



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pasientopplæringstiltak som viser positive resultater når det gjelder egenmestring av kronisk sykdom må sees som viktige bidrag til redusert press på helse-tjenestene. Selvstyrkende metoder benyttet i pasientkurs kan være viktig supplement til annen behandling.

Hensikt: Undersøke endringer i mestringsforventning og selvfølelse hos kursdeltakerne ett år etter fullført kurs.

Metode: Spørreskjema ble i 2009 delt ut til deltakere på kurs for syke-

lig overvektige ved tre Lærings- og mestringssentre i Øst-Norge. Deltakerne besvarte 12 ulike skjemaer på fem ulike tidspunkter. Denne artikkelen presenterer resultater fra spørreskjema om mestringsforventning og selvfølelse. Skjemaene ble fylt ut på kursets første dag og 12 måneder etter kursslutt.

Resultater: Totalt 142 av 185 forespurte kursdeltakere besvarte skjema første kursdag, etter ett år svarte 67 deltakere. Gjennomsnittsalderen var 43,3 år; 75 prosent var kvinner; 64 prosent hadde under

12 års utdanning, det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. Deltakerne hadde økning i selvfølelse og mestringsforventning etter ett år. Resultatene var både statistisk og klinisk signifikante endringer.

Konklusjon: Kurs som vektlegger at deltakerne får grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon og lærer selvstyrkende metoder kan bidra til bedre mestringsforventning og selvfølelse. Resultatene samsvarer med internasjonal forskning knyttet til egenmestring.

ENGLISH SUMMARY

Persons with morbid obesity had increased self-efficacy and self-esteem after patient education

Background: Patient education providing positive results with regard to persons' coping with chronic illness is important to decrease the demand on health care services. Methods aimed at strengthening the person's self-perception may be an important supplement to medical treatment.

Objective: To explore changes in self-efficacy and self-esteem one year after completing patient education.

Method: Participants in patient courses for morbid obese persons at three different sites answered 12 questionnaires five times in 2009. This article presents results from questionnaires on self-efficacy and self-esteem completed on the first day of the course and 12 months after course completion.

Results: From 185 course participants, 142 returned questionnaires the first day of the course and 67 completed it after one year. Mean age was 43.3, 75% female; 64% had less than 12 years of education; no statistically significant differences were found between women and

men. The participants had increased scores on self-efficacy and self-esteem after one year. The results were both statistically and clinically significant.

Conclusion: Courses providing basic knowledge about the illness and methods to strengthen perception of self may contribute to improved self-efficacy and self-esteem. The results are in accordance with international research on coping with illness.

Key words: Self-efficacy, self-esteem, morbid obesity, patient education, longitudinal design.

» Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs

Forfattere: May Solveig Fagermoen, Katherine Bevan, Anne-Cathrine Berg, Eva Bjørnsborg, Christine Mathiesen, Helene Gulbrandsen, Anne Lise Hustadnes og Anita Strøm

NØKKELOD

- Mestring
- Overvekt
- Undervisning
- Longitudinell studie

BAKGRUNN

Overvekt er et økende folkehelseproblem i Norge. Forebygging og behandling av sykkelig overvekt er et helsepolitisk satsingsområde (1). Det første obligatoriske pasientkurset for personer med sykkelig overvekt som er henvist til behandling for fedme - Startkurs, ble gjennomført på Lærings- og mestringscenteret ved Aker universitetssykehus i 2004. Deltakere på Startkurset har gjentatte forsøk på vektreduksjon (2) og tilbakefall kan svekke mestringsforventning (3). Startkursets helsefremmende veiledning og opplæring har til hensikt å bistå deltakerne med å ta informerte behandlingsvalg, komme i gang med livsstilsendringer og etablere et støttende nettverk.

Lærings- og mestringscenteret (LMS) er etablert ved alle helseforetak i Norge for å bistå

klinikkene i pasient- og pårørendeopplæringen. Disse ressursmiljøene tilbyr helsefremmende veiledning og opplæring. Fagfolk og erfarne brukere; tidligere pasienter og pårørende, samarbeider i utvikling og gjennomføring av læringstilbud der brukerkunnskap og fagkunnskap likestilles. Til LMS kommer pasienter med langvarige helseproblemer eller kroniske sykdommer. De ønsker informasjon, råd og hjelp til å mobilisere egne ressurser for å håndtere hverdagens utfordringer i en ofte kompleks livssituasjon. Brukermedvirkning, erfaringsutveksling og aktiv deltakelse i grupper er viktige arbeidsformer på LMS-kursene (4). Legeforeningens statusrapport 2012 anbefaler mer satsing på LMS for å øke pasienters mestringsevne og rehabilitering (5). SINTEFs evaluering av LMS i 2006 (6) etterspurte forskning som dokumenterer resultater av LMS-kurs. Vi ønsket derfor å finne ut om deltakerne endret selvfølelsen og mestringsforventningen i tiden etter kurset. Derfor ble følgende forsknings spørsmål valgt for denne studien: Endrer personer med sykkelig overvekt sin selvfølelse og mestringsforventning fra tiden etter fullført startkurs frem til ett år etter?

Hva tilfører denne studien?

Resultatene fra denne studien viser at deltakernes mestringsforventning og selvfølelse økte betydelig ett år etter fullført Startkurs.

Mer om forfatterne:

May Solveig Fagermoen er sykepleier og førsteamanuensis ved UiO. Katherine Bevan er ergoterapeut og gruppeveileder for Startkurs og enhetsleder ved Lærings- og mestringscenteret, Vestre Viken HF. Anne-Cathrine Berg er fysioterapeut og gruppeveileder for Startkurs, og helsefaglig konsulent ved Lærings- og mestringscenteret, Vestre Viken HF. Eva Bjørnsborg er sykepleier og leder for Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring, OUS HF. Christine Mathiesen er it-utdannet med master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid og sekretær ved lærings- og mestringscenteret, Sykehuset Østfold HF. Helene Gulbrandsen er sykepleier, livsstyrketrener, gruppeveileder i Startkurs og veileder for barn og unge med overvekt ved lærings- og mestringscenteret, Sykehuset Østfold HF. Anne Lise Hustadnes er spesialiserte sykepleier, gruppeveileder i Startkurs og rådgiver ved Lærings- og mestringscenteret, OUS HF. Anita Strøm er sykepleier og førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo. Kontaktperson: m.s.fagermoen@medisin.uio.no.

METODE

Denne artikkelen rapporterer funn fra en longitudinell studie av personer med sykelig overvekt som deltok på Startkurs ved ett av tre LMS-sentre i Østlandsområdet i 2009. Data ble innhentet første kursdag og deretter to

fra 1=«Svært uenig» til 4=«Svært enig». Vi regnet ut en totalskår for hver deltaker som varierer fra 4–16, høyere skårer representerer høyere selvfølelse. En Cronbachs alfa på 0,85 ved studiens baseline samsvarte godt med en annen norsk studie (12).

” Flere deltakere sier at de spiser for å dempe stress.

uker, tre, seks og tolv måneder etter kursslutt (7). Kun data fra første og siste datainnsamlings-tidspunkt er brukt i denne artikkelen.

DATAINNSAMLING

Deltakere ble rekruttert første kursdag. De som samtykket til å delta, besvarte umiddelbart en samling spørreskjemaer på kursstedet, og la den i en forseglett konvolutt som ble hentet av prosjektmedarbeideren. Ved de senere datainnsamlingene fikk deltakerne som hadde samtykket, tilsendt skjemaene og frankert returkonvolutt per post. Alle de 185 kursdeltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og 142 (77 prosent) samtykket til å delta i studien. Sekstisju av disse besvarte de to utvalgte spørreskjemaene ett år etter kursslutt og utgjør studiens utvalg.

I kartleggingen av deltakernes selvfølelse benyttet vi Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (8). Rosenberg hevdet at en person med høy selvfølelse har selvrespekt og ser seg selv som verdifull (9, 10). Den originale RSES består av ti spørsmål. Vi brukte en norsk kortversjon (RSES-4) utviklet av Ystgaard (11). De fire spørsmålene ble valgt ut ved en lineær regresjonsanalyse og viste høy korrelasjon ($r = 0,95$) med den originale ti spørsmålsversjonen. Responsskalaen er gradert

Vi brukte General Self-Efficacy Scale (GSE) til å måle mestringsforventning (13). Begrepet «self-efficacy» som er utviklet av Alfred Bandura dreier seg om å tro på ens egen evne til å handle på en slik måte at mål en har satt seg kan oppnås (14). Mestringsforventning innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll, og en sterk opplevelse av mestringsforventning er knyttet til bedre helse og bedre sosial integrasjon (14). GSE har ti utsagn som skal vurderes på en skala fra 1=«Ikke riktig» til 4=«Helt riktig», totalskåren varierer fra 10–40, og høyere skår reflekterer høyere generell mestringsforventning. I vår studie var Cronbachs alpha 0,93 ved baseline og samsvarte godt med andre studier der Cronbachs alfa varierte fra 0,71 til 0,91 (15).

INNHOLD OG ARBEIDSFORM

Startkurset består av 40 timer, det er gruppebasert med gjennomsnittlig 20 deltakere og gjennomføres over om lag tre måneder (16). På kurset samarbeider helsepersonell og erfarne brukere i å formidle sentral fagkunnskap og erfaringer. Deltakerne får informasjon om de ulike behandlingsmetodene ved sykelig overvekt for å kunne ta et informert behandlingsvalg. Kurset fokuserer på livsstilsendring med disse hovedtemaene:

Endring av vaner; fysisk aktivitet/hverdagsaktivitet; ernæring og kosthold; kropp, tanker og følelser. Brukermedvirkning, bevisstgjøring og egenrefleksjon vektlegges gjennomgående i kurset. Målet er at det som formidles er hverdagsnært og relevant for deltakerne. Det innebærer at dialog med deltakerne og erfaringsutveksling er sentralt i og etter forelesningene. Erfarne brukere og tidligere kursdeltakere, formidler sine erfaringer om både motgang og suksesshistorier i egen livsstilsendring og opplevde konsekvenser av overvektbehandling. Disse bidragene synes å øke åpenhet om vanskelige og til dels tabubelagte temaer.

Kursdeltakerne er på ulike stadier i sin endringsprosess og en individuell tilnærming er derfor også nødvendig. Gruppeveilederne som har helsefaglig høyskoleutdanning, ofte også tilleggsutdanning, bistår i å klarlegge hvor i prosessen kursdeltakerne er og hva som må til for å komme videre. Hver deltaker avklarar sine realistiske og konkrete mål i en skriftlig handlingsplan og denne evalueres jevnlig. Dette bidrar til å utvikle den enkeltes eierskap til endringsprosessen. Arbeid med å bevisstgjøre hva som kan sabotere gjennomføring av endringer og håndtering av tilbakefall foregår gjennom hele kurset. Bruk av ulike refleksjonsverktøy og strukturert veiledning gir deltakerne hjelp til å bli bevisste på hvordan tanker og følelser kan påvirke handlinger (17). Flere deltakere sier at de spiser for å dempe stress, derfor legges også til rette for stressmestring gjennom oppmerksomhetstrening (18).

Anerkjennelse av deltakernes følelser og perspektiver uten å fordømme, kritisere eller skape

skyldfølelse er grunnleggende for endringsprosesser (17). Gruppeveilederne fokuserer på løsninger og deltakernes ressurser, hva deltakerne ønsker å gjøre og hva de lykkes med. Samtidig utfordres deltakerne med spørsmål som fremmer refleksjon over alternative strategier, løsninger og handlinger. Ved å stille de viktige spørsmålene i stedet for å komme med de «riktige» svarene og løsningene, kan deltakerne få hjelp til å reflektere over egne tanker, følelser og atferd i ulike stadier av endringsprosessen. Dette er en vesentlig forutsetning for å ta kontroll over eget liv og endre atferd. Tilnærming og prosesser som kjennetegner Startkurs slik det er beskrevet ovenfor, betegner vi som selvstyrkende metoder. Det gruppebaserte tilbudet gir også et fellesskap med andre i samme situasjon, noe som oppleves positivt (2), og når oppmerksomhet på kropp og overvekten nedtones kan egenverdet styrkes.

DATAANALYSE

Vi benyttet følgende statistiske tester: parvise t-tester for å sammenlikne gjennomsnittsverdier målt på ulike tidspunkter, Fishers eksakte test og kji-kvadrat for å undersøke ulikheter i fordeling mellom menn og kvinner; Cohens koeffisient d ble brukt til å beregne endring; d-verdier = 0,40 ble regnet å være klinisk signifikante (19). Vi brukte SPSS 18,0 for alle analyser.

ETIKK

Studien ble godkjent av REK (Ref.nr S-08662c 2008/17575). Alle studiedeltakere samtykket skriftlig.

RESULTATER

I denne delstudien besto utvalget av 67 deltakere (47,9 prosent)

som hadde valid respons på de aktuelle variablene ved baseline og 12 måneders oppfølging (Tabell 1). Deres gjennomsnittsalder (43,3 år) var ikke forskjellig fra de 75 som ikke svarte/ikke hadde fylt ut alle skjema (drop-outs) ved 12 måneders oppfølging (41,7 år), andelen kvinner (74,6 prosent) var ikke forskjellig fra andelen blant dropouts (66,7 prosent), andelen med utdanning over 12 år (35,8 prosent) var ikke forskjellig fra andelen blant dropouts (29,3 prosent), men deltakerne hadde signifikant høyere andel som var i arbeid (68,7 prosent) enn andelen blant dropouts (41,9 prosent, $p = 0,001$). Vi fant ingen forskjeller i mestringsforventning mellom studie-

utvalget og dropouts, men det var en trend i retning av høyere selvfølelse blant utvalget (gjennomsnitt = 10,7) sammenliknet med drop-outs (gjennomsnitt = 9,9, $t = 1,8$, $p = 0,07$).

Hos mennene i utvalget var gjennomsnittsalderen ved baseline 43,8 år (standardavvik 8,8 år), mens den var 43,2 år (standardavvik 10,8 år) for kvinnene. De fleste var kvinner og en større andel menn enn kvinner var i arbeid, ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kvinner og menn ble funnet. Gjennomsnittlig skåre for mestringsforventning blant menn var 28,0 (standardavvik 6,5), mens tilsvarende skåre for kvinner var 26,2 (standardavvik 6,7). Gjen-

TABELL 1: Demografiske data for menn og kvinner ved kursstart (N=67)

	Menn		Kvinner	
	Antall	%	Antall	%
	17	(25,4)	50	(74,6)
Utdanning				
> 12 år	5	(29,4)	19	(38,0)
inntil 12 år	12	(70,6)	31	(62,0)
Arbeid				
I arbeid	15	(88,2)	31	(62,0)
Ikke i arbeid	2	(11,8)	19	(38,0)

Alle p-verdier > 0,05

TABELL 2: Endringer i utvalget fra kursstart til ett års oppfølging (N = 67)

Variabler	Før kursstart		Ettårsoppfølging	Test	Effekt-størrelse ¹		
	Skala	Gj.snitt (standard avvik)	Gj.snitt (standard avvik)	t	p	d	
Mestringsforventning	10–40	26,7 (6,6)	30,1 (6,2)	4,58	<0,001	0,53	
Selvfølelse	4–16	10,7 (2,7)	12,2 (2,5)	5,17	<0,001	0,58	

¹Cohens d

nomsnittlig skåre for selvfølelse blant menn var 11,2 (standardavvik 2,3), mens tilsvarende skåre for kvinner var 10,5 (standardavvik 2,9). Endringer i selvfølelse og mestringsforventning fra kursstart til ettårs oppfølgingen (Tabell 2) var statistisk signifikante og endringene var klinisk signifikante.

Det ble undersøkt om det var forskjeller i mestringsforventning eller selvfølelse mellom dem som gjennomgikk overvektskirurgisk behandling i perioden etter gjen-

(23). Økt mestringsforventning som vi fant etter 12 måneder kan knyttes til dette. Deltakerne mestringsforventning økte gradvis gjennom året (24). Å nå egne mål gir opplevelse av personlig kontroll. Man erfarer å ha både kunnskaper og verktøy som kan bidra til varig endring av atferden (21, 22). Mestringsforventning blir styrket gjennom positive erfaringer knyttet til egen atferd, særlig når man klarer å endre uønsket atferd. En strukturert handlingsplan

anbefaler at pasientkurs fokuserer på gruppeprosessene. Også norske studier av overvektige kursdeltakere har rapportert om gruppens betydning (29,30).

Studien hadde et prospektivt engruppdesign uten kontrollgruppe. Hensikten med studien var kjent både for kurslederne og deltakerne. Dette er svakheter som kan ha påvirket resultatvariablene i positiv retning. Oppfølgingstidspunktet var imidlertid et helt år etter kurset var avsluttet, noe som reduserte det spesielle ved å delta i forskning og dermed reduserte en mulig Hawthorne-effekt på resultatmålet (31). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i selvfølelse og mestringsforventning mellom ikkeopererte deltakere og de som var operert ved ettårsoppfølgingen. Studiens engruppe design medførte at det ikke kunne kontrolleres for andre variabler som kan ha innvirket positivt på deltakernes selvfølelse og mestringsforventning.

Det var relativt stort frafall av deltakere ved ettårsoppfølgingen, men frafallsanalysen viste minimale forskjeller i sosiodemografiske variabler mellom utvalget og dem som ikke deltok i ettårsoppfølgingen. Ved kursoppstart var nivået av selvfølelse og mestringsforventning likt for dem som deltok og de som ikke deltok i ettårsoppfølgingen. Dette antyder at funn fra studien kan generaliseres til deltakere på tilsvarende kurs for personer med sykkelig overvekt.

KONKLUSJON

Resultatene fra denne studien viser at deltakernes mestringsforventning og selvfølelse hadde en klinisk signifikant økning ett år etter fullført Startkurs. Kurset fokuserer ikke på vekt-nedgang, men på å tilegne seg

” Å nå egne mål gir opplevelse av personlig kontroll.

nomført kurs, og dem som ikke gjorde det. Ingen statistisk signifikante forskjeller ble funnet ved 12 måneders oppfølging (data ikke vist).

DISKUSJON

Et år etter avsluttet Startkurs var det signifikant økning i deltakernes selvfølelse og mestringsforventning. På Startkurset ble det benyttet prinsipper fra kognitiv teori som også er brukt i intervensjonsstudier med overvektige som har funnet økning i selvfølelse (20–22). At styrking av selvfølelsen bidrar til langvarig vekt-nedgang er rapportert (20,21) og knyttes til at personene opplever økt psykologisk velvære.

Intensjonen bak Startkurset er at deltakerne oppdager egne ressurser og blir styrket til å ta kontroll over eget liv. Vi mener deltakernes eget arbeid med selvstyrkende metoder er viktige bidrag til de positive endringene i selvfølelse og mestringsforventning. Å arbeide ut fra en individuell handlingsplan er et godt verktøy for egenmestring og motivasjon for å nå målene

og mestringsforventning ser ut til å være hovedelementer når det gjelder å få i stand kostholdsendringer (25). En metaanalyse (26) av intervensjonsstudier basert på teorien om mestringsforventning (14) har dokumentert positiv effekt hos kronisk syke når det gjelder varige livsstilsendringer, selvurdert helse, egenmestring og reduksjon av symptomer.

En forutsetning for å arbeide med selvstyrkende metoder i gruppe er en trygg sosial arena preget av anerkjennende holdning. Dette åpner for at deltakerne også kan våge å snakke om uønsket atferd. I intervjustudier har deltakere etter avsluttet Startkurs fortalt at kvaliteten i møter med helsepersonell var avgjørende for motivasjon til å endre vaner (2,27). Et trygt sosialt miljø der man kan gi av seg selv (tanker, følelser, atferd) og få tilbakemelding fra andre, kan styrke selvfølelsen (28). Å delta i gruppe med andre som har lignende erfaringer ser deltakerne som en viktig faktor når det gjelder å kunne nå sine mål. Marks m.fl. (25) knytter bedring av mestringsferdigheter til dette og

kunnskap, identifisere, utfordre og endre uhensiktsmessige tanker og atferd og å ta kontroll over eget liv. Dette innholdet kan ha bidratt til resultatene, selv om også andre forhold kan ha medvirket til slike positive endringer i løpet av året. Det er viktig å undersøke om selvstyrkende metoder har positive resultater over lengre tid for

studiedeltakerne. Deltakernes erfaringer med bruk av handlingsplan kan ha verdi også etter kurset, da det er et verktøy som skaper bevissthet om utfordringer og mestringsmål. De selvstyrkende metodene som ble benyttet i Startkurset er også relevante for andre diagnosegrupper fordi anerkjennelse av og fokus på personenes egne ressurser

er sentralt i alle situasjoner der læring og endring er målet. Det er behov for flere studier på hvilken betydning kurs for pasienter og pårørende har for selvfølelse og mestringsforventning særlig i situasjoner med langvarige helseutfordringer. Både spørreundersøkelser og intervjustudier kan bidra med ytterligere kunnskap på dette feltet.

REFERANSER

1. Nygaard E, Kårikstad V. Prioriteringsveileder – Sykelig overvekt. Helsedirektoratet, Oslo. 2009.
2. Borge L, Christiansen B, Fagermoen MS. Motivasjon til livsstilsendring hos pasienter med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning* 2012;7:14–22.
3. Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments. *Can Fam Physician* 2008;54:543–47.
4. Hvinden K. Etablering av Lærings- og mestringssettene. I: Lerdal A., Fagermoen MS (red). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2011.
5. Hoel G, Mjelva SU, Fryjordet J, Sletnes T, Shuja AL, (red.). «Pulsene opp for bedre helse» - Forebyggende og helsefremmende arbeid. Statusrapport. Den norske legeforening, Oslo. 2012.
6. Steirhaug S, Hatling T, Bringager N. Evaluering av Nasjonal kompetansesenter for læring- og mestring. Sintef, Oslo. 2008.
7. Lerdal A, Andenæs R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B, Eide H, Hvinden K, Fagermoen MS. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Qual Life Research* 2011;20:1187–96.
8. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey. 1965.
9. Rosenberg M. *Conceiving the self*. Basic Books, New York. 1979.
10. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *Am Sociol Rev* 1995; 60: 141–57.
11. Ystgaard M. Sårbar ungdom og sosial støtte. Rapport nr. 1/1993. Senter for sosialt nettverk og helse, Oslo. 1993.
12. Tamsk K. Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosom Med* 2004; 66:776–82.
13. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. I: Weinman J., Wright S., Johnston M (red). *Measures in health psychology: A user's portfolio*. NFER-Nelson, Windsor. 1995.
14. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman and Company, New York. 1997.
15. Schwarzer R, Scholz U. Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture. Tokyo, Japan. 2000.
16. Bonsaksen T, Hustadnes AL, Axelsen P, Bjørnsborg E. Lærer å mestre sykkelig fedme. *Tidsskr Sykepleien* 2011;2:58–60.
17. Barth T, Børtveit T, Prescott P. *Endringsfokuset rådgivning*. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2001.
18. de Vibe M, Moum T. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:1898–902.
19. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;112:155–9.
20. Palmeira AL, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Silva MN, Vieira PN, Barata JT, Serpa SO, Sardinha, LB, Teixeira PJ. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image* 2010;7: 187–93.
21. Werrij MQ, Jansen A, Mulkens S, Elgersma HJ, Ament AJHA, Hospers H. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *J Psychosom Res* 2009;67:315–24.
22. Johansen V, Andreassen R. Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. *Tidsskr Kognitiv Terapi* 2010;11:7–13.
23. Teixeira JP, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9:22.
24. Bonsaksen T, Fagermoen MS, Lerdal A. Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Psychology & Health* 2014; 29:350–64.
25. Kreausukon P, Gellert P, Lippke S, Schwarzer R. Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *J Behav Med* 2012; 35:443–51.
26. Marks R, Allegrante JP, Lorig KA. A review and syntheses of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice. *Health Promot Pract* 2005;6:37–43.
27. Smedsrød ML. Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering. Masteroppgave. Nordic School of Public Health, Göteborg. 2012.
28. Swann WB, Chang-Schneider C, McClarty KL. Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist* 2007; 62:84–94.
29. Mæhlum S, Danielsen KK, Heggebø LK, Schiøll J. The Hjelpe24 NIMI Ringerike obesity clinic: an inpatient programme to address morbid obesity in adults. *Br J Sports Med* 2012;46:91–4.
30. Nossom R, Rise M, Steinsbekk A. Patient education – Which parts of the content predict impact on coping skills? *Scand J Public Health* 2013; 41:429–35.
31. Campbell JP, Maxey VA, Watson WA. Hawthorne effect: implications for pre-hospital research. *Ann Emerg Med*; 1995; 26:590–94. Referanser

Les kommentaren på side 224 >>