



RYGESTOP OG VÆGTFORØGELSE - et litteraturstudie

2004



Rygestop og vægtforøgelse — et litteraturstudie

2004

Rygestop og vægtforøgelse – et litteraturstudie

Litteraturstudiet er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Irene Christiansen, adjunkt, cand. psych. ved Danmarks Pædagogiske Universitet

Redaktion: Regitze Siggaard og Lotte Bælum, Sundhedsstyrelsen

Følgegruppe: Ilse Løye, Sundhedsstyrelsen, Mads Lind og Karin Jaspers, Kræftens Bekæmpelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Rygestop, vægt, vægtforøgelse, litteraturstudie

Sprog: Dansk

Copyright : Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forsidefoto: Michala Clante Bendixen

Version: 1,0

Versionsdato: 10.11.2004

Elektronisk ISBN: 87-7676-010-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2004

Forord

Mange tager et par kilo på i forbindelse med, at de holder op med at ryge. Selv om det sundhedsmæssigt er bedre at tage et par kilo på end at ryge, er det ikke hensigten, at man skal ud i et nyt sundhedsproblem, når man kommer af med et andet. Derfor er det vigtigt at vide, hvor stort problemet egentlig er, og hvad der er myter, og hvad der er fakta.

For at få mere viden om problematikken omkring rygestop og vægt har Sundhedsstyrelsen i 2004 taget initiativ til at få lavet et litteraturstudie om emnet. Målet med studiet har været at få opdateret den viden, der er om emnet, samt at få et indblik i, hvor der mangler viden.

Rapporten er desuden et bidrag til at opfylde anbefalingerne fra ”Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt”, 2003. Rapporten indeholder informationer, som kan indgå i udarbejdelse af kliniske retningslinier til sundhedsprofessionelle, og som dermed kan sikre en opkvalificering i forhold til at opspore og gribe ind over for patienter med særlig risiko for at udvikle overvægt.

Resultatet af litteraturstudiet, som er beskrevet i denne rapport, skal danne baggrund for at opdatere de meldinger, der hidtil har været givet til rygestopinstruktører om emnet, samt til relevante målgrupper bl.a. inden for gruppen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge, men er bekymrede for at tage på i vægt.

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af adjunkt, cand. psych. Irene Christiansen, Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU). Regitze Siggaard er forfatter til kapitel 3 om vægtforøgelse som en fysiologisk følge af et rygestop.

Under udarbejdelsen af rapporten har der været nedsat en følgegruppe bestående af Lotte Bælum, Regitze Siggaard og bibliotekar Ilse Løye fra Sundhedsstyrelsen, Mads Lind og Karin Jaspers, Kræftens Bekæmpelse. Bibliotekar Susanne Jacobsen, Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU), har stået for størstedelen af litteratursøgningerne, derudover er Ilse Løye, Sundhedsstyrelsen ophavsmand til dele af de gennemførte litteratursøgninger

Else Smith
Centerchef, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
November 2004

1	Rapportens emne og formål	5
1.1	Litteratursøgning: Fremgangsmåde samt læsevejledning	6
2	Sammenfatning	8
2.1	Status over viden om rygestop og vægt	8
2.2	"Risikoindivider", og hvordan identificeres de?	8
2.3	Mulige interventioner	9
2.4	Hvornår skal der interverneres over for vægtproblemet under rygestoppet?	11
2.5	Hvilke emner kan tages op under interventionen?	11
3	Fysiologiske følger af rygestop og vægtforøgelse	13
3.1	Gennemsnitlig vægtstigning	13
3.2	Mindre energiforbrug ved rygestop	13
3.3	Sundhedsrisici ved rygning kontra overvægt	14
4	Psykologiske faktorer bag rygestop, vægt og vægtbekymring	15
4.1	Gennemgang af litteratur	15
4.1.1	Opsummering	23
5	Interventionsmetoder for rygestop, vægt og vægtbekymring	24
5.1	Gennemgang af litteratur	24
5.1.1	Opsummering	29
6	Resumé	31
7	Ordforklaringer	33
8	Anvendt litteratur	36
8.1	Supplerende litteratur	39
9	Bilag 1: Søgekatalog	41

1 Rapportens emne og formål

Denne rapport fokuserer på to hovedområder:

- *Hvordan påvirker vægtbekymringer muligheden for at gennemføre et rygestop for den enkelte ryger?*

Med vægtbekymringer menes der både vægtbekymringer forud for et rygestop og de bekymringer, som en eventuel vægtstigning undervejs i et rygestop kan give anledning til. Desuden indkredses i rapporten, hvad der karakteriserer ”Risikoindivider” på området. Det betyder i denne rapport de rygere, for hvem en eventuel vægtstigning kan fungere som en barriere for at gennemføre et rygestop.

- *Hvilke metoder er effektive/ineffektive til at håndtere vægtproblematikken i sundhedsprofessionelt regi, og hvorledes kan disse metoder kombineres med rygestop tiltag?*

Baggrunden for dette fokus på metoder skyldes, at der på området rygestop og vægt generelt mangler viden om kombinationen af tiltag over for rygning og over for vægt.

Under litteraturgennemgangen, der skal belyse de to punkter, præsenteres der både studier, som forsøger at afdække, hvorledes et rygestop virker ind på et menneskes vægt – og omvendt: Hvordan vægtændringer kan påvirke et rygestop. Det angives undervejs, hvor stort et empirisk grundlag det enkelte studie bygger på, samt hvilken undersøgelsesmetode der er blevet anvendt. Der anføres også forbehold over for de enkelte studier samt peges på videre forskning. Det må generelt understreges, at rygestop og vægt er et felt uden klare retninger og med et forholdsvis begrænset empirisk grundlag. Desuden er det domineret af et snævert fokus på kvinder og vægtbekymring.

Den faglige vinkel i rapporten er hovedsagelig psykologisk med følgende afgrænsning:

- a) For det første beskriver rapporten udelukkende raske rygeres psykologi i forbindelse med rygestop og vægt. Spiseforstyrrelser såsom anoreksi og bulimi inddrages dermed ikke. Ved somatisk sygdom gælder stadig almindelige retningslinjer for hjælp til rygestop samt behandling af såvel sygdom som en mulig overvægt.
- b) For det andet inddrages både studier om de rygere, der bekymrer sig om deres vægt, men som ikke er i reel fare for at blive overvægtige, og de rygere, der allerede er let til moderat overvægtige – eller som nemt kan blive det under et rygestop. Begrundelsen for dette tilvalg er, at let til moderat overvægtige kan opleve den samme psykologiske barriere, som slanke eller sågar tynde rygere kan være styret af. Et fokus på de svært overvægtige fravælges imidlertid, da denne gruppe kun i yderst begrænset omfang er omfattet af den litteratur, som er blevet fundet om emnet rygestop og vægt.
- c) For det tredje er der spørgsmålet om etnicitet. I den udenlandske litteratur, som litteratursøgningen har været med til at afdække, dukker etnicitet flere gange op under temaet vægtforøgelse og rygestop. I denne rapport er etnicitet fravalgt. Dels

er der ikke publiceret danske resultater om etnicitet, rygestop og vægt. Dels udgør etniske minoriteter kun en meget lille del af den danske befolkning. Endelig vil informationen fra de udenlandske studier næppe kunne overføres direkte til danske forhold, da der kan påstås at være en væsensforskel på at tilhøre en etnisk minoritet i et land som USA, hvorfra mange af studierne stammer, i forhold til i Danmark.

d) Sidst, men ikke mindst forsøger rapporten at inddrage social ulighed, herunder forskelle i uddannelses- og indkomstniveau m.m., som kan være væsentlige faktorer til at forstå rygeadfærd, rygeophør og vægtforøgelse. Desværre foreligger der ikke meget empiri om betydningen af social ulighed i forhold til rygestop og vægt. Social ulighed bør dog tænkes ind i den praktiske implementering af rygestoptilbud. Rapporten vil ud fra litteraturen give et bud på, hvordan dette kan gøres.

Da feltet rygestop og vægt generelt er meget lidt undersøgt, beskriver rapporten i lige så høj grad områder, hvor der mangler viden, som steder, hvor der er fundet ny viden. Det anføres, hvornår der er tale om evidensbaseret viden, hvornår der opstilles hypoteser, og hvornår indhentede fund diskuteres. Dette vil blive gjort således, at de udvalgte undersøgelser (jf. kapitel 4 og 5) så vidt muligt resumeres i overensstemmelse med forskernes/artiklernes egne ord, mens kapitel 2 (denne rapport's sammenfatning) indeholder en fortolket fremstilling af de indsamlede fund.

1.1 Litteratursøgning: Fremgangsmåde samt læsevejledning

Rapporten indeholder ca. 30 relevante referencer, som er fundet gennem en systematisk litteraturgennemgang. Der er taget udgangspunkt i artikler fra PsychInfo, Medline, Cochrane, Embase og Cinahl fra tidsrummet 1998– 2004; enkelte relevante artikler fra før dette tidsrum er dog også taget med. Tidsrummet 1998-2004 er valgt af flere årsager. Dels er det studiets hensigt at få indsigt i den absolut nyeste viden om rygestop og vægt. Her kan det fx påstås, at kropsopfattelse og vægthåndtering hos den enkelte ryger vil have ændret sig en del i forhold til 1980'erne og 1990'erne. Dels er det hensigten at bygge videre på den viden, der allerede forefindes via tidligere brochurer fra 2000, som bygger på litteratur op til dette årstal. Dette efterlader dette ganske snævre tidsrum at fordybe sig i.

Den nærmere søgeprocedure, herunder anvendte emneord, fremgår af bilag 1, som indeholder det samlede søgekatalog. Det er langt fra alle fremkomne artikler, der er gennemgået i denne rapport. Der er selekteret således i de fremkomne artikler, at de, der specifikt inddrager psykologiske variabler (såsom vægtbekymring, kropsaestetik, tiltro til egne evner osv.), er blevet prioriteret frem for andre, der fx i højere grad handler om fysiologiske eller medicinske forhold. De selekterede artikler er alle på engelsk.

Rapporten er delt således op: En sammenfatning af litteraturstudiet (kapitel 2) optræder i et kapitel for sig af hensyn til den travle læser, før den egentlige gennemgang af de udvalgte studier i kapitlerne 3, 4 og 5.

Efter en kort introduktion i kapitel 3 om vægtforøgelse som fysiologisk følge af et rygestop belyser kapitel 4 forskellige psykologiske faktorer bag rygestop, vægt og vægtbekymring; Kapitel 4 belyser således spørgsmål 1 om ”hvordan vægt-

bekymringer påvirker muligheden for at gennemføre et rygestop for den enkelte ryger”. Herunder beskrives også karakteristika for, hvem der er i særlig risiko for ikke at gennemføre et rygestop (her kaldt risikoindivider) på grund af vægtbekymringer. Kapitel 5 tager spørgsmålet om mulige interventionsformer op via den udvalgte litteratur og giver således svar på spørgsmål 2: ”Hvilke metoder er effektive/ineffektive til at håndtere vægtproblematikken i sundhedsprofessionelt regi, og hvordan kan disse metoder kombineres med rygestoptiltag?”.

Efterfølgende kommer et resume af rapportens overordnede konklusioner, og endelig et afsnit med ”Ordforklaringer”, der angiver betydningen af den mere specifikke, psykologiske fagterminologi og andre begreber, der formodes at kunne volde forståelsesvanskeligheder.

2 Sammenfatning

Oplysningerne i dette konkluderende kapitel stammer fra kapitel 3, 4 og 5, som udgør det egentlige litteraturstudie. Formålet her er at sammenfatte, hvad undersøgelserne viser om rygestop og vægt, og hvilken form for intervention der er sundhedsmæssigt forsvarlig i det konkrete tilfælde. Det skal dog nævnes, at det er så godt som altid tilrådeligt at prioritere rygestoppet frem for vægtinterventionen, da der skal en ganske markant overvægt til, før at det er lige så skadeligt at være overvægtig som at ryge.

2.1 Status over viden om rygestop og vægt

Nærværende litteraturstudie afdækker flere variabler til belysning af, hvordan ”risikoindivider” på området rygestop og vægt kan karakteriseres. Således kan rapportens spørgsmål 1 om, hvem der især er i risiko, besvares med nogenlunde sikkerhed, om end der fortsat mangler viden om det konkrete samspil imellem de udpegede variabler.

Flere af litteraturstudiets undersøgelser har vist, at det ikke er alle rygere, der lider af vægtbekymringer, men samtidig viser de også, at de rygere findes, for hvem vægtbekymring er en reel hindring for at gennemføre et rygestop. Der er behov både for mere international og national forskning, der vil kunne afdække omfanget af problemstillingen rygestop, vægt og vægtbekymring – såvel hos kvinder som hos mænd.

Hvad rapportens spørgsmål 2 om effekten af mulige former for intervention angår, mangler der stadig viden om implementering og empirisk afprøvning af interventioner til forebyggelse og behandling af vægtbekymring/vægtforøgelse i forbindelse med rygestop, inkl. psykologiske. Et eksempel på en tydelig mangel på evidensstudier er, hvilken effekt kombinationen af psykologisk rådgivning/ behandling og kostomlægning har under et rygestop.

Når det er sagt, er der studier, der taler for implementeringen af motion samt brug af nikotinerstatning under en behandling for både rygestop og vægt. Hvorledes et motionsprogram mere konkret kan tilrettelægges, er der dog ud fra den eksisterende litteratur fortsat uenighed om.

2.2 ”Risikoindivider”, og hvordan identificeres de?

Med risikoindivider menes der personer, hvor vægtbekymringer påvirker muligheden for at gennemføre et rygestop i negativ retning. Det kan både dreje sig om vægtbekymringer forud for rygestoppet og om de bekymringer, som en eventuel vægtstigning undervejs i rygestopforsøget giver anledning til. Der tegner sig ud fra flere studier følgende profil af risikoindivider. De:

- har bl.a. vægt som årsag til deres rygestart;
- bruger deres rygning som vægtreguleringsstrategi;
- er ofte meget nikotinafhængige, (hvilket lader sig måle fx med en Fagerström-test, hvor scoren vil ligge højt, og/eller behandleren kan spørge til det konkrete forbrug);

- har flere abstinenssymptomer ved rygestop, herunder symptomer såsom forøget appetit og vægtforøgelse;
- har øget sandsynlighed for tilbagefald, hvis de tager på i vægt ved et rygestop;
- er kun villige til at acceptere en urealistisk lille vægtforøgelse ved et rygestop (under 3 kg);
- er optagede af kroppen og eget udseende i det hele taget;
- har ringe tiltro til egne evner, bl.a. til om de kan fastholde beslutningen om et rygestop, hvis de skulle tage på, og om de kan håndtere egen vægt i følelsesmæssigt negative situationer.

Af andre karakteristika kan desuden nævnes, at rygeren

- forventer at tage på i vægt efter et rygestop;
- har en meget svingende spisestil. Fx kan vedkommende have meget strenge regler om, hvad han eller hun må indtage af mad, samtidig med at personen indimellem omgås disse personligt opstillede regler meget lemfældigt;
- har oplevet at tage flere kilo på ved tidligere rygestopforsøg og har evt. en tidligere ”vægthistorie”;
- har hyppigt været ”på kur”;
- hører til blandt de yngre alderskategorier og er typisk kvinde.

Det kan være en indikator for, hvornår nogle rygere er risikoindivider, at se på forskellen imellem rygerens forventede vægtforøgelse og rygerens opfattelse af en oplevet acceptabel vægtforøgelse. Jo større forskel, der er på disse to vægtangivelser, jo større sandsynlighed vil der være for et tilbagefald. Det er endvidere blevet fundet, at kvinder med lav vægt før rygestoppet også er i større fare for at begynde at ryge igen, muligvis som følge af bekymringer om ikke at holde vægten.

Det anslås, at ud af ti kvindelige rygere vil ca. fire kvinder være meget vægtbekymrede, tre kvinder vil være noget vægtbekymrede, og tre kvinder vil ikke være vægtbekymrede, men omfanget kræver verifikation i dansk sammenhæng. En del vægtbekymrede vil formentlig i ringe grad opsøge behandling og heller ikke selv forsøge sig med et rygestop.

Mænd, rygestop, vægt og vægtbekymring er et langt mindre belyst forskningsfelt, end det er for kvinders vedkommende. Måske er der lige så mange vægtbekymringer blandt mænd, men forskningen fokuserer mest på det kvindelige køn i denne henseende og skaber muligvis dermed et kunstigt indtryk af vægt, kvinder og rygestop – ligesom der også er en overrepræsentation i flere studier af veluddannede kvinder frem for mindre bemidlede kvinder.

2.3 Mulige interventioner

Der er endnu ikke fundet eksperimentelt valide behandlingsstrategier, som forhindrer en vægtforøgelse efter et rygestop, og de fleste rygere vil uvægerligt tage 3-6 kg på. Der er desuden belæg for, at forsøg på at forhindre, at man tager på i vægt, kan underminere selve rygestopforsøget, af hvilken grund man må anbefale behandleren at fare med lempe over for at sætte vægtintervention i gang for tidligt under et rygestopforsøg.

Nikotinerstatning, nærmere betegnet nikotintyggegummi, kan være en effektiv metode til at bremse en vægtforøgelse i de tidligere faser af et rygestop. Tilsvarende vægtregulerende effekter har man indtil videre fundet med stoffet bupropion, dog kun så længe, man er under farmakologisk behandling. Problemet er, at så snart eksrygeren holder op med at tage sin nikotinerstatning eller undlader at bruge bupropion, tager vedkommende omtrent det samme på, som vedkommende typisk vil gøre efter et rygestop, hvor der ikke er anvendt nikotinerstatning.

Vægtforøgelse efter et rygestop skyldes ændret madindtag og/eller ændringer i metabolismen. I og med at det således er et fænomen, der er knyttet til selve fordøjelsessystemet, kan vægtforøgelse finde sted uanset, om rygere ændrer deres madvaner eller ej. Jo mere afhængig rygeren er af nikotin, jo mere vil vedkommende ofte tage på. Når en ryger opgiver sit rygestopforsøg, vil vedkommende for det meste tabe sig helt eller delvist igen.

Til gengæld er elementer hentet fra kognitiv adfærdsterapi til en vis grænse afprøvet og fundet egnet til at reducere vægtbekymringer. Af den grund kan metoder fra kognitiv adfærdsterapi (fx ændring af negative tanker; at klienten selv bliver opmærksom på sine negative tanker og handlinger samt kan vende disse i mere konstruktiv retning o.l.) muligvis med fordel inddrages i kommende rygestopinstruktøruddannelser.

Motion kan evt. være med til at fastholde rygestoppet både på kort og lang sigt, virker tillige vægtregulerende, så længe den anvendes, og lindrer muligvis psykisk ubehag ved abstinenser. Det er en god intervention, og den har også sin berettigelse selv i de tilfælde, hvor klienten ikke kan meget andet end at gå en tur.

Som nævnt i selve litteraturstudiet mangler der effektstudier, hvad angår kost som intervention over for vægt og rygestop. Dette er ikke ensbetydende med, at der ikke bør tales om kostomlægning. Der mangler dog forskningsbaserede retningslinjer at følge.

På baggrund af ovenstående anbefales det her, at det kan være hensigtsmæssigt at etablere rygestopkurser således, at der afholdes et ekstra møde for de rygere, der er interesserede i at beskæftige sig med deres vægt. Mødet bør være frivilligt og bør finde sted i nærheden af selve kursets afslutning, så den ekstra information ikke kommer til at forstyrre rygeren i abstinensfasen, dvs. når rygestopforsøget kræver allerflest kræfter. Måske vil psykoedukation være en mulighed, dvs. klient-/patientundervisning, i ernæring og psykiske reaktioner på et rygestop og vægtforøgelse. Dette bør afprøves empirisk inden en større iværksættelse af et sådant tiltag.

Før og under rygestoppet bør det desuden understreges over for klienten, at selve stopforsøget bør være klientens prioritet frem for vægtintervention, medmindre der er tale om svær overvægt.

2.4 Hvornår skal der interveneres over for vægtproblemet under rygestoppet?

I litteraturen nævnes der tre forskellige strategier, som kan tages i anvendelse, alt efter hvilke behov klienten har:

- A. en ”vent og se” tilgang, hvor klienten får information om vægt og vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop, men hvor vedkommende rådes til at udskyde forsøg med at kontrollere vægten, medmindre det af helbredsmæssige grunde er påkrævet;
- B. en tilgang med udelukkende ét fokus, hvor klienten koncentrerer sig om sit rygestop, indtil vedkommende er så sikker i sin røgfrihed, at der er plads til at sætte ind over for en mulig vægtforøgelse. Strategi B indeholder langt mindre information fra behandler til klient end strategi A.
- C. Endelig er der brug af nikotinerstatning eller anden farmakologisk intervention, som bl.a. er med til at bremse vægtforøgelse.

Sidstnævnte tilgang angives som særlig egnet over for socialt dårligere stillede klienter. I de ganske få undersøgelser, der sporadisk berører social ulighed, peger forskerne på, at frem for vægt bør der gøres mere ud af at forstå depression i forhold til rygning, fremme klientens tiltro til egne evner og sørge for social støtte, fx den form for fællesskab, klienten kan hente i en rygestopgruppe eller hos en god ven.

Hvad strategi A, B og C angår, mangler der mere omfattende empirisk belæg for effekten af fremgangsmåderne, men det er de bedste bud ud fra litteratursøgningen. Tillige kan behandleren evt. iværksætte vægtregulerende intervention inden rygestoppet, således at der indtræder et begrænset, helbredsmæssigt forsvarligt vægttab. Dette kan være med til at lindre de eventuelle bekymringer, rygeren måtte have om at tage på i vægt. Denne strategi, som må anses som en hypotese om en effektiv metode, vil dog kræve nærmere empirisk afprøvning, inden den kan anbefales.

Kort tid efter rygestoppet er det dog særligt sårbart med en vægtforøgelse, af hvilken grund det vil være en god idé at forsøge at udskyde tidspunktet for vægtforøgelse så meget som muligt, fx vha. farmakologisk intervention (nikotintyggummi eller bupropion) eller motion.

Det er vigtigt, at klienten informeres om vægtforøgelsen, samt at vedkommende forberedes herpå inden stopforsøget, således at det ikke bliver et forbigået emne i den indledende del af behandlingen.

2.5 Hvilke emner kan tages op under interventionen?

Manglende tiltro til egne evner mht. at kunne gennemføre rygestoppet virker ifølge flere studier negativt ind på, at en ryger kan gennemføre et rygestop. Det er derfor centralt at spørge til klientens overbevisning – eller mangel på samme – hvorvidt vedkommende ser sig i stand til at klare et rygestop.

Følelser, der giver anledning til depressive symptomer, kan sandsynliggøre et tilbagefald og kan hænge uløseligt sammen med stress og manglende tiltro til egne evner. Motion eller almindelig bevægelse kan bruges som intervention over for

denne hårdknude af nedtrykthed, bekymring og oplevelsen af at være presset/ikke slå til.

Hvad angår høje forventninger til cigaretters vægtregulerende effekt, kan det inddrages som et led i behandlingen at bearbejde rygerens holdninger, således at han eller hun ikke ser cigaretterne som den eneste løsning på at få en god tilværelse som et slankt menneske. Holdningsbearbejdningen kan desuden normalisere den tilbøjelighed, en del rygere har til at spise mere efter et rygestop – bl.a. som en kompensation for den manglende tobak.

Mht. rygerens hverdagslivsbetingelser viser studierne, at visse mennesker er underkastet særlige erhvervsmæssige krav til deres vægt (fx militærfolk, politibetjente, fotomodeller, balletdansere m.fl.). Det anbefales derfor at tale om arbejdets krav – også i de tilfælde, hvor rygere arbejder på skiftehold eller tilsvarende sammenhænge, hvor det kan være vanskeligt at oppebære en sund livsstil.

3 Fysiologiske følger af rygestop og vægtforøgelse

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af, hvad der er af ren fysiologisk viden om emnet rygestop og vægt. Målet er at give en viden om, hvilke vægtændringer der sker for de fleste rygere, samt hvorfor de sker for bedre at kunne vurdere de studier, der kommer i de efterfølgende kapitler.

At beskrive de fysiologiske effekter af et rygestop er begrænset af, at dokumentationen på området er sparsom. Det er således ikke muligt med den viden, som er tilgængelig, præcist at beskrive samtlige effekter, et rygestop har på en række fysiologiske parametre, fx hormonændringer. Endvidere findes der ikke danske data, som kan give en klar dokumentation af, hvilke personer der er særlig følsomme over for vægtstigningen, eller hvilke personer der er i stand til at forebygge en for stor vægtstigning som følge af rygestoppet. Der er derfor tale om et udviklingsområde, hvor den fortsatte fokusering på vægt og de bagvedliggende mekanismer er vigtige at få undersøgt nærmere.

3.1 Gennemsnitlig vægtstigning

Undersøgelser, hvor eksrygere er blevet vejet før og efter rygestoppet, viser en gennemsnitlig vægtøgning på 3-6 kg, mens der var 10-15% af eksrygerne, som tog mere end 13 kg på. (Czernichow, 2003). Imidlertid er der store individuelle variationer, idet det er vist, at for en gruppe rygere, der holdt op, var der nogle, som tog mere end 10 kg på, mens andre tabte mere end 7 kg. Forskellen kan højst sandsynligt forklares ud fra, om personen ændrede andre vaner fx mad- og fysisk aktivitetsvaner samtidig. Der er ingen danske undersøgelser, der kan vise, hvordan danske eksrygers vægt fordeler sig, men der er ingen grund til at tro, at det afviger markant fra ovenstående.

3.2 Mindre energiforbrug ved rygestop

Rygere har i gennemsnit et ca. 10% højere energiforbrug end ikkerygere. Dette skyldes, at nikotin påvirker centralnervesystemet og frigiver hormoner fx adrenalin som øger forbrændingen. Hvis man ryger 20 cigaretter om dagen, svarer dette til ca. 140-200 kcal dagligt (Perkins, 1992). Når man holder op med at ryge, reduceres det daglige energiforbrug, og risikoen for at tage på i vægt øges. Årsagen til dette skyldes ændringer i bl.a. fedtomsætningen pga. nikotinens virkningsmekanismer. Samtidig er det vist, at der sker en stigning i enzymaktiviteten (AT-LPL), som medvirker til, at fedt lagres mere effektivt, hvilket kan medvirke til vægtstigning som følge af rygestoppet (Ferrera, 2001).

En anden forklaring på vægtstigning er bl.a., at når man som ryger ikke længere har nikotin i blodet, reduceres koncentrationen af blodsukkeret, hvilket bl.a. medvirker til at øge appetitten – specielt efter søde sager. Det er vist, at eksrygere spiser mere som følge af deres rygestop svarende til ca. 300-400 kcal om dagen inden for den første måned efter rygestoppet (Perkins, 1992). Undersøgelser viser, at det især er mellemmåltiderne, som øges (Gilbert, 1982), samtidig med at sultfølelsen øges som følge af rygestoppet.

Forlænget farmakologisk behandling i form af vedvarende nikotinsubstitutionsbehandling kan vise sig effektiv mht. at fastholde rygestoppet hos meget afhængige rygere og for grupper af rygere, der er bekymrede for deres vægt (Sims & Fiore, 2002). Forfatterne henviser til en ældre undersøgelse af Hajek m.fl. (Hajek, 1988; i Sims & Fiore), hvor det blev påvist, at langtidsbrug af nikotinerstatnings-tyggegummi var en væsentlig ingrediens for et succesfuldt rygestop hos visse rygere, og at disse langtidsbrugere tog mindre på i vægt. Hajek et al. (i Sims & Fiore, 2002) fandt dog også, at langtidsbrugere var tilbøjelige til at være storcigaretrygere og syntes at bruge mere tyggegummi pr. dag end de, der ikke gennemførte behandlingen, eller de, som klarede rygestoppet uden at bruge tyggegummi på lang sigt. I selv samme studie understreges det, at brug af farmakologiske produkter på lang sigt ikke har skadelige virkninger, idet midlerne ikke indeholder de kræftfremkaldende stoffer, som tobaksrygning medfører.

3.3 Sundhedsrisici ved rygning kontra overvægt

Ved et rygestop er det således sandsynligt at man tager på i vægt. Dette er naturligvis et problem, hvis man i forvejen er overvægtig, fordi risikoen for at udvikle svær overvægt øges. Imidlertid viser befolkningsundersøgelser, at den relative risiko for at dø af overvægt er 1,2 for kvinder og 1,3 for mænd, mens risikoen for at dø ved at ryge er 2,1 for kvinder og 1,9 for mænd (Kjær, 2000). For en normalvægtig person er der tale om en stor vægtstigning, før man når kategorien svær overvægt, hvor risici for sygdomme mv. er kraftigt forøget. Hvis man fx vejer 68 kg og er 1,72 cm høj, vil det betyde en vægtstigning på 21 kg, før man når kategorien svær overvægt.

Det er imidlertid vigtigt at arbejde med en række faktorer for at forebygge en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, og noget tyder på, at specielt fysisk aktivitet og anvendelse af nikotinerstatning samt buprion kan have nogle gunstige effekter på vægtændringer som følge af rygestoppet.

4 Psykologiske faktorer bag rygestop, vægt og vægtbekymring

Erfaringen fra praktisk arbejde med rygeafvænning viser, at mange rygere, der ønsker at kvitte tobakken, gør sig overvejelser over, hvorledes de kan holde vægten eller tabe sig efter rygestoppet. Det er set, at rygere i utilfredshed over øget vægt begynder at ryge igen for at tabe sig. Der kan være flere ting på spil her, fx at rygerne antager, at vægtforøgelsen ved rygestop mindst er lige så sundhedsskadelig som at ryge. Eller også er der tale om egentlig vægtbekymring. Denne vægtbekymring gør, at i den praktiske rygestoplitteratur er vægt som barriere blevet betegnet som et psykologisk ”femte element” i rygerens afhængighedsprofil (Christiansen, Damkjær, Sonne, 2002).

I det følgende skal der tages stilling til, hvorvidt der i den psykologiske litteratur er empirisk belæg for et samspil imellem rygestop, vægt og vægtbekymring, samt hvilke faktorer der i øvrigt kan være med til at konstituere fænomenet vægtbekymring. Kapitlet bygger på i alt 16 refererede studier. Undervejs peges der på undersøgelsesnes datagrundlag, fx antallet af informanter, forsøgspersoner samt anvendt undersøgelsesmetodik (interview, spørgeskemaer, målinger af adfærd eller fysiologiske forhold m.m.), samt hvor gyldig den enkelte undersøgelse vurderes at være. Der tegner sig samlet set et billede af de variabler, der er med til at karakterisere ”risikoindivider” mht. rygestop, vægt og vægtbekymringer.

4.1 Gennemgang af litteratur

Hvordan kan vægtbekymringer i forhold til rygestop i det hele taget karakteriseres?

Et studie havde til formål at karakterisere kvindelige rygeres vægtbekymringer (Pomerleau et al., 2001). Blandt de 945 kvinder, der indgik i studiet og lod sig interviewe pr. telefon, beskrev 39% sig som meget vægtbekymrede, 28% som noget vægtbekymrede samt 33% som ikke vægtbekymrede. Der blev fundet følgende forskelle imellem de meget vægtbekymrede og de ikke vægtbekymrede:

- vægt er blandt de meget bekymrede en årsag til at starte med at ryge;
- rygning bruges af de vægtbekymrede som en vægtregulerings-/vægtkontrolstrategi;
- de vægtbekymrede kvinder ryger mere, er mere nikotinafhængige i det hele taget og lider i højere grad af abstinenssymptomerne øget appetit og vægtforøgelse, når de forsøger at stoppe;
- de vægtbekymrede kvinder er mere tilbøjelige til at genoptage rygningen, såfremt de tager på i vægt under et rygestop;
- de vægtbekymrede er kun villige til at acceptere en urealistisk lille vægtforøgelse som følge af et rygestop. 50% angav, at de slet ikke var villige til at tage på i vægt overhovedet, mens de resterende, der trods alt angav at acceptere en vis vægtforøgelse (under 3 kg), klart lå under det niveau, der angives som realistisk i kapitel 3 i denne rapport;
- de meget vægtbekymrede er også dem, der er mest optagede af kroppen i det hele taget såsom hud, hår, stemme og kropsform.
- Selvom det at være tynd hørte til blandt de faktorer, der blev sat højt på listen blandt de vægtbekymrede, var en helhedspræget kropsoplevelse mere påtrængende (eng. body image).

- de vægtbekymrede har mindre tiltro til egen formåen (eng. self-efficacy) mht. at fastholde rygestoppet, hvis de efterfølgende skulle tage på i vægt.

Det er et dystert resultat, at rygere med intense vægtbekymringer er meget mindre tilbøjelige til at stoppe, til at opsøge rygeafvænningsstilbud eller til at forsøge et rygestop på egen hånd. Pomerleau et al. konkluderer, at det blandt vægtbekymrede kan være nødvendigt at gøre mere ud af at arbejde med vægtbekymringer forud for rygestoppet enten ad adfærdsterapeutisk eller ad farmakologisk vej. Hun er desuden inde på, at de vægtbekymrede ikke nødvendigvis hører til blandt de veluddannede, og at vægt betyder noget for alle samfundslag, om end der kan være forskelle på det vægtniveau, en hhv. velstillet og en mindre velstillet ryger opfatter som acceptabelt. Det samme fund gør sig gældende ved etniske forskelle. Undersøgelsen er samlet set central for feltet om vægt og rygestop, dels fordi den som den eneste undersøgelse peger på et omtrentligt omfang af vægtbekymrede/ikke-vægtbekymrede, dels fordi den medtager flere variabler end andre studier til karakteristik af ”risikoindividerne”, hvad angår rygestop og vægt.

Ovenstående karakteristik understøttes til dels i et mindre studie af Pinto et al. (1999), hvor der indgik 281 hvide, midaldrende kvinder med en stillesiddende tilværelse. Det primære formål med undersøgelsen, som både bygger på forskellige fysiologiske målinger samt på informanternes egne angivelser, var at afdække de faktorer, der knytter sig til kvinders rygning af vægtrelaterede årsager. Der forekom følgende variabler til belysning af den vægtoptagede kvindes profil:

”Risikoindivider”, hvad angår vægt og rygestop:

- forventer at tage på i vægt efter et rygestop,
- lider af mere markant spisemæssig hæmning
- hører til blandt de yngre,
- har oplevet flere kilos vægtforøgelse ved tidligere rygestopforsøg,
- får registreret højere Fagerström-score og
- har en lavere grad af tiltro til egne evner mht. at håndtere egen vægt i følelsesmæssigt negative situationer.

Med ovenstående tegnes der et klinisk brugbart billede af den ryger, der bruger tobak for at holde vægten. Som forbehold nævner forskerne, at ovenstående variabler statistisk set kun kan gøre rede for ca. en tredjedel af den variation, man fandt blandt kvinderne i samplet. Dvs. man mangler fortsat hovedparten (ca. to tredjedele) af de variabler, der kunne give hele billedet af de vægtbekymrede kvindelige rygere. Dertil kommer manglende data om mænd, og om de kvinder, der ikke forsøger at stoppe.

I en spørgeskemaundersøgelse af Jarry et al. (1998) arbejdede man ud fra den hypotese, at blandt kvindelige rygere ville de ”på kur” (dvs. de vægtoptagede) tage mere på i vægt efter et rygestop samt i højere grad ryge for at kontrollere vægten end de, der angav ikke at være på kur. Collegestuderende (n=220), hvoraf de fleste aldersmæssigt befandt sig imellem 18 og 35 år, blev spurgt om deres rygestatus (aldrig-ryger, dagligryger, eksryger), deres ”kur-status” (på kur eller ej), deres vægtforøgelse efter et rygestop samt deres motiver for at ryge.

Det viste sig, at blandt eksrygerne var vægten steget meget mere for dem på kur end for dem, der ikke var på kur. Kvinder på kur havde i det hele taget med større

sandsynlighed påbegyndt samt fastholdt deres oprindelige rygeadfærd for at kontrollere vægten end kvinder, som ikke var på kur. Dagligrygerne på kur havde desuden kortere stopforsøg end de andre, der deltog i undersøgelsen.

Blandt aldrig-rygerne var der en tilbøjelighed hos dem på kur til at angive, at de overvejede at starte med at ryge for at undgå vægtforøgelse eller for at tabe sig. Hvad angår forventet vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop, havde de på kur mere negative forventninger end de, der ikke var på kur. Dette gjaldt både dagligrygerne og eksrygerne, som hørte til kategorien ”på kur”.

Undersøgelsen har sine svagheder, herunder at den bygger på forholdsvis få informanter fra en specifik sammenhæng (udelukkende college-studerende), og at man ikke kiggede nærmere på de mange andre årsager (fx stress-håndtering) til kvinders rygning end vægt. Når det er sagt, er det vigtigt at hæfte sig ved det overordnede billede, at vægt som barriere særligt knytter sig til de kvinder, der er på kur (=de vægttoptagede) end til de øvrige kvinder. Endvidere mener forskerne at se en form for retfærdiggørelse af fortsat rygeadfærd blandt disse kvinder, netop fordi de ønsker at undgå en mulig vægtforøgelse.

En amerikansk undersøgelse (Glasgow et al., 1999) satte fokus på omfanget af vægtbekymring i en stor gruppe af unge, hovedsagelig hvide kvinder (n=506), der i forvejen modtog rådgivning i en forældre-planlægningsklinik. Forsøgsgruppen så en kort videofilm om kvinder og rygestop, hvor der også indgik elementer af vægtbekymring. Kvinderne modtog desuden kort rådgivning om rygestop og blev senere kontaktet telefonisk som opfølgning herpå.

Det viste sig, at vægtbekymringen hos forsøgspersonerne var så lille, at man ikke fandt det nødvendigt at anbefale, at vægtbekymring bør medtages som en fast del af ethvert rygeafvænningsstilbud, men derimod at forståelsen af depression og rygning, fremme af tiltro til egne evner til at ændre adfærd (eng. self-efficacy) og social støtte er vigtige faktorer. Da undersøgelsen fokuserede på mindre bemidlede, yngre kvinder, må resultatet tages med forbehold over for andre grupper af rygere såsom kvinder med bedre indkomst og teenagere, som er i fare for at begynde at ryge. I sådanne grupper kan vægt måske betyde noget andet og mere end det, man fandt her. Dette resultat peger dog i retning af at medtænke social ulighed i rygeafvænningsaktiviteter.

Det er også blevet fundet, at mænd kan lade sig påvirke af en vægtforøgelse under et rygestop. I en undersøgelse, hvor farmakologisk intervention blev anvendt kombineret med rådgivning om adfærd, fandt man vha. forskellige adfærdsmålinger (nikotinafhængighed vha. Fagerstrøm-scores, blodprøver, måling af vægtforandringer m.m.), at vægtforøgelse kort tid efter et rygestopforsøg kan resultere i tilbagefald (Borrelli et al., 2001). Men overraskende var det kun blandt mændene (n=989, heraf 60% kvinder), at vægtforøgelse direkte sandsynliggjorde tilbagefald. Dette ledte forfatterne til at konkludere, at man ikke bør gøre tiltag over for vægtforøgelse ved rygestop til en ”kvindesag” alene.

I undersøgelsen fokuseredes særligt på ”korttids stoppet” ud fra denne formodning: De rygere, som fastholder rygestoppet igennem længere tid, selvom de tager på i vægt, vil med større sandsynlighed forblive eksrygere. Til forskel herfor opgiver de rygere, for hvem vægten betyder mere, ofte hurtigere rygestoppet. Alt i alt betyder dette, at en vægtforøgelse kan forventes at skabe størst sandsynlighed for

tilbagefald kort tid efter rygestoppet og især blandt dem, der bekymrer sig meget om deres vægt.

Borrelis undersøgelse peger desuden på, at det egentlige udslagsgivende kan være måden, hvorpå rygeren opfatter sin krop snarere end den vægtforøgelse, der faktisk finder sted. Det anbefales derfor af Borrelli et al. at kigge nærmere på betydningen af rygeres kropsopfattelse i fremtidig forskning, herunder at se på, hvilke rygere der er i særlig fare for et tilbagefald som følge af et fastlåst syn på egen krop. Undersøgelsens sample vurderes i øvrigt af Borrelli et al. som sammenligneligt i forhold til tidligere undersøgelsers sample og dermed som repræsentativt.

At vægtbekymringer måske skal undersøges på anden måde end ved at afdække den faktuelle vægt, er Jeffery et al. (2000) også inde på. Samplet bestod af 940 mænd og 1166 kvinder, som indgik i surveys, som inkluderede baggrundsvariabler (alder, uddannelse, ægteskabelig status og etnicitet), angivelse af vægt, spørgsmål om vægtbekymringer i forhold til rygestop, generelle vægtbekymringer samt spørgsmål vedr. specifikke sociale forhold i informanternes liv (andres rygning i vedkommendes omgangskreds, den praktiserende læges evt. omtale af et rygestop o.l.).

Jeffery et al.'s studie viser nogenlunde det samme som andre undersøgelser, nemlig at kvinder er mere optagede af at tage på i vægt efter et rygestop end mænd, og at kvinder har mindre tillid til at kunne kontrollere en sådan vægtforøgelse. Men derudover ser Jeffery et al. også på andre forhold såsom den fysiske afhængighed af nikotin. For eksempel kunne de rygere, der er mere afhængige af deres rygning end andre, enten have en mere realistisk grund til at være mere bekymrede over mulige konsekvenser af et rygestop såsom en deraf følgende vægtforøgelse. Eller måske øges disse rygeres afhængighed af tobak netop, fordi de er bekymrede over deres vægt.

En anden vinkel kunne være at se rygeres vægtbekymring uafhængigt af rygning, men som del af et større, generelt mønster af selvkontrol og stræben efter kropslig æstetik (ibid.). Jeffery et al.'s undersøgelse ender med at konkludere, at selvom det synes hensigtsmæssigt at rådgive om en mulig vægtforøgelse ved rygestop, er det tvivlsomt, om en sådan information kun skal gives til kvinder, eller om det ikke snarere skal være til alle (inklusive kvinder naturligvis), der er meget bekymrede for deres vægt efter et rygestop. Samplet vurderes i artiklen som repræsentativt.

I en undersøgelse (Mitchell & Perkins, 1998) opstillede man følgende hypotese: Kvinder, som begrænser deres eget indtag af mad (dvs. er spisehæmmede), vil have en tendens til at forøge deres indtag af mad efter et rygestop samt til at tage mere på i vægt end de kvinder, der ikke lider under denne form for spisehæmmethed. Mere specifikt vil de "spisehæmmede" kvinder indtage mere mad i stressede situationer. Sidstnævnte hypotese var undersøgelsens egentlige fokus. Mitchell og Perkins kiggede nærmere på forskellen imellem spisehæmmede og ikke-spisehæmmede kvinder, deres rygning (rygere ad libitum, rygestoppere eller ikkerygere) samt laboratorieintroduceret stress/ikke stress. Snacks/mad var tilgængelig under forsøgene for alle deltagerne (n=48 kvinder i alderen 18-40 år). Data indsamledes vha. forskellige skalaer (fx Stress-Arousal Checklist, State-Trait Anxiety m.fl.), som informanterne kunne placere deres indtryk på.

Resultaterne viste, at oplevelsen af frustration eller stress var mere markant for alle de øvrige grupper end de spisehæmmede kvinder, der fik lov til at ryge ad libitum.

Dertil kom, at det stressmæssige ubehag klart var højere for de spisehæmmede, der under forsøget var blevet bedt om at holde op med at ryge. Trods forskellene, hvad angår stress og ubehag, var der dog ikke tale om en observeret effekt på indtagelsen af mad. Lysten til en cigaret voksede mere hos de spisehæmmede under stress end hos de ikke-spisehæmmede, men varierede ikke blandt kontroldeltagerne. Alt i alt, disse resultater tyder på, at spisehæmmede muligvis bruger rygning til at reducere oplevelsen af ubehag/stress, og at de kan øge deres tobaksforbrug under stress, men ikke deres madindtag. Undersøgelsen bygger dog kun på relativt få forsøgspersoner og må dermed tages med forbehold.

Endnu et kompleks af forskellige variabler blev afdækket i en undersøgelse af Bowen et al. (2000), hvor 723 kvinder efter en indledende screeningsprocedure deltog i en spørgeskemaundersøgelse. Kvinderne befandt sig i aldersintervallet 26-65 år, røg ca. over en pakke cigaretter om dagen, var hovedsagelig hvide, var i arbejde og havde i gennemsnit forsøgt at stoppe to gange i året forud for undersøgelsen.

Standard baggrundsvariabler såsom alder, indkomst, vægt og rygehistorie forudsagde ikke deltagerne grundlæggende tro på egne evner/tiltro til at kunne holde op med at ryge. Til gengæld fandt man, at stressniveau, selvoplevede hæmninger over for mad og vægtbekymringer kunne bruges til at forudsige tiltroen til egne evner mht. at gennemføre et rygestop. Den lette formel "Reduktion af bekymringer, forøgelse af tiltro til egne evner" som en hjælp til at gennemføre et rygestop var et signifikant fund i og med, at kvinderne fik øget tillid til at kunne ændre egen adfærd, såfremt de gav slip på deres vægtmæssige bekymringer, uanset hvordan kvinderne generelt oplevede deres egen spiseadfærd samt deres krop.

Resultaterne fra denne undersøgelse peger alt i alt på en stor interesse blandt kvinderne for at kvitte tobakken, samtidig med at de understreger betydningen af følelser og vægtbekymringer i forhold til tiltro til at kunne holde op med at ryge.

Med i karakteristikken af vægtbekymrede kvinders profil hører ganske håndgribelige oplysninger om hhv. forventet og acceptabel vægtforøgelse (subjektivt set) i forbindelse med et rygestop: I en undersøgelse af Levine et al. (2001) indfangede man via spørgsmål til kvinders rygeadfærd, nikotinafhængighed (via Fagerstrøm-scores) samt holdninger til mad dét forhold, at jo større forskel der var på kvindernes (n=219) forventede vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop og på den vægtforøgelse, de var villige til at acceptere, jo mindre tilbøjelige var de til at gennemføre rygestopforsøget.

Det skal nævnes, at de kvinder, der indgik i denne undersøgelse, hverken var mere end almindeligt afhængige af nikotin eller havde afvigende spiseadfærd. Dette taler for dette mindre studies soliditet. Der er dermed udpeget to konkrete forhold vedr. vægt, nemlig forventet og acceptabel vægt, som vil være forholdsvis enkle for behandleren at spørge til. Tilmed vil disse forhold – eller rettere forskellen imellem dem – kunne fungere som en pejlestok for rygerens parathed til at give sig i kast med et stopforsøg.

I en anden undersøgelse berøres der også konkrete vægtniveauer som mulige forudsigelsesparametre (Mizes et al., 1998). I et forsøg på at forudsige, om et rygestopforløb med både deltagende mænd (n=80) og kvinder (n=128) ville lykkes eller ej, inddrog man flere vægtrelaterede faktorer. Desuden skelnede man imellem dét at droppe selve behandlingen og dét at opleve tilbagefald, hvorunder skal

forstås, at rygeren kan komme til at ryge indimellem, men alligevel forbliver i behandlingen.

En af de tydeligste resultater i denne undersøgelse, som byggede på informanternes egne angivelser via spørgeskemaer, var, at især kvinder, som lå i den lavere ende af vægtskalaen samt gjorde sig særlige bekymringer om vægt og dét at tage på, var mere tilbøjelige til at droppe behandlingen. Resultaterne pegede også i retning af, at mennesker med kroniske vægtbekymringer, som tager på i vægt i forbindelse med et rygestop, med større sandsynlighed vil opgive behandlingen end de rygere, der tilsvarende har kroniske vægtbekymringer, men som undgår at tage på i vægt under rygestopet. Interessant nok var der for dem, der gennemførte rygestopforløbet, dobbelt så mange tilbagefald blandt mændene end kvinderne.

Summa summarum, denne undersøgelse kan give anledning til at inddrage faktoren faktisk vægtniveau især blandt kvinder med lav vægt. Tilsvarende kan det for behandleren være praktisk at skelne imellem dét at droppe et behandlingsforløb og dét at have almindelige tilbagefald, populært benævnt svipture. Når det er sagt, er der dog tale om et spinkelt undersøgelsesgrundlag, hvilket øger behovet for at få resultaterne reproduceret i en større sammenhæng.

Hvordan forholder det sig med de rygere, der forsøger at være tilbageholdende med madindtag, men som indimellem ”falder i” og kommer til at spise alt for meget også i objektiv henseende? I en undersøgelse (Copeland & Carney, 2003) belyses mekanismen ”spisehæmning vs. ikke-spisehæmning” med inddragelse af, hvad rygning betyder for de mennesker, der lider af denne form for madmæssig pendling. Som metode benyttedes diverse spørgeskemaer/skalaer til registrering af faktisk adfærd samt informanternes subjektive indtryk.

Blandt yngre kvinder (18-25 år) under videregående uddannelse (n=441) registrerede man en sammenhæng imellem 1) spisemæssig hæmning efterfulgt af given-slip på hæmningerne og 2) høje tanker om/store forventninger til cigaretters vægt- og appetitregulerende effekt. De kvinder, der fungerede på denne måde, var desuden i højere grad rygere end de kvinder, der i knap så udstrakt grad tillagde cigaretter samme vægtregulerende egenskaber.

Ophavsmændene til dette studie anfører selv nogle forbehold over for dette fund, nemlig at der med stikprøven på 441 kvinder var tale om unge, relativt ”uerfarne” rygere, som ikke nødvendigvis fungerer på samme måde som deres ældre og mere erfarne medsøstre. Derudover er det muligt, at de kvinder, der i højere grad formår at kontrollere deres i forvejen begrænsende spiseadfærd, i mindre grad vil være afhængige af tobakken som hjælpemiddel. Når det er sagt, skal det dog anføres som noget centralt, at forventninger kan være et vigtigt led imellem slanke- og rygeadfærd således at forstå, at man evt. ved at adressere forventningerne til effekten af cigaretter i rådgivningen vil kunne opnå gavnlige resultater, hvad rygestop angår. Med andre ord, der peges her på muligheden af holdningsbearbejdning.

I et sample (n=40), som bestod af andre rygere end blot veluddannede kvinder, inddrog man i højere grad adfærdsfaktoren spisestil (Duffy & Hall, 1988). I denne undersøgelse afgrænses risikoindivider, dvs. de, der er i fare for at tage på i vægt efter et rygestop, ved at se på rygenes

- A. cigaretforbrug; de, der ryger en pakke cigaretter eller derover om dagen, er i større fare for at tage på;
- B. forhistorie; de, der har eller tidligere har haft en høj legemsvægt; og
- C. spisestil; ud fra tidligere undersøgelser antages det, at mennesker med spisehæmninger kan have en øget risiko for at tage på i vægt efter et rygestop.

Der blev opstillet den hypotese, at forsøgspersonernes rygestatus samt deres score på en såkaldt hæmningsskala ville korrelere således, at rygestoppere, der blev præsenteret for velsmagende mad, ville spise mere end rygere, der ikke var holdt op. Desuden ville denne virkning være større for de eksrygere, der i forvejen havde scoret højt på hæmningsskalaen. 40 rygere deltog, som blev tilfældigt fordelt på én af to betingelser: 24 timers røgfrihed eller fortsat rygning. Derefter deltog de alle i is-spisning, hvor de måtte spise så meget, de kunne.

Hypotesen blev bekræftet, idet det blandt de røgfri forsøgspersoner var spisestilen, målt via hæmningsskalaen, der forudsagde den mængde is, der blev spist, og ikke eventuelle vægtforandringer. På den måde kan øget spisning efter et rygestop høre ind under de situationsbestemte faktorer, der forstyrrer hæmnet/begrænset spisning. Forskerne henviser til, at der i andre undersøgelser tillige er peget på alkoholindtag, oplevelsen af højt kalorieindtag samt negative emotionelle tilstande som hørende til i samme kategori af situationsbestemte faktorer. En plausibel hypotese bliver herefter, at abstinensreaktioner, herunder især negative følelser, specifikt ender i øget spisning for den hæmmede spisers vedkommende.

Der kan dog nævnes op til flere forbehold ved dette studie, som bygger på ganske få informanter og derfor snarere har karakter af at være et pilotstudie. Forfatterne gør selv opmærksom på, at der med undersøgelsen kan siges noget om selve adfærden, men ikke om vægtforøgelsen ved et rygestop. Forsøgspersonerne var endvidere ikke rigtigt i gang med at kvitte tobakken. Endelig var der kun tale om en kort røgfri periode på 24 timer i alt. Studiet siger imidlertid intet om, hvad der sker på lang sigt eller under et faktisk rygestop. Der synes dog belæg for, at personer, der holder op med at ryge, øger deres indtag af søde sager. Derudover anbefales det, at rygere, der efter tilbageholdenhed mht. mad har en tendens til at slippe hæmningerne, bør informeres om, at de kan opleve et øget behov for at spise efter et rygestop.

I et senere studie afdækkede man lidt andre facetter af spisestil i bred forstand (Hudmon et al., 1999). Fra en sundhedsfremmende organisation indgik 1.219 kvinder i undersøgelsen, hvor man valgte at lade forsøgsgruppen gennemføre et rygestop, uanset om de var motiverede eller ej. Hypotesen lød, at der ville blive tale om vægtforøgelse efter rygestoppet, og at denne vægtforøgelse ville komme til udtryk på en hæmningsskala, hvor tendensen ville være, at kvinderne ville spise i perioder med nedtrykthed.

De kvinder, for hvem det lykkedes at forblive røgfri igennem de 18 måneder, forsøget varede, tog mere på i vægt end de rygere, som havde haft ”svipture” undervejs, eller som havde fortsat deres rygning trods undersøgelsen. Blandt de 762 kvinder, der havde været igennem mindst ét rygestopforsøg, tog 36% på i vægt. Vægtforøgelse var desuden knyttet til uhæmnet spisning og spisning under episoder med nedtrykthed, men havde ikke tydelig forbindelse til en hæmnet spisestil. Vægtforøgelse var uløseligt knyttet til et vedvarende rygestop. At målingerne bygger på informanternes subjektive indtryk, herunder at man fra andre

undersøgelser ved, at informanter har en tendens til at angive en lavere vægt end den reelle, gør, at resultaterne må tages med forbehold, om end det overordnede billede med stor sandsynlighed har gyldighed.

I et mindre studie (Levine et al., 2003) blev 219 kvinder grupperet efter, om de tidligere havde haft en depression (i klinisk forstand) eller ej, hvorefter begge grupper modtog et rygeafvænningsstilbud i form af et rygestopkursus samt blev udspurgt om deres oplevelse af depression, depressionslignende symptomer eller ej m.m.

Selvom de tidligere depressive kvinder var signifikant mere nikotinafhængige, fandt man ingen variationer i ophørs mønstret hos de to forskellige grupper af kvinder. De tidligere depressive kvinder var dog i større fare for at kvitte behandlingen inden selve stoppet. Dertil kom, at depressive symptomer i højere grad kunne knyttes sammen med ophør uafhængigt af den forudgående sygehistorie. De kvinder, der rapporterede en forøgelse af depressive symptomer fra før- til efterbehandlingen, havde mindre sandsynlighed for at forblive røgfri i efterbehandlingen, hvilket peger i retning af, at depressive symptomer er mere udslagsgivende for tilbagefald end tidligere depressionslidelse. At undersøgelsens sample består af tidligere diagnosticerede depressive patienter, gør den tvivlsom i sine anvendelsesmuligheder over for raske rygere, selvom fokus på depressive symptomer er relevant også blandt raske rygere.

De depressive symptomer, og hvorledes disse kan hænge sammen med rygeres måde at fungere på i øvrigt, berøres i en undersøgelse (Vickers & Patten, 2003) af 656 collegestuderende, hvor man spurgte til rygevaner, depressive symptomer, mestringsstrategier samt motionsvaner. Hovedparten af deltagerne i undersøgelsen var hvide kvinder, som havde været på college i 1-2 år.

Blandt resultaterne kan nævnes, at rygerne i højere grad led af depressive symptomer end ikkerygerne. Tillige angav de rygere, der blev klassificeret som depressive, mere vægtbekymring og mere hyppigt en uhensigtsmæssig mestringsstrategi over for negativt stemningsleje end de rygere, der ikke blev klassificeret som depressive. Endelig var der et mønster, der gik ud på, at uhensigtsmæssig mestring og meget lidt motion var signifikant sammenhængende med depression blandt rygerne. Der bør dog tages forbehold for disse resultaters generaliserbarhed, når man tager det skæve sample bestående primært af unge, hvide – på vej til at blive veluddannede – kvinder og tilmed collegestuderende i betragtning.

Visse erhverv kræver, at den slanke linje fastholdes. I en undersøgelse af militærfolk (Russ et al., 2001), hvor der er særlige krav til fitness og slankhed, forsøgte man bl.a. at afdække sådanne psykologiske barrierer, som også kan forventes at gøre sig gældende inden for andre erhverv såsom blandt fotomodeller, balletdansere, skuespillere m.fl.

Man udførte undersøgelsen med 252 deltagere (135 mænd og 117 kvinder), hvoraf 43% var aktive inden for militæret, og udsatte dem for diverse vægtmålinger og enkelte spørgsmål. Det overordnede billede var, at det at være aktiv inden for militæret hænger signifikant sammen med at have flere vægtbekymringer ved et eventuelt rygestop. Vægtbekymringerne øger tillige risikoen for at forvente et tilbagefald, hvis man tager på i forbindelse med et rygestop. Denne signifikante sammenhæng gjorde sig især gældende hos militæransatte, der var ved at nå eller

sågar overskred maksimumgrænsen for, hvad der i den type stilling er vægtmæssigt tilladeligt. Konklusionen må være, at der dermed er skabt belæg for, at det ikke alene er kvinder, der kan opleve vægtbekymringer i forbindelse med et rygestop, og at sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på en eventuel barriere hos begge køn. Det kan desuden være vigtigt at have klientens erhverv for øje, hvor der kan herske særlige forventninger til højde og drøjde, men undersøgelsen kunne tåle en eller flere gentagelser i andre regier end militærets for at bekræfte dette.

4.1.1 Opsummering

Med ovenstående 16 refererede studier tegner der sig et billede af "risikoindividet", som har svært ved at gennemføre et rygestop og lider af vægtbekymringer. Samspillet imellem variabler er komplekst, men der er alligevel gennemgående ligheder imellem mange af studierne: Både kvindelige og til en vis grad mandlige rygere kan lide af vægtbekymringer, som inkluderer mange facetter af dét at være optaget af sin vægt, herunder fx personens kropsoplevelse i det hele taget. I næste kapitel ses der på, hvad der kan gøres i form af interventioner over for vægtbekymrede rygere.

5 Interventionsmetoder for rygestop, vægt og vægtbekymring

Efter at have set på ”psykologien bag” vægt, rygestop og vægtbekymring melder spørgsmålet sig, hvordan man som professionel behandler kan gribe denne problematik an. På den ene side er det ønskeværdigt for en del klienter at blive røgfri, på den anden side vil de – eller visse af dem – ikke ønske samtidig at tage på i vægt. Hvordan bærer man sig ad i en professionel intervention over for både rygestop og vægt?

I det følgende skal der tages stilling til, hvorvidt der i den psykologiske litteratur er evidens for, at der findes effektive metoder/interventioner til at håndtere en kombination af rygestop og vægt i det sundhedsfaglige arbejde, og i givet fald hvad en sådan intervention bør indeholde. Da der er tale om et psykologisk litteraturstudie, inddrages kognitiv adfærdsterapi (eller afarter heraf) flere gange i den sparsomme litteratur på området. Dette afspejler sandsynligvis snarere, at denne tilgang sammenlignet med en del andre psykologiske tilgange er standardiseret og derfor lettere lader sig afprøve systematisk og empirisk.

Overraskende nok afdækker litteratursøgningerne ingen studier, som kunne belyse rygestop og omlægning af kostvaner for at forebygge eller få nedsat en overvægt. Det betyder imidlertid ikke, at man inden for praktisk rygeafvænningsarbejde ikke bør gøre sig overvejelser om muligheden af kostomlægning, herunder at tage emnet op med klienten. Det betyder kun, at den psykologiske forskning om rygestop og vægt endnu ikke systematisk har belyst konkrete kostspørgsmål.

Kapitlet bygger på i alt 8 refererede studier. Undervejs peges der (ligesom i kapitel 4) på undersøgelsernes datagrundlag, fx antallet af informanter, forsøgspersoner samt anvendt undersøgelsesmetodik (interview, spørgeskemaer, målinger af adfærd eller fysiologiske forhold m.m.), samt hvor gyldig den enkelte undersøgelse vurderes at være.

5.1 Gennemgang af litteratur

I en forholdsvis gammel undersøgelse af Hall et al. (1992) arbejdede man ud fra den antagelse, at en effektiv behandling af ”vægtproblemer” i højere grad vil tiltrække de rygere, for hvem en vægtforøgelse i øvrigt er en hindring for at holde op med at ryge. Opgaven bestod derfor i at få skabt en ”kombinationsmetode”, som kunne gøre noget ved rygning, men også noget effektivt ved vægt, således at de vægtbekymrede kunne forblive trygge ved en behandling.

Man udviklede en særlig behandlingsmodel, herefter benævnt den innovative behandling, som indbefattede forebyggelse af vægtforøgelse, og som indeholdt disse elementer: a) Dagligt opsyn med vægt og med en passende kaloriereduktion, b) et individuelt træningsprogram, og c) adfærdsmæssige fif, som deltagerne selv kunne administrere, fx at blive opmærksom på det, der i særlig grad ville kunne udløse ukontrolleret spisning.

Denne omfattende behandlingsmodel sammenlignedes med både en standardbehandling og en mere uspecificeret behandling. I standardbehandlingen fik deltagerne udleveret information om sund ernæring samt råd om motion ved

afslutningen af rygestopbehandlingen. Det udleverede materiale drejede sig dog ikke specifikt om vægtforøgelse som følge af et rygestop. I den uspecificerede behandling indgik der 1) indsigt i mad- og spisevaner, 2) diskussioner af denne indsigt, 3) ernærings- og træningsinformation, 4) støtte i grupper samt 5) opmærksomhed fra rådgivere.

I alt gennemførte 158 rygere et to ugers behandlingsprogram med 53 deltagere i det innovative forløb, 51 deltagere i den uspecificerede behandling og 54 deltagere i standardbehandlingen. Vægt og rygeadfærd blev målt, og deltagerne blev fulgt ad flere omgange i løbet af et helt år.

Ganske problematisk fandt man, at både rygerne i den innovative vægt-/rygestopbehandling og rygerne i den uspecificerede behandling var i større fare for at begynde at ryge igen end rygerne i standardbehandlingen. Forklaringen mentes at være, at de to "aktive" interventioner var så komplekst tilrettelagte, at det tog fokus bort fra selve det at holde op med at ryge. Yderligere er der det mulige forhold, at indskrænkninger i forsøgspersonernes kalorieindtag kan tænkes at øge behovet for nikotin, som virker dulmende over for fx almindelige abstinensreaktioner og ubehag ved kaloriereduktion; mekanismen er fundet blandt forsøgsdyr. Alt i alt leder dette forskerne til at konkludere, at da vægtforøgelse i forvejen er forholdsvis lille hos de fleste rygere, er der ingen grund til at udvikle komplekse vægtbehandlingsprogrammer, som alligevel ender med at gøre mere skade end gavn. Måske kan det i højere grad betale sig at arbejde med holdningsændring over for en mulig vægtforøgelse end med den faktiske vægt som her.

En begrænsning ved dette studie er vigtig at få med: Studiet afdækker kun resultaterne fra én behandling (den såkaldte innovative) og lader læseren være ubekendt med andre behandlinger, som kunne have haft større effekt. Der mangler med andre ord en mere systematisk gennemgang af de psykologisk inspirerede adfærdsændringsmetoder, der i det hele taget findes.

I et litteraturstudie (Varner, 1999) afdækker forfatteren eksplicit den type forskning, som omfatter både vægtkontrol og rygestop. Løjnefaldende er det, at studiet kun omfatter ni interventionsstudier i alt, som Varner bygger sine konklusioner på. Interventionsstudierne opdeles i øvrigt således, at tre angives at sige noget om effekten af adfærdstiltag over for vægtproblematikken, mens de seks øvrige studier siger noget om intervention baseret på farmakologisk intervention. Ud over at nærværende rapport ikke tager stilling til de ni gennemgåede studiers soliditet, bør det fremføres som en kendsgerning, at heller ikke Varners gennemgang af litteraturen har formået at afdække nævneværdige psykologiske interventioner over for rygestop og vægt.

Varners litteraturstudie giver – uanset litteraturgrundlagets beskaffenhed i øvrigt – anledning til følgende konklusioner og anbefalinger: Iflg. Varner er der belæg for, at vægt og vægtbekymring som blot én faktor i et rygestop spiller en rolle for – især kvindelige – rygeres forbliven røgfri. Der er som nævnt overraskende få undersøgelser af, hvordan man konkret håndterer både vægt og rygestoppet inden for én og samme intervention. Den amerikanske instans US Agency for Health Care Policy and Research har publiceret nogle retningslinjer for praktikere, hvori indgår overvejelser om rygestop og vægt. Varner anbefaler på den baggrund, at behandlere åbent erkender sandsynligheden for, at klienten vil komme til at opleve en vægtforøgelse. Man bør med andre ord ikke forsøge at benægte dette over for

klienten. Desuden bør man tage klientens følelser desangående alvorligt. Derefter kan man som behandler gå én af tre veje :

- A. Man kan vælge en ”vent og se” tilgang, hvor man giver klienten information om vægt og vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop, men hvor man råder vedkommende til at udskyde forsøg med at kontrollere vægten, medmindre det af helbredsmæssige grunde er påkrævet.
- B. I denne tilgang fastholdes udelukkende ét fokus, idet man råder klienten til koncentrere sig om sit rygestop, indtil vedkommende er så sikker i sin røgfrihed, at der er plads til at sætte ind over for en mulig vægtforøgelse. Strategi B indeholder langt mindre information fra behandler til klient end strategi A.
- C. Endelig peges der på brug af nikotinerstatning eller anden farmakologisk intervention, som bl.a. er med til at bremse vægtforøgelse. Der er dokumentation for i hvert tilfælde en midlertidig vægtregulerende virkning af disse præparater.

Forfatteren til dette studie foreslår selv, om end der endnu ikke er empirisk belæg herfor, at man som behandler kan iværksætte vægtregulerende intervention inden rygestoppet, således at der indtræder et begrænset, helbredsmæssigt forsvarligt vægttab. Dette vil være med til at lindre de eventuelle bekymringer, rygeren måtte have om at tage på i vægt undervejs i rygestoppet og resultere i et mere målrettet, koncentreret rygestopforsøg, der ikke påvirkes negativt af andre bekymringer. Tillige foreslås det hypotetisk af Varner, at behandleren både før, under og efter rygestoppet kan fraråde rygere fra konkrete vægtkontrollforsøg. I stedet kan det eventuelt svare sig at tage rygerens negative tanker og følelser om vægt op, idet der særligt fokuseres på fejlagtige forestillinger om betydningen af en mindre vægtforøgelse i forbindelse med at holde op med at ryge. Endelig pointeres det i Varners litteraturstudie, at der bør tages stilling til, hvorledes der kan foretages vægtintervention i enhver rygestop-sammenhæng, hvad enten det drejer sig om de slanke vægtbekymrede, de vægtbekymrede, der er i reel fare for at tage meget på, eller bare et bredere publikum blandt rygerne.

Der må summa summarum udtrykkes forbehold over for Varners litteraturstudie, idet hun opstiller retningslinjer, der ikke er evidens for i studiet, samt opstiller hypoteser om mulige fremgangsmåder i praksis, som ikke er systematisk afprøvet.

I en undersøgelse af Perkins et al. (2001) ses der nærmere på muligheden af at gennemføre et kognitivt adfærdsterapeutisk forløb til reduktion af rygeres vægtbekymringer. 219 vægtbekymrede kvinder blev tilfældigt placeret i en ud af tre forskellige behandlinger sideløbende med et rygestopkursus (gruppeintervention):

- 1. almindelig vægtkontrol
- 2. kognitivt adfærdsterapeutisk forløb for at reducere omfanget af kvindernes vægtbekymringer. Kvinderne i denne behandling blev opfordret til ikke at gå på kur;
- 3. standardrådgivning, hvor vægtspørgsmålet ikke blev eksplicit berørt.

Der gennemførtes 10 møder hen over 7 uger uden nogen form for medicinering. I den kognitive behandlingssammenhæng (pkt. 2 ovenfor) blev der lagt vægt på følgende former for intervention: At fremme kvindernes accept af en moderat vægtforøgelse hhv. reducere deres vægtbekymringer om en mulig vægtforøgelse

efter rygestoppet. Behandlingen byggede på den antagelse, at kroniske forsøg på at kontrollere vægten samt negative tanker og fokusering på kure, kropsform m.m. forhindrer kvinder i at acceptere muligheden af en mindre vægtforøgelse. Der blev især sat ind på en reformulering af de negative tanker og overbevisninger om, at lav vægt og en perfekt kropsform skulle være afgørende for kvindernes trivsel og succes i almindelighed. Kvinderne blev bl.a. undervist i, hvorledes de kunne blive opmærksomme på egne negative tanker og dermed lettere bremse dem/erstatte dem med mere hensigtsmæssige tanker. Andet såsom det u hensigtsmæssige i at undlade at spise i lang tid samt, hvorledes man undgår dårlig mad i ernæringsmæssigt henseende, blev taget op som undervisningstemaer.

Vedvarende rygeophør var et signifikant fund blandt de kvinder, der havde gennemgået det kognitive adfærdsterapeutiske forløb, både ved efterhandlingen og ved opfølgningen 6 og 12 måneder senere. Samme signifikante resultat opnåede man imidlertid ikke blandt dem, der havde fået deres vægt kontrolleret eller var blevet udsat for standardrådgivning. Som en mindre bivirkning ved de to behandlingsformer, kognitiv adfærdsterapi og behavioristisk inspireret vægtkontrol, fandt man dog en tendens til nedtrykthed efter rygestoppet.

Summa summarum, kognitiv adfærdsterapi med henblik på at reducere vægtbekymringer, men ikke vægtkontrol til at forebygge vægtforøgelse, forbedrer succesraten blandt vægtbekymrede kvinder. Der mangler dog fortsat viden om, hvad det er, der nøjagtigt virker i det kognitive adfærdsterapeutiske forløb, samt hvad der ville ske, hvis man kombinerer forløbet med farmakologisk intervention såsom nikotinerstatning. Endvidere kan ovenstående studies sample kritiseres for at bestå udelukkende af kvinder og tilmed af få, idet de, der deltog, netop blev fordelt på tre forskellige undersøgelsesbetingelser.

I et projekt (Jonsdottir & Jonsdottir, 2001) blev der eksperimenteret med to afvænningsprogrammer med forskellige interventioner, herunder nikotinerstatning, undervisning i sund levevis, adfærdsændringer og individuel samt gruppebaseret rådgivning. Til det ene program blev der desuden introduceret motion som del af interventionen (n=33). Kontrolgruppen bestod af 34 deltagere, som ikke motionerede.

Samplet var for lille til at drage egentlige konklusioner, men forskerne fastholdt alligevel motion som en effektiv måde at intervenere på, fordi det synes, som om motion er med til at fastholde deltagerne i at forblive fuldstændig røgfri. Der efterlyses af Jonsdottir & Jonsdottir en undersøgelse, som bygger på et større sample, for at kunne be- eller afkræfte denne tendens.

Baggrunden for en anden undersøgelse (Marcus et al., 1999), hvori der også indgik fysisk træning, var at vurdere, om intensiv motion som et sundt alternativ til rygning ville kunne fremme rygeophør og fastholdelse heraf. Der indgik 281 raske, i det daglige stillesiddende kvinder, som blev tilfældigt udpeget til enten et kognitivt adfærdsterapeutisk rygestopkursus med omfattende træningsaktivitet eller til det samme forløb, blot uden træning, men med en tilsvarende mængde af kontakt til rådgiverne.

Selve rygestopkurset bestod af 12 møder med et kognitivt adfærdsterapeutisk indhold, herunder fx at vende negative tanker i retning af noget konstruktivt og fremadrettet, bemestring af rygetrangen samt højrisiko-situationer, stress-håndtering, afslapningsteknikker samt sidst, men ikke mindst arbejdet med at

acceptere en mindre vægtforøgelse. Oven i det deltog kvinderne i forsøgsgruppen i tre overvågede træningsseancer pr. uge, mens kontrolgruppen modtog tre overvågede undervisningsforløb om sundhed pr. uge. At kvinderne forblev røgfri, blev bekræftet objektivt via kontrolmålinger.

Sammenlignet med kontroldeltagerne var der flere blandt de motionerende kvinder, der ved behandlingens ophør samt både 3 og 12 måneder efter rygestoppet stadigvæk var røgfri. De motionerende kvinder forbedrede deres motionskapacitet samt havde desuden taget mindre på ved afslutningen af behandlingen. Der var dog samlet set kun tale om en lille effekt, som tilmed ophørte ved motionsinterventionens afslutning.

Konklusionen lød, at intensiv motion gør det lettere for kvinder at holde op med at ryge både på kort og på lang sigt, når motionen kombineres med et kognitiv adfærdsterapeutisk forløb. Intensiv motion forsinker tillige vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop. Der mangler dog fortsat viden om, hvordan man kan fremme rygeres følelse af forpligtelse (eng. adherence) over for et træningsprogram af denne størrelsesorden (tre gange ugentligt). Det synes urealistisk at antage, at almindelige mennesker har mulighed for at afsætte så meget tid igennem 12 uger til at motionere i. Et andet forhold, der kræver yderligere undersøgelse, er, om rygere, der gerne vil stoppe samt gøre noget ved deres motion på samme tid, vil være mere motiverede for at gennemføre en mere moderat form for fysisk aktivitet end den intensive form, der her var lagt op til. Omvendt kan det tænkes, at et lavere aktivitetsniveau både vil influere negativt på selve rygestoppet samt på fastholdelsen af et givet vægtniveau.

Det kan diskuteres, om der er andre effekter af motion kombineret med et rygestop. I en undersøgelse (Ussher et al., 2003) afdækkede man eksempelvis, at med motion fulgte en psykologisk lindring af gængse abstinenssymptomer, der kan plage rygeren under en rygestopbehandling. Forsøgspersoner (n=154), som blev sat i et træningsprogram i ophørsperioden, meldte i første stop-uge tilbage om mindre spænding, angstelse og stress end personerne i kontrolgruppen (n=145), i anden stop-uge om mindre irritabilitet og i tredje stop-uge i det hele taget om mindre rastløshed. Rygestopbehandling, selv inklusive træning og kort rådgivning, havde dog ingen signifikant effekt mht. vægt eller forlængelse af perioden med røgfrihed.

I en undersøgelse (Allen et al., 2000) viste der sig effekt mht., hvornår rygestoppet blev igangsat i forhold til, hvor kvinden befandt sig i sin menstruationscyklus. Man anvendte en lille kontrolgruppe af rygere (n=5), som blev bedt om at fortsætte med at ryge, og en forsøgsgruppe af rygere (n=16), som blev sat i et to gange syv dages indlæggelsesforløb på to forskellige tidspunkter i forhold til deres cykliske faser; fem ud af de syv indlæggelsesdage skulle være røgfrie.

Kalorieindtag, energiforbrænding og vægt blev målt i begge grupper, hvorefter man kunne konstatere, at forsøgsgruppen ikke havde haft gavn (effekt) af rygestoppet, idet der ikke blev registreret forskelle i det gennemsnitlige daglige kalorieindtag, indtag af kulhydrater fra søde sager eller forbrænding under hvile. Der blev til gengæld fundet en signifikant effekt, som både omfattede øget kalorieindtag og energiforbrænding såvel som en mindre vægtforøgelse, i den sene luteale fase, når præmenstruel symptomatologi er på sit højeste.

Med dette resultat kan det tænkes, at kvindelige rygere kan opnå en lille gevinst i vægtmæssig henseende ved at forsøge at stoppe i den follikulære fase af deres cyklus. Som forbehold over for dette resultat skal det dog nævnes, at de indlagte kvinder muligvis kunne have svært ved at opretholde deres sædvanlige spisemønstre samt, at de ikke nødvendigvis oplevede den akutte form for stress, som mange rygere oplever, når de står over for et reelt – og ikke som her et fingeret – rygestop. Omvendt er øget kalorieindtag, energiforbrænding og mindre vægtforøgelser i den luteale fase også fundet i andre studier, af hvilken grund det at stoppe på et bestemt tidspunkt i cyklussen af hensyn til vægtreduktion under alle omstændigheder kan medtages i planlægningen af et konkret rygestopforsøg blandt kvinder.

I en undersøgelse (Harvey & Hill, 2001) var det formålet at undersøge sundhedsprofessionelles syn på overvægtige og at sammenligne dette med opfattelsen af rygere. Antagelsen var bl.a., at professionelle kunne have fordomme over for disse patientgrupper, og at dette kan være af betydning for, om disse patienter oplever motivation til at opsøge deres læge eller psykolog. Der blev udsendt spørgeskemaer til almenmedicinere og kliniske psykologer (n=255) om årsager og holdninger til hhv. overvægt og rygning samt om opfattelsen af, hvor stort det personlige ansvar for hhv. overvægt og rygning var hos deres klienter. Klienterne blev i spørgeskemaet opdelt i fire forskellige kategorier: 1) De moderat overvægtige 2) de svært overvægtige 3) moderate rygere og 4) storrygere.

Det viste sig, at sundhedsprofessionelles holdninger var neutrale til negative over for moderat overvægtige klienter, mens deres holdninger over for svært overvægtige snarere var udelukkende negative. Årsagerne til overvægt eller rygning blev af behandlerne subjektivt angivet således, at overvægt skyldes inaktivitet, depression, genetiske forhold samt humørsvingninger, mens rygning i højere grad skyldes interpersonelle forhold end depression eller genetik. Almenmedicinere var fx mere tilbøjelige end de kliniske psykologer til at tilskrive såvel overvægtige som rygere manglende viljestyrke.

De moderat til svært overvægtige blev desuden opfattet som mennesker med lavt selvværd, uden seksuel tiltrækningskraft, reduceret helbred samt som værende moderat ansvarlige mht. muligheder for at kunne ændre deres situation med overvægt. Rygerne blev til gengæld oplevet som mere ansvarlige for egen situation og blev også set bl.a. som værende mindre attraktive samlevende/ægtefæller og mindre ordentlige med sig selv.

Af de fire grupper blev de moderat overvægtige opfattet mest positivt, mens de svært overvægtige blev opfattet mest negativt. Undersøgelsen konkluderer, at eftersom overvægt er en helbredsmæssig risikofaktor, må der gøres noget ved de sundhedsprofessionelles holdninger, samt man bør forhindre klienterne i at forblive passive eller tilbageholdende mht. at opsøge sundhedsvæsenet.

5.1.1 Opsummering

Med ovenstående gennemgang af 8 studier viser der sig et forholdsvis spinkelt billede af, hvad en behandler psykologisk set vil kunne gøre for mennesker, der både ryger og er vægtbekymrede. Der synes dog evidens for, at det kan svare sig at prioritere rygestoppet og at lade vægtinterventionen ligge i en periode, indtil klienten har fået fornyede kræfter til endnu en livsstilsændring. Klientens tro på

egne evner til at ændre sin adfærd er her som i mange andre henseender central for et positivt udfald af en intervention.

6 Resumé

- ”Risikoindivider” på området rygestop og vægt, der bruger deres rygning som vægtreguleringsstrategi, er ofte meget nikotinafhængige og har øget sandsynlighed for tilbagefald, hvis de tager på i vægt ved et rygestop. De er optagede af kroppen og eget udseende i det hele taget samt har ringe tiltro til egne evner, om de kan fastholde beslutningen om et rygestop. Desuden kan de have en hæmmet spisestil.
- Den vægtbekymrede ryger hører typisk til blandt yngre rygere, er ofte kvinde og kan være tynd eller slank i forvejen.
- Der er endnu ikke fundet eksperimentelt valide behandlingsstrategier, som forhindrer en vægtforøgelse efter et rygestop, og de fleste rygere vil uvægerligt tage 3-6 kg på. Der er desuden belæg for, at forsøg på at forhindre, at man tager på i vægt kan underminere selve rygestopforsøget.
- Vægtforøgelse efter et rygestop skyldes ændret madindtag og/eller ændringer i metabolismen. Da processerne er styret af hormonændringer, er det afgørende at sætte ind med livsstilsændringer for at forhindre en vægtstigning.
- Visse mennesker er underkastet særlige erhvervsmæssige krav til deres vægt (fx militærfolk, politibetjente, fotomodeller, balletdansere m.fl.). Tillige er der de rygere, som arbejder på skiftehold eller i tilsvarende sammenhænge, hvor det kan være vanskeligt at oppebære en sund livsstil. En behandling bør inkludere praktiske overvejelser herom.
- Manglende tiltro til egne evner mht. at kunne gennemføre rygestoppet virker negativt ind på, at en ryger kan gennemføre et rygestop.
- Elementer hentet fra kognitiv adfærdsterapi er i en vis udstrækning afprøvet og fundet egnet til at reducere vægtbekymringer, fx ændring af klientens negative tanker.
- Rygestoppet bør være klientens prioritet frem for vægtintervention, medmindre der er tale om svær overvægt. Klienten bør under alle omstændigheder forberedes på/informeres om, at man kan tage på i vægt. Holdninger kan drøftes og bearbejdes i behandlingen.
- Kort tid efter rygestoppet er det særligt sårbart med en vægtforøgelse. Motion og brug af nikotinerstatning og lignende fx bupropion kan være hensigtsmæssige strategier under en behandling for både rygestop og vægtproblemer. Motion virker positivt på metabolismen og på reguleringen af følelser såsom stress og nedtrykthed.
- Nikotinerstatning, nærmere betegnet nikotintyggegummi, kan være en effektiv måde at bremse en vægtforøgelse i de tidligere faser af et rygestop. Tilsvarende vægtregulerende effekter har man indtil nu fundet med bupropion.

- For socialt dårligt stillede klienter bør der gøres mere ud af at forstå depression i forhold til rygning, fremme klientens tiltro til egne evner og sørge for social støtte.

På en række områder er der behov for mere forskning:

- Der er behov både for mere international og national forskning, der vil kunne afdække omfanget af problemstillingen rygestop, vægt og vægtbekymring – såvel hos kvinder som hos mænd samt hos forskellige målgrupper i relation til social ulighed (social-ulighedsaspektet). Det anslås dog ud fra udenlandsk sammenhæng, at ud af ti kvindelige rygere vil ca. 4 kvinder være meget vægtbekymrede, 3 kvinder vil være noget vægtbekymrede, og 3 kvinder vil ikke være vægtbekymrede.
- Der mangler empirisk afprøvning og implementering af psykologisk intervention til forebyggelse og behandling af vægtbekymring/vægtforøgelse i forbindelse med rygestop.
- Der mangler effektstudier, hvad angår kost som intervention over for vægt og rygestop. Kostomlægning bør alligevel indgå i de praktiske overvejelser under et rygestop. Der mangler dog forskningsbaserede retningslinjer at følge.

7 Ordforklaringer

Abstinenssymptomer: Omfatter både psykiske og fysiske symptomer. I forbindelse med rygeophør ses symptomer såsom irritabilitet, koncentrationsbesvær, nedtrykthed, øget hoste, vægtforøgelse m.m. For en fuldstændig liste over abstinenssymptomer ved rygeafvænning henvises der til ICD-10 eller DSM-IV

Adfærdsterapi: En hovedretning inden for psykoterapi. Fokus er især på individets handlinger (adfærd) til forskel fra fx psykoanalysen, som i højere grad beskæftiger sig med individets følelsesliv.

Adherence, se kompliance

Binge eating, se overspisning

Body image, se kropsoplevelse

Bupropion: Oprindeligt antidepressivt middel, som tillige har den virkning, at den giver rygere en oplevelse af aversion ved tobak. Produktet kan sammenlignes med alkoholens antabus.

Coping, se mestring

Dietary restraint, se spisemæssig hæmning

Fagerstrøm-score: Skala udviklet af en forsker ved navn Fagerstrøm. Skalaen, som bygger på rygernes egne udsagn om deres rygeadfærd, kan bruges til at vurdere den enkeltes nikotinafhængighed.

Førovervejsesstadie: Fase i den såkaldte transteoretiske model, som er udviklet af Prochaska et al. Når rygeren er en "førovervejer", er han eller hun end ikke begyndt at overveje et rygestop.

Hæmmet spisestil: Se spisemæssig hæmning

Højrisiko-situationer: Situationer, der kan friste eksrygeren til at begynde med at ryge igen. For nogle rygere kan det være de ensomme stunder, der indbyder hertil, mens det for andre kan være situationer med fest og farver. Højrisiko-situationer er således subjektive og vil være forskellige fra ryger til ryger.

Kognitiv adfærdsterapi: Oprindeligt en terapeutisk metode udviklet til at behandle depression, men bruges nu over for en lang række problemer. Der arbejdes med klientens forringede selvvurdering, negativt syn på aktuelle hændelser og erfaringer eller på tilværelsen i det hele taget samt negative forventninger til fremtiden. Terapeuten forsøger aktivt at ændre klientens urealistiske og ulogiske tænkemåder og pessimistiske anskuelser.

Kompliance: En klients parathed til at følge en behandlers ordination og/eller behandlingsanvisninger i øvrigt såsom opfordring/strategi til at ændre vaner og livsstil.

Korrelerer: Når variabler korrelerer, antager man, at man kan drage slutninger om den ene variabel på grundlag af den anden. I forbindelse med rygestop og vægt er det flere gange set, at variabelen det kvindelige køn korrelerer med variabelen vægtbetyrning.

Kropsoplevelse: Et menneskes samlede, subjektive oplevelse af sin egen krop, herunder fx oplevelse af højde og drøjde, oplevelse af ens krops formåen, oplevelse af kroppens udseende etc.

Madmæssig pendling: Der er tale om en spiseadfærd, hvor en person veksler imellem at underlægge sig mange restriktioner, hvad mad angår, og at give slip på disse restriktioner. Når der gives slip, kan der være tale om overspisning; se også overspisning og yoyo-effekt.

Mestring: Psykisk/tankemæssig og handlemæssig evne til at klare forskellige situationer.

Negativ emotionel tilstand: Fx nedtrykthed eller lettere depression

Nikotinafhængighed: Fysisk og psykisk oplevelse af rygetrang (eng. craving). Graden af nikotinafhængighed kan anslås også ud fra fysiske mål såsom, når rygeren gennemgår en kulitemålingstest.

Overspisning: At spise for meget både mht., hvad der ernæringsmæssigt er brug for, samt den enkeltes oplevelse af ubehagelig mæthed ("proppethed" efter spisningen)

Psykoedukation: Klient- og patientundervisning i en given lidelse. I forbindelse med rygning og rygestop kan der være tale om psykoedukation, når rygeren får at vide, hvilke symptomer der er "normale" under et rygestop, og hvad vedkommende selv kan gøre for at klare sig igennem rygestoppet.

Rygestopinstruktør: Sundhedsprofessionel eller anden fagperson, der har gennemgået rygestopinstruktøruddannelsen. En rygestopinstruktør kan findes i mange forskellige sammenhænge såsom på hospitaler, i lægens klinik, på apoteket o.l. og kan varetage såvel individuel som gruppebaseret rådgivning; se også rygestopinstruktøruddannelse og rygestopkursus.

Rygestopinstruktøruddannelse: Et uddannelsesforløb oftest af tre dages varighed, hvor rygestopinstruktørerne in spe modtager intensiv undervisning om fysiske og psykiske aspekter ved tobak og tobaksafhængighed. Konceptet er udviklet i forbindelse med STOP-samarbejdet af Tobaksskaderådet, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening. Udbyder nu af rygestopinstruktøruddannelsen i Danmark er Kræftens Bekæmpelse m.fl.

Rygestopkursus: Kursus for rygere af fem mødeganges varighed. Kursets formål er at hjælpe rygere med at blive røgfri. Kurset ledes af en rygestopinstruktør, der har flere forskellige roller i løbet af kurset såsom at være underviser, "coach" og rådgiver for deltagerne.

Self-efficacy, se tiltro til egne evner/formåen om en bestemt handling.

Social støtte: Udefrakommende hjælp, som dels er tilgængelig via et givet socialt netværk, dels har præventiv, helbredende og/eller rehabiliterende virkning både psykisk og fysisk. Social støtte kan være præget af omsorg, praktisk og materiel hjælp samt information, herunder råd, vejledning og lægmandsdiskussion af problemer.

Spisemæssig hæmning: Den restriktive fase hos en person, der kan lide af madmæssig pendling (se ovenfor). Nogle er kronisk restriktive i deres spisestil og lider dermed af denne form for hæmning konstant.

Tiltro til egne evner/formåen: En faktor, som siger noget om en persons vurdering/tro på egen kapacitet for at kunne ændre noget i sin adfærd, fx at holde op med at ryge.

Vægtbekymring: At være bekymret for at tage på i vægt eller ikke at kunne bevare sin vægt. Der findes mange forskellige grader af vægtbekymringer. Nogle bekymringer kan være meget stærke og irrationelle (fx hvis en person er slank i forvejen), mens andre bekymringer er mere beherskede og realistiske (fx en moderat overvægtig person, der bekymrer sig om en yderligere vægtforøgelse).

Yoyo-effekt: Inden for vægtforskning ser man effekten af madmæssig pendling (se ovenfor) udtrykt i en målt vægt, der hele tiden går op og ned.

8 Anvendt litteratur

01

Allen, S. S., Hatsukami, D., Christianson, D. & Brown, S. (2000).
Energy intake and energy expenditure during the menstrual cycle in short-term smoking
cessation. *Addictive Behaviors*, vol. 25; 4; 55-572

02

Borrelli, B., Spring, B., Niaura, R., Hitsman, B., Papandonatos, G. (2001).
Influences of Gender and Weight Gain on Short-Term Relapse to Smoking in a Cessation
Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69; 3; 511-515

03

Bowen, D.J., McTiernan, M.D., Powers, D., Feng, Z. (2000).
Recruiting Women into a Smoking Cessation Program: Who Might Quit? *Women & Health*;
vol. 31; 4; 41-58

04

Christiansen, I., Damkjær, H. & Sonne, T. (2002).
Rygning og rygestop – inspiration til professionel samtale. København: Munksgaard
Danmark

05

Copeland, A.L. & Carney, C.E. (2003).
Smoking Expectancies as Mediators Between Dietary Restraint and Disinhibition and
Smoking in College Women. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*; vol. 11, nr. 3;
247-251

06

Czernichow S; Oppert J.M. (2003).
Smoking cessation and weight gain. *Cahiers-de-Nutrition-et-de-Dietetique*; 38 (5); 284-
286

07

Duffy, J. & Hall, S.M. (1988).
Smoking Abstinence, Eating Style, and Food Intake. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, vol. 56; 3; 417-421

08

Ferrara C.M., Kumar M., Nicklas B., McCrone S., Goldberg A.P. (2001).
Weight gain and adipose tissue metabolism after smoking cessation in women.
International Journal of Obesity; 25; 1322-1326

09

Gilbert, R.M., Pope, M.A. (1982).
Early effects of quitting smoking. *Psychopharmacology*; 78; 121-127

10

Glasgow, R.E, Strycker, L.A., Eakin, E.G., Boles, S.M., Whitlock, E.P. (1999). Concern
About Weight Gain Associated With Quitting Smoking: Prevalence and Association With
Outcome in a Sample of Young Female Smokers. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, vol. 67; 6; 1009-1011

11

Hall, Sharon M., Tunstall, Chrystal D, et al. (1992).
Weight Gain Preventon and Smoking Cessation: Cautionary Findings. *American Journal of
Public Health*, 82, 6; 799-803

12

Harvey, E.L. & Hill, A.J. (2001).
Health Professionals' views of overweight people and smokers. *International Journal of
Obesity*; 25; 1253-1261

13

Hudmon, K.S., Gritz, E.R., Clayton, S., Nisenbaum, R. (1999).

Eating Orientation, Postcessation Weight Gain, and Continued Abstinence Among Female Smokers Receiving an Unsolicited Smoking Cessation Intervention. *Health Psychology*; 18 (1); 29-36

14

Jarry, L.L., Coombs, R.B., Polivy, J. & Herman, C.P. (1998).
Weight Gain after Smoking Cessation in Women: The Impact of Dieting Status.
International Journal of Eating Disorder; vol. 24;1; 53-64

15

Jarvis, J. & Wardle, J. (2003).
Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. I Marmot, M. & Wilkinson, R.G.: *Social Determinants of Health*. England: Oxford University Press

16

Jeffery, R.W., Hennrikus, D.J., Lando, H.A., Murray, D.M., Liu, J.W. (2000).
Reconciling Conflicting Findings Regarding Postcessation Weight Concerns and Success in Smoking Cessation. *Health Psychology*, vol. 19; 3; 242-246

17

Jonsdottir, D. & Jonsdottir, H. (2001).
Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain? An intervention study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15; 275-282

18

Kjær M., Andersen L.B., Hansen I-L.K (2000).
Fysisk aktivitet. Hvilket minimum er tilstrækkeligt i et sundhedsmæssigt perspektiv ?
Ugeskrift for Læger; 15; 2164 - 2171

19

Levine, M.D., Perkins, K.A., Marcus, M.D. (2001).
The Characteristics of women smokers concerned about postcessation weight gain.
Addictive Behaviors; 26; 749-756

20

Levine, M.D., Marcus, M.D., Perkins, K.A. (2003)
A history of depression and smoking cessation outcomes among women concerned about post-cessation weight gain. *Nicotine & Tobacco Research*, 5; 69-76

21

Marcus, B.H., Albrecht, A.E., King, T.K., Parisi, A.F., Pinto, B.M., Roberts, M., Niaura, R.S., Abrams, D.B. (1999).
The Efficacy of Exercise as an Aid for Smoking Cessation in Women. *Arch Intern Med*; vol. 159; 1229-1234

22

Mitchell, S.L. & Perkins, K.A. (1998).
Interaction of Stress, Smoking, and Dietary Restraint in Women. *Physiology & Behavior*; vol. 64, 1; 103-109

23

Mizes, J.S., Sloan, D.M., Segraves, K., Spring, B., Pingitore, R., Kristeller, J. (1998).
The Influence of Weight-Related Variables on Smoking Cessation. *Behavior Therapy*; 29; 371-385

24

Ogden, J. (2000).
Health Psychology. A Textbook. Buckingham, Philadelphia: Open University Press

25

Perkins, K.A., Marcus, M.D., Levine, M.D., D'Amico, D., Miller, A., Broge, M., Ashcom, J. & Shiffman, S. (2001).
Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Weight Concerns Improves Smoking Cessation Outcome in Weight-Concerned Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; vol. 69; 4; 604-613

- 26
Perkins K.A. (1992a).
Metabolic effects of cigarette smoking. *American Physiological Society*; 401-409
- 27
Perkins K.A. (1992b).
Effects of tobacco smoking on caloric intake. *British Journal of Addiction*; 87; 193-206
- 28
Pinto, B.M., Borrelli, B., King, T.K., Bock, B.C., Clark, M.M., Roberts, M. & Marcus, B.H. (1999).
Weight Control Smoking Among Sedentary Women. *Addictive Behaviors*; vol. 24, 1; 75-86
- 29
Pomerleau, C.S., Ehrlich, E., Tate, J.C., Marks, J.L., Flessland, K.A., Pomerleau, O.F. (1993).
The Female Weight-Control Smoker: A Profile. *Journal of Substance Abuse*; 5; 391-400
- 30
Pomerleau, C.S., Pomerleau, O.F., Namenek, R.J., Mehringer, A.M. (2000).
Short-term weight gain in abstaining women smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 18; 339-342
- 31
Pomerleau, C.S., Zucker, A.N., Stewart, A.J. (2001).
Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine & Tobacco Research*; 3; 51-60
- 32
Prochaska et al: (1994).
Changing for Good. USA: William Morrow and Company
- 33
Russ, C.R., Fonseca, V.P., Peterson, A.L., Blackman, L.R., Robbins, M.A.S. (2001).
Weight Gain as a Barrier to Smoking Cessation Among Military Personnel. *American Journal of Health Promotion*, vol. 16; 2; 79-84
- 34
Sims, T.H. & Fiore, M.C. (2002).
Pharmacotherapy for Treating Tobacco Dependence: What is the Ideal Duration of Therapy? *CNS Drugs*; 16 (10); 653-662
- 35
Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A. & Steptoe, A. (2003).
Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 98; 523-532
- 36
Varner, L.M. (1999).
Impact of combined weight-control and smoking-cessation interventions on body weight: Review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 10; 1272-1275
- 37
Vickers, K.S. & Patten, C.A. et al. (2003).
Depressed Versus Nondepressed Young Adult Tobacco Users: Differences in Coping Style, Weight Concerns, Exercise Level. *Health Psychology*; vol. 22, 5; 498-503

8.1 Supplerende litteratur

01

Ball, K., Brown, W. & Crawford, D. (2002).
Who does not gain weight? Prevalence and predictors of weight maintenance in young women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(12), 1570-1578. Emneord: Vedligeholdelse af vægt, kvinder

02

Becona, E., Vázquez, F.L. (1998).
Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. *Psychological Reports*; 82; 999-1005. Emneord: Vægtforøgelse på kort- og lang sigt, rygestop.

03

Bjerrum, L., Hamm, L.R.V., Toft, B., Munck, A.P. & Kragstrup, J. (2002).
Kardiovaskulære risikofaktorer. *Ugeskrift for læger*; 164; 46; 5382-5386. Emneord: Kardiovaskulære risikofaktorer, kommunikation imellem behandler og patient.

04

Forman, V.L., Morello, P. (2003).
Weight concerns, postexperimental smoking, and perceived difficulty in quitting in Argentinean adolescents. *Eating Behaviors*; 4; 41-52. Emneord: Vægtperception, rygning, tobak, ungdom, rygestop, vægttab.

05

French, S.A., Perry, C.L., Leon, G.R., Fulkerson, J.A. (1994).
Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: A Prospective study. *American Journal of Public Health*; 84 (11); 1818-1820. Emneord: Unge, vægtbekymring, slankeadfærd, rygedebut.

06

Heishman, S.J. (1999).
Behavioral and cognitive effects of smoking: relationship to nicotine addiction. *Nicotine & Tobacco Research*; 1; S143-S147. Emneord: Adfærd, kognitive færdigheder, rygning, nikotinafhængighed, effekt af nikotin, stress, vægtniveau.

07

Jeffery, R.W., Boles, S.M., Strycker, L.A. (1997).
Smoking-specific weight gain concerns and smoking cessation in a working population. *Health Psychology*; 16(5); 487-489. Emneord: Rygning, vægtbekymring, rygestop, fedme.

08

Kivimäki, M., Kuisma, P., Virtanen, M. & Elovainio, M. (2001).
Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work with those who had never done shift work. *Work and Stress* 15(1), 3-13. Emneord: Sundhed, skifteholdsarbejde, rygning, vægt.

09

Larkin, F.A., Basiotis, P.P., Riddick, H.A., Sykes, K.E., Pao, E.M. (1990).
Dietary patterns of women smokers and non-smokers; *Journal of the American Dietetic Association*; 90 (2); 230-237. Emneord: Ikkerygere, rygere, kvinder, spisemæssigt adfærdsmønster.

10

Lissner, L., Bengtsson, C., Lapidus, L., Björkelund, C. (1992).
Smoking initiation and cessation in relation to body fat distribution based on data from a study of Swedish women. *American Journal of Public Health*; 82(2); 273-275. Emneord: Rygere, ikkerygere, vægt, fedtfordeling, helbredsrisiko.

11

Marcus, B.H., King, T.K., Albrecht, A.E., Parisi, A.F., Abrams, D.B. (1997).
Rationale, Design, and Baseline Data for Commit to Quit: An Exercise Efficacy Trial for Smoking Cessation among Women. *Preventive Medicine*; 26; 586-597. Emneord: Rygestop, motion, vægtforøgelse, kvinder.

12

Martínez, J.A., Kearney, J.M., Kafatos, A., Paquet, S., Martínez-González (1999). Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*; 2(1a); 125-133. Emneord: Fedme, selvangivet BMI, fysisk aktivitet, den overvægtiges profil, Europa.

13

Pollak, K.I., Namenek Brouwer, R.J., Lyna, P., Taiwo, B., McBride, C.M. (2003). Weight and smoking cessation among low-income African Americans. *American Journal of Preventive Medicine*; 25 (2); 136-139. Emneord: Etnicitet, rygestop, vægtforøgelse, social ulighed.

14

Pomerleau, C.S., Zucker, A.N., Namenek Brouwer, R.J., Pomerleau, O.F., Stewart, A.J. (2001). Race differences in weight concerns among women smokers: Results from two independent samples. *Addictive Behaviors*; 26; 651-663. Emneord: Afroamerikanere, kropsofattelse, spiseforstyrrelse, motion, overvægt, rygestop, herkomst/hudfarve.

15

Rodin, J. (1987). Weight change following smoking cessation: the role of food intake and exercise. *Addictive Behavior*; 12; 303-317. Emneord: Vægtændring, rygestop, kalorieindtag, motion.

16

Shepherd, R. (2002). Resistance to changes in diet. *Proceedings of the Nutrition Society*; 61; 267-272. Emneord: Holdninger, kostomlægning, urealistisk optimisme, stages of change.

17

Strauss, R.S. & Mir, H.M. (2001). Smoking and weight loss attempts in overweight and normal-weight adolescents. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. Sept; 25 (9):1381-5 Emneord: Unge, rygning, spisevaner.

18

Vander Weg, M.W., Klesges, R.C., Eck Clemens, L.H., Meyers, A.W., Pascale, R.W. (2001). The relationships between ethnicity, gender, and short-term changes in energy balance following smoking cessation. *International Journal of Behavioral Medicine*; 8(2); 164-177. Emneord: Rygning, vægt, energibalance, etnicitet, køn.

9 Bilag 1: Søgekatalog

Følgende søgninger er udført i forbindelse med projekt rygestop og vægt på DPB:

Søgning i PsycINFO 1998 – 2004 (søgeresultatet læses nedefra og op):

1. Search History

- #4 (smoking or smoking cessation*) and (weight or weight gain* or weight maintenance*) and ((behavior or behaviour) and psycholog*)(34 records)
- #3 (behavior or behaviour) and psycholog*(36978 records)
- #2 weight or weight gain* or weight maintenance*(5958 records)
- #1 smoking or smoking cessation*(4582 records)

Søgning i PsycINFO 1998 – 2004 (søgeresultatet læses nedefra og op)::

2. Search History

- #6 (intervention* and psycholog*) and (weight or weight gain* or weight maintenance*) and (smoking or smoking cessation*)(18 records)
- #5 intervention* and psycholog*(11143 records)
- #2 weight or weight gain* or weight maintenance*(5958 records)
- #1 smoking or smoking cessation*(4582 records)

Søgning i PsycINFO 1998 – 2004 (søgeresultatet læses nedefra og op)::

3. Search History

- #5 (weight or weight gain* or weight maintenance*) and (smoking or smoking cessation*) and (obesity or motivation or identity or personality)(47 records)
- #4 obesity or motivation or identity or personality(45489 records)
- #3 (behavior or behaviour) and psycholog*(36978 records)
- #2 weight or weight gain* or weight maintenance*(5958 records)
- #1 smoking or smoking cessation*(4582 records)

Søgning i PubMed (=Medline) de seneste 5 år:

Søgning 1 i PubMed (søgeresultatet læses oppefra og ned):

#1

Search smoking or smoking cessation* Field: All Fields, Limits: 5 Years

08:12:11

29372

#2

Search weight gain* or weight or weight maintenance* Limits: 5 Years

08:12:47

148369

#7

Search behavior or behaviour Limits: 5 Years

08:22:39

220158

#8

Search psychological factor* Limits: 5 Years

08:22:52

3711

#9

Search #1 and #2 and #7 and #8 Limits: 5 Years

08:23:26

8

Resultatet 8 hits

Søgning 2 i PubMed (søgeresultatet læses oppefra og ned)::

#1

Search smoking or smoking cessation* Field: All Fields, Limits: 5 Years

08:12:11

29372

#2

Search weight gain* or weight or weight maintenance* Limits: 5 Years

08:12:47

148369

#13

Search intervention* and psychology Limits: 5 Years

09:21:40

11244

#14

Search #1 and #2 and #13 Limits: 5 Years

09:22:16

49

Resultat 49:

Søgning 3 i PubMed (søgeresultatet læses oppefra og ned)::

#2

Search weight gain* or weight or weight maintenance* Limits: 5 Years

07:45:00

148450

#1

Search smoking or smoking cessation* Field: All Fields, Limits: 5 Years

07:44:24

29381

#6

Search obesity or motivation or identity or personality Limits: 5 Years

07:52:11

90230

#4

Search psychology Limits: 5 Years

07:45:28

130443

#8

Search #1 and #2 and #4 and #6 and intervention* Limits: 5 Years

08:09:04

18

Resultat: 18 poster

Søgning 4 i PubMed (søgeresultatet læses nedefra og op):

13

Search #1 and #2 and #3 and #4 and intervention* Limits: 5 Years

08:18:27

44 = Resultat 44

#5

Search #1 and #2 and #3 and #4 Limits: 5 Years

07:45:50

226

#4

Search psychology Limits: 5 Years

07:45:28

130443

#3

Search behavior or behaviour Limits: 5 Years

07:45:19

219198

#2

Search weight gain* or weight or weight maintenance* Limits: 5 Years

07:45:00

148450

#1

Search smoking or smoking cessation* Field: All Fields, Limits: 5 Years

07:44:24

29381

Søgning i hele Cochrane Library (uden hensyn til årstal) på:

Søgning 1 i Cochrane Library (søgeresultatet læses oppefra og ned):

#1.

(smoking or (smoking next cessation*))

7032

22558

#4.

((weight next gain*) or weight or (weight next maintenance*))

22771

#8.

((behavior or behaviour) and psychology)

5928

#9.

(#1 and #4 and #8)

69

Søgning i hele Cochrane Library på:

Søgning 2 i Cochrane Library (søgeresultatet læses oppefra og ned):

#1.
(smoking or (smoking next cessation*))
7032
#4.
((weight next gain*) or weight or (weight next maintenance*))
22771
#10.
(#1 and #4 and intervention* and psychology)
67

Søgning i hele Cochrane Library på:

Søgning 3 i Cochrane Library (søgeresultatet læses oppefra og ned):

#1.
(smoking or (smoking next cessation*))
7032
#4.
((weight next gain*) or weight or (weight next maintenance*))
22771
#11.
(obesity or motivation* or identity or personality)
9503
#14.
(#1 and #4 and #11 and intervention* and psychology)
35

BEMÆRK for ikke at få for stort resultat er der søgt på intervention* and psychology her.

Søgning i EMBASE fra 1995 - : (søgeresultatet læses oppefra og ned):

f smoking or smoking cessation* and weight or weight gain* or weight
maintenance*
2 : Number of hits is 56885
F (behavior or behaviour) and psychology
3 : Number of hits is 5038
F intervention*
F s=2 and s=3
4 : Number of hits is 319 (da resultatet er stort kombinerede jeg med følgende):
F intervention*
5 : Number of hits is 109938

F s=4 and s=5

6 : Number of hits is 66