inte till gruppträffarna. Viktigt är också att personalen har strategier för hur patienter/kunder som har hoppat av ska motiveras igen att delta i överviktprogrammet i sin helhet. I studien fann man också att de närvarande följde den rekommenderade dieten i större utsträckning än de avhoppade. Utan strategier för att hjälpa patienter/kunder med stöd och kunskaper som de behöver finns risk att färre lyckas att åstadkomma en livsstilsförändring. Risken ökar också eventuellt för att de avslutar hela sitt behandlingsprogram i förtid med sämre viktningsresultat som följd.

## REFERENSER

1. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. pp 148-149. Geneva: World Health Organization, 2010.
2. Lindroos AK, Rössner S (red.). Fetma, Från gen- till samhällspåverkan. Lund: Studentlitteratur 2007.
3. SCB Undersökning av levnadsförhållande ULF/SILC 2010. Stockholm:SCB 2010.
4. SBU-rapport 160. Fetma-Problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt. Stockholm:SBU, 2002.
5. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005;13:639-648.
6. Folkhälsorapport: kap.6 Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv. Stockholm: Stockholms Läns Landsting, 2011.
7. Heikius André. Allt fler kommersiella aktörer erbjuder viktminskning via nätet. *Läkartidningen* 2011; 108: 2590-2593.
8. Itrim. Fördjupad beskrivning av Itrims program. URL: [http://www.itrim.se/Global/PDF/Fordjupad-beskrivning/fordjupad\\_beskrivning\\_webb.pdf](http://www.itrim.se/Global/PDF/Fordjupad-beskrivning/fordjupad_beskrivning_webb.pdf). 2012-04-08, kl.17:58.
9. Lantz H, Peltonen M, Agren L, Torgerson JS. A dietary and behavioural programme for treatment of obesity: a 4-year clinical trail and a long-term posttreatment follow-up. *J Intern Med* 2003; 254: 272-9.
10. Carels RA, Cacciapaglia HM, Douglas OM, Rydin S, O'Brien WH. The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eat Behav* 2003; 4: 265-282.
11. Inelmen EM, Toffanello ED, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, Busetto L. Predictors of drop-out in overweight and obese patients. *Int J Obes* 2005; 29: 122-128.
12. Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I. Adherence and success in a long-term weight loss diet: The dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). *J Am Coll Nutr* 2009; 28: 159-168.
13. Moroshko, L. Brennan and P. O'Brien, Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature, *obesity reviews* (2011) 12, 912–934.
14. Fieldhouse, Paul. Food and nutrition, customs and culture 2 ed. London: Nelson Thornes 1996.
15. Ogden, Jane. Health Psychology, a textbook 4 ed. Maidenhead: Open university press 2007.
16. Holm, Lotte. Mad, mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver 3 uppl. Köpenhamn: Munksgaard Danmark 2005.
17. Melin, Ingela. Obesitas- behandling med KBT-inriktning, handbook 3 uppl. Lund: Studentlitteratur 2011.
18. Passer M, Smith R, Holt N, Bremner A, Sutherland E, Vlieg M. Psychology: the science of mind and behaviour. Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education 2009.
19. Gottlieb BH, Bergen AE. Social support concepts and measures. *J Psychosom Res* 2010;69:511-520.
20. Andersson I, Rössner S. Weight development, drop-out pattern and changes in obesity-related risk factors after two years treatment of obese men. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21: 211-216.
21. Melin, Ingela. Motivating Clinical Treatment of Obesity, methods, Education, Supervision and Outcome. Stockholm: Karolinska University Press 2004.

22. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J Obes* 2004; 28: 1124-1133.
23. Grossi E, Dalle Grave R, Mannucci E, Molinari E, Compare a, Cuzzolaro M, Marchesini G. Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *Int J Obes* 2006;30:1132-1137.
24. Honas JJ, Early JL, Frederickson DD, O'Brein MS. Predictors of attrition in a large clinic-Bases weight-loss program. *Obes res* 2003; 11: 888-894.
25. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Dietis for Wegiht Loss and Heart Disease Risk Reduction. *JAMA* 2005; 293: 43-53.
26. Van Dam HA, van der Horst FG, Knoops L, Ryckman RM, Crebolder HFJM, van den Borne BHW. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Educ Couns* 2005;59:1-12.
27. Kiernan M, Moore SD, Schoffman DE, Lee K, King AC, Taylor CB, Kiernan NE, Perri MG. Social support for healthy bahaviors: scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obes* 2012;4:756-764.
28. Huisman S, Maes S, De Gucht VJ, Chatrou M, Haak HR. Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients with type 2 diabetes. *Int J Behav Med* 2010; 17: 176-181.
29. Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follick MJ, Abrams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addict Behav* 1992; 17: 35-45.
30. Yass-Reed EM, Barry NJ, Dacey CM. Examination of pretreatment predictors of attrition in a VLCD and behaviour therapy weight-loss program. *Add Behav* 1993;18:431-435.
31. Sveriges Psykologförbund. Psykologiguiden: Psykologilexikon . ULR: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=motiv>. 2012-04-08, kl.17:50.
32. Dalle Grave RD, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Caompare A et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an obesvational multicenter study. *Obesity* 2005; 13: 1961-1969.
33. Torgerson JS, Lissner L, Lindroos AK, Kruijjer H, Sjöström L. VLCD plus dietary and behavioural support alone in the treatment of severe obesity. A randomised two-year clinical trial. *Int J Obes* 1997; 21: 987-994.
34. Dalle Grave R, Calugi S, Magri F, et al. Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers. *Obes Res* 2004;12:2005-12.
35. Foster G, Wadden AT, Renee A, Brewer G. What is a reasonable weightloss? Patients´ Expectations an Evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clinic Psych* 1997;65:79-85.
36. Dalle Grave R, Melchionda N, Calugi S, Centis E, Tufano A, Fatati G, Fusco MA, Marchesini G. Continuous care in the treatment of obesity: an observational multicentre study. *J Intern Med* 2005;258:265-273.
37. De Panfilis C, Torre M, Cero S, Salvatore P, Dall´Agljo E, Marchesi C et al. Personality and attrition from behavioural weight-loss treatment for obesity. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 515-520.
38. Itrim, Itrim-center i Sverige. 28 mars 2012. URL: <http://www.itrim.se>.
39. Hemmingsson E, Neovius M, Sundström J, Marcus C. Kvalitetssäkring av kommersiell viktminskning på franchiseföretag: drop-out och 2-års uppföljning. URL:

[http://www.itrim.se/Global/PDF/Forskningsrapporter/Hemmingsson\\_abstract\\_Lakarstamman\\_2009.pdf](http://www.itrim.se/Global/PDF/Forskningsrapporter/Hemmingsson_abstract_Lakarstamman_2009.pdf).

40. Bryman, Alan. Samhällsvetenskapliga metoder uppl. 2. Malmö: Liber 2011.
41. Ejlertsson, Göran. Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur 1996.
42. Eliasson, Annika. Kvantitativ metod från början uppl. 2:3. Lund: Studentlitteratur 2006.
43. Edwards P, Roberts I, Clarke M, Di Guiseppi C, Pratap S, Wentz R, et al. Increasing response to postal questionnaires: systematic review. *BMJ* 2002; 324(1183):1-9.
44. [http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000360/HS\\_15.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000360/HS_15.pdf) 2008-05-01. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet, 2002.
45. Ejlertsson, Göran. Statistik för hälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur 2003.
46. Körner S och Wahlgren L. Statistiska metoder. Lund: Studentlitteratur 2005.
47. Mattfeldt-Beman MK, Corrigan SA, Stevens VJ, Sugars CP, Dalcin AT, Givi MJ, Copeland KC. Participants' evaluation of a weight-loss program. *J Am Diet Assoc* 1999;99:66-71.
48. Wadden TA, Letizia KA. Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. In: Wadden TA, VanItallie TB (eds). *Treatment of the seriously Obese Patient*. The Guildford Press: New York, London, 1992, pp. 383-410.



## BILAGA 1. ENKÄT

### Enkät

Följande frågor syftar till att kartlägga vanligt förekommande anledningar till att kunder slutar delta i gruppträffar inom Itrims viktminskningsprogram.

*Resultatet från denna undersökning kommer att publiceras i en D-uppsats vid Uppsala Universitet, och användas till att förbättra Itrims viktminskningsprogram.*

*Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt av ansvarig student.*

**Instruktioner:** Markera med ett kryss den ruta som stämmer överrens på er.

---

Kvinna  Man

under 30 år  30-50 år  över 50 år

Medlemskap:

Brons  Silver  Guld  Vet ej

Hur många månader har du varit viktminskningskund?

mindre än 3 mån.  3-6 mån.  6-9mån.  9-12mån.

---

Vilken matsedel blev du rekommenderad att äta från start för att gå ned i vikt?

Snabbt (VLCD)  Varierat (2+2)  Handfast minus  Vet ej

Följde du dieten du blev rekommenderad från start?

Helt  Nästan hela tiden  Första veckan  Knappt

Om du inte följt den rekommenderade dieten, vilken matsedel valde du då att äta?

Varierat (2+2)  Handfast minus  Ingen speciell

Jag har slutat gå på gruppträffar och planerar inte att gå på fler:

Ja  Nej

---

1. Min senaste gruppträff jag var med på, var precis innan:

- Julen eller Sommaren
  - En semester/semesterresa under hösten eller våren
  - Inte i anslutning till någon ledighet
- 

2. Anser du att gruppträffarna du varit på har motsvarat dina förväntningar?

- Ja, mycket
- Ja, ganska
- Varken eller
- Nej, inte speciellt
- Nej, inte alls.

3. Anser du att gruppträffarna du varit på har varit inspirerande?

- Ja, mycket
- Ja, ganska
- Varken eller
- Nej, inte speciellt
- Nej, inte alls.

4. Anser du att gruppträffarna du varit på har varit informativa?

- Ja, mycket
- Ja, ganska
- Varken eller
- Nej, inte speciellt
- Nej, inte alls.

5. Anser du att gruppträffarna du varit på har givit dig stöd i din viktninskning?

- Ja, mycket
- Ja, ganska
- Varken eller
- Nej, inte speciellt
- Nej, inte alls.

6. Är du nöjd med den hälsorådgivare som håller i gruppträffarna?

- Ja, mycket
- Ja, ganska
- Varken eller
- Nej, inte speciellt
- Nej, inte alls.

---

7. Anser du att du fått stöd hemifrån i ditt val av matsedel/diet hittills under programmet?

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej, inte alls

8. Har din familjs matvanor blivit hälsosammare eller sämre under ditt viktninskningprogram?

- Ja, mycket hälsosammare
- Ja, lite hälsosammare
- Varken eller
- Lite mer ohälsosamt
- Mycket ohälsosammare

9. Ifrågasätter arbetskollegor ditt val av matsedel/diet eller stödjer de ditt val?

- De stödjer helt mitt val
  - De stödjer mitt val för det mesta
  - De har ingen synpunkt
  - De ifrågasatte mitt val i början
  - De ifrågasätter ofta mitt val
- 

10. Vilken av följande tre anledningar var din *huvudsakliga* anledning i början till att du ville gå ned i vikt.

- Bli snyggare
- Förbättra mina chanser till bra hälsa i framtiden
- Förbättra min nuvarande hälsa

11. När jag var på min senaste gruppträff var jag motiverad/omotiverad till att äta och träna

enligt  
rekommendationen.

- Mycket motiverad
- Ganska motiverad
- Varken eller
- Ganska omotiverad
- Helt omotiverad

12. Idag har jag uppnått mitt ursprungliga motiv till att gå ned i vikt.

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej, inte alls

13. Följer du din matsedel/diet helt eller gör du avsteg ibland.

- Följer alltid matsedeln/dieten helt
  - Gör avsteg från matsedeln/dieten max 2ggr/månad
  - Gör avsteg från matsedeln/dieten 1ggr/vecka
  - Följer matsedeln/dieten på vardagarna
  - Gör avsteg från matsedeln/dieten mer än 3ggr/vecka.
- 

14. Vilken typ av vikt hade du uppnått då du var på din senaste gruppträff?

- Min drömvikt (den vikt du skulle välja att väga, om du fick välja vilken vikt som helst)
- Min nöjda vikt (det är inte din drömvikt, men en vikt som du skulle vara glad att väga)
- Min accepterade vikt ( en vikt du inte är speciellt glad över, men kan acceptera eftersom den är lägre  
än vid starten av programmet)
- Min besvikelse vikt (en vikt som är lägre än vid starten, men som du inte kan anse som  
en acceptabel vikt)
- En viktökning sedan starten av programmet

15. När jag var på min senaste gruppträff hade jag uppnått en viktminskning som överensstämde  
med mina förväntningar.

- Stämmer helt
- Stämmer nästan
- Stämmer inte alls

16. När jag var på min senaste gruppträff var jag stolt/skämdes jag över min viktminskning.

- Var jag mycket stolt
- Var jag ganska stolt
- Varken eller
- Skämdes jag lite
- Skämdes jag mycket

17. Hur nöjd/missnöjd är du med din nuvarande vikt?

- Våldigt nöjd
  - Ganska nöjd
  - Varken eller
  - Ganska missnöjd
  - Våldigt missnöjd
- 

Tack för din medverkan.

Vid frågor kontakta: Marie Wiholm Grund (ansvarig student).

[marie.wiholmgrund@.....](mailto:marie.wiholmgrund@.....)

## **BILAGA 2. FÖRBREV**

Hej!

Jag vill informera dig om att på måndag kommer en enkät skickas till dig. Jag skulle bli väldigt glad om du ville besvara den.

Enkäten är en viktig del i min magisteruppsats som jag just nu skriver. Det är därför jag inte finns på centret lika ofta som tidigare.

Syftet med studien är att hitta anledningar till att en del kunder hos Itrim slutar delta på sina gruppträffar.

För att denna studie ska bli vetenskaplig är svar från dig som fortfarande går på gruppträffar lika viktig som svar från dig som slutat gå på gruppträffar.

Enkäten kommer att ta max 2-3 minuter att besvara. Mer information följer enkäten som kommer på måndag (16/4).

Tack på förhand.

Vänliga hälsningar,  
Marie Wiholm Grund  
Hälsorådgivare på Itrim Liljeholmen

### **BILAGA 3. FÖLJEBREV**

Hej!

Som du säkert vet faller det ofta bort deltagare från gruppträffarna. Detta vill Itrim gärna få mer kunskap kring.

Marie Wiholm Grund, hälsorådgivare på Itrim Liljeholmen gör därför en studie för att hitta viktiga anledningar till att kunder ibland slutar gå på gruppträffar. Denna studie kommer att ingå i en magisteruppsats inom dietistprogrammet vid Uppsala Universitet.

Enkäten tar 2-3 minuter att besvara.

Besvara genom att öppna den bifogade excel filen ”enkät\_Itrim”.

När enkäten är besvarad, trycker ni på ”Spara som” under Arkiv. Spara i skrivbordet, det är lättast att hitta filen då. Stäng excel.

Tryck sedan på ”Svara” och bifoga den sparade enkäten som ni nu lätt hittar på skrivbordet. Skicka mailet.

Bland dem som besvarar enkäten kommer ett presentkort på 300kr att lottas ut. Presentkortet kan användas för köp av måltidsersättning hos Itrim Liljeholmen.

Ditt deltagande i studien är frivilligt, men det betyder mycket för studiens kvalitet att du som får enkäten besvarar den.

#### **Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt!**

Besvarade enkäter kommer att endast hanteras av ansvarig student, Marie Wiholm Grund. Svaren kommer att databearbetas och i samband med inmatning kommer dina uppgifter att aidentifieras.

Om du får problem att öppna enkäten eller har några frågor, mejla dem gärna till [marie.wiholmgrund@.....](mailto:marie.wiholmgrund@.....)

En påminnelse kommer att skickas via SMS till dem som inte besvarat enkäten senast torsdagen den 19/4.

Hoppas att du vill hjälpa mig utöka vår kunskap, så att vi kan hjälpa viktningskunder ännu bättre.

Tack på förhand för din medverkan!

Marie Wiholm Grund  
Ansvarig student, hälsorådgivare  
Itrim Liljeholmen

Margaretha Nydahl  
Handledare  
Uppsala Universitet



## BILAGA 4. CHI-TVÅ KORSTABELLER

Tabellerna visar om den observerade fördelningen mellan klasserna skiljer sig mot den förväntade fördelningen. För att eventuell skillnad ska vara signifikant måste p-värdet vara mindre än 0,05. Varje frågas p-värde finns i bilaga 5.

\*O: observerat värde, E: förväntat värde

### Avhopp i relation till sociala faktorer

Skillnader i antalet individuella träffar mellan avhoppare och närvarande O (E)*				
	Guld (10 samtal)	Silver (6 samtal)	Brons (3 samtal)	Summa
Avhoppade	4 (6,2)	12 (12,0)	7 (5,0)	23
Närvarande	27 (24,9)	48 (48,0)	18 (20,0)	93
Summa	31	60	25	116

Skillnader i när senaste träffen var i förhållande till ev. semester O (E)*			
	Semester	Ingen ledighet	Summa
Avhoppade	7 (2,2)	15 (19,8)	21
Närvarande	4 (8,8)	84 (79,2)	84
Summa	11	99	110

Skillnader i nöjdhet med personal mellan avhoppare och närvarande O (E)*					
	Mkt. Nöjd	Ganska nöjd	Varken el.	Inte	Summa
Avhopp	7 (14,0)	9 (6,7)	8 (2,4)	0 (0,8)	24
Närvarande	62 (55,0)	24 (26,3)	4 (9,6)	4 (3,2)	94
Summa	69	33	12	4	118

Skillnader i nöjdhet med gruppträffarna mellan avhoppare och närvarande O (E)*					
	Mkt. Nöjd	Ganska nöjd	Varken el.	Inte	Summa
Avhopp	1 (5,5)	9 (12,2)	10 (4,7)	4 (1,6)	24
Närvarande	26 (21,5)	51 (47,8)	13 (18,3)	4 (6,4)	94
Summa	27	60	23	8	118

Skillnader av rek. diet mellan avhoppare och närvarande O (E)*			
	Snabbt	Varierat	Summa
Avhoppade	17 (18,8)	6 (4,2)	23
Närvarande	77 (75,2)	15 (16,8)	92
Summa	94	21	115

Skillnader i följsamhet med rekommenderad diet relation till avhopp från gruppträffar O (E)*				
	Helt	Nästan	Inte	Summa
Avhoppade	9 (14,2)	12 (7,4)	2 (1,4)	23
Närvarande	62 (56,8)	25 (29,6)	5 (5,6)	92
Summa	71	37	7	115

<b>Skillnader i stöd från familj mellan avhoppare och närvarande O (E)*</b>				
	Helt	Delvis	Inte alls	Summa
Avhopp	13 (14,0)	8 (7,1)	2 (1,8)	23
Närvarande	56 (55,0)	27 (27,9)	7 (7,2)	90
Summa	69	35	9	113

<b>Skillnader i stöd från arbetskollegor/vänner i valet av diet O (E)*</b>					
	Helt	Ofta	Varken el.	Ifrågasatt	Summa
Avhopp	7 (8,6)	7 (6,8)	7 (4,9)	3 (3,7)	24
Närvarande	35 (33,4)	27 (27,1)	17 (19,1)	15 (14,3)	94
Summa	42	34	24	18	118

Avhopp i relation till psykologiska faktorer

<b>Skillnad i primärmotiv mellan avhoppare och närvarande, O (E)*</b>				
	Utseende	Framtida Hälsa	Nuv. Hälsa	Summa
Avhoppade	7 (5,7)	3 (6,3)	14 (12,0)	24
Närvarande	21 (22,3)	28 (24,7)	45 (47,0)	94
Summa	28	31	59	118

<b>Skillnad i motivation mellan avhoppare och närvarande O (E)*</b>					
	Mycket motiverad	Ganska motiverad	Varken el.	Omotiverad	Summa
Avhopp	3 (7,2)	11 (10,3)	6 (4,1)	4 (2,5)	24
Närvarande	32 (27,8)	39 (39,7)	14 (15,9)	8 (9,5)	93
Summa	35	50	20	12	117

<b>Skillnad i uppnådd viktminskning i relation till förväntad viktminskning mellan avhoppare och närvarande O (E)*</b>				
	Helt	Delvis	Inte alls	Summa
Avhopp	8 (10,0)	9 (10,6)	7 (3,5)	24
Närvarande	41 (39,0)	43 (41,4)	10 (13,5)	94
Summa	49	52	17	118

Avhopp i relation till demografisk variabel

<b>Skillnader i ålder kvinnor i relation till avhopp från gruppträffar O (E)*</b>				
	<30 år	<50 år	> 50 år	Summa
Avhoppade	1 (1,7)	8 (9,1)	12 (10,3)	21
Närvarande	7 (6,4)	36 (34,9)	38 (39,7)	81
Summa	8	44	50	102

**BILAGA 5. FREKVENSTABELL INKL. UPPGIFTER OM FREKVENSENS ANDEL INOM RESPEKTIVE RESPONDENT GRUPP**

<b>Variable</b>	<b>p-värde</b>	<b>Närvarande</b>	<b>Avhoppade</b>
Antal individuella samtal	> 0,05	<i>n</i> = 93	<i>n</i> =23
11		27 (29 %)	4 (17 %)
7		48 (52 %)	12 (52 %)
4		18 (19 %)	7 (30 %)
<b>Semester/ledighet</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<i>n</i> =94	<i>n</i> =24
Ingen ledighet		90 (96 %)	16 (67 %)
Semester		4 (4 %)	8 (33 %)
<b>Upplevelse av gruppträffar</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<i>n</i> =94	<i>n</i> =24
Mycket nöjd		26 (28 %)	1 (4 %)
Ganska nöjd		51 (54 %)	9 (38 %)
Varken el.		13 (14 %)	10 (42 %)
Inte nöjd		4 (4 %)	4 (17 %)
<b>Upplevelse av personalen</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<i>n</i> =94	<i>n</i> =24
Mycket nöjd		62 (66 %)	7 (29 %)
Ganska nöjd		24 (26 %)	9 (38 %)
Varken el.		4 (4 %)	8 (33 %)
Inte nöjd		4 (4 %)	0
Rekommenderad diet	> 0,05	<i>n</i> =92	<i>n</i> =23
Snabbt*		77 (84 %)	17 (74 %)
Varierat**		15 (16 %)	6 (26 %)
<b>Följt rekommenderad diet</b>	<b>0,01 &lt; p &lt; 0,05</b>	<i>n</i> = 92	<i>n</i> =23
Helt		62 (67 %)	9 (39 %)
Nästan		25 (27 %)	12 (52 %)
Inte		5 (5 %)	2 (9 %)
Socialt stöd från familj	> 0,05	<i>n</i> =90	<i>n</i> =23
Helt		56 (62 %)	13 (57 %)
Delvis		27 (30 %)	8 (35 %)
Inte alls		7 (8 %)	2 (9 %)
Stöd från arbetskollegor/vänner	> 0,05	<i>n</i> =94	<i>n</i> =24
Helt		35 (37 %)	7 (29 %)
Ofta		27 (29 %)	7 (29 %)
Varken el.		17 (18 %)	7 (29 %)
Ifråga satt diet		15 (16 %)	3 (13 %)

Variable	p-värde	Närvarande	Avhoppade
<b>Psykologiska faktorer</b>			
Primärmotiv	> 0,05	n=94	n=24
Utseende		21 (22 %)	7 (29 %)
Förbättrad framtida hälsa		28 (30 %)	3 (13 %)
Förbättrad nuvarande hälsa		45 (48 %)	14 (58 %)
Motivationsnivå	> 0,05		
Mycket motiverad		32 (34 %)	3 (13 %)
Ganska motiverad		39 (42 %)	11 (46 %)
Varken el.		14 (15 %)	6 (25 %)
Omotiverad		8 (9 %)	4 (17 %)
Uppnådd viktminskning i förhållande till förväntning	> 0,05	n=94	n=24
Helt		41 (44 %)	8 (33 %)
Delvis		43 (46 %)	9 (38 %)
Inte alls		10 (11 %)	7 (29 %)
<b>Demografisk faktor</b>			
Kvinnors ålder	> 0,05	n=94	n=24
<30 år		7 (7 %)	2 (8 %)
30-50 år		43 (46 %)	9 (38 %)
>50 år		44 (47 %)	13 (54 %)