



Bachelorgradsoppgave

Forebygging av diabetes mellitus type 2

Preventing diabetes mellitus type 2

Fokus på tiltak og virkemidler som bidrar til livsstilsendring

Focusing on measures and means that contribute to lifestyle change

Forfattere

Elisabeth Sundnes og Vilde Moeng Sende

Antall ord: 10000

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



*“Det skal lønne seg å forebygge sykdom i
forkant i stedet for å reparere i etterkant”*

(Regjeringen 2008 - 2009)

Abstrakt

Introduksjon: Diabetes mellitus type 2 er en sykdom som øker i forekomst både i Norge og på verdensbasis. Det viser seg derimot at omtrent halvparten av nye tilfeller kan unngås gjennom forebyggende livsstiltak hos personer med økt risiko for sykdommen. Derfor settes forebyggende arbeid mer i fokus i norsk helsesektor, hvor kommunene har en viktig rolle. På bakgrunn av dette vil sykepleiere trolig få en økende forebyggende funksjon i fremtiden. Selv om det er kjent at sykdommen kan forebygges gjennom livsstilsendring, ble det sett på som interessant å undersøke nærmere hva som bidrar til at disse endringene oppstår. **Hensikt:** Belyse hvordan ulike tiltak og virkemidler i sykepleie kan bidra til livsstilsendring hos pasienter i risiko for å utvikle diabetes mellitus type 2. **Metode:** En allmenn litteraturstudie hvor resultatet fra 14 vitenskapelige artikler ble gransket, analysert og kategorisert. Artiklene inneholdt en kombinasjon av kvalitative – og kvantitative data. **Resultat:** Både individuelle, - gruppe - og kombinerte intervensjoner bidrar til å skape livsstilsendring. Gruppe - og individuelle intervensjoner viser dessuten å ha god effekt på deltakernes egen mestringsforventning. Fokus på forhåndsbestemte mål bidrar til en positiv effekt, samtidig som at økt kunnskap, en god relasjon, sosial støtte og en følelse av omsorg, oppleves som nyttig, og er av stor betydning for deltakerne. **Diskusjon:** Resultatet er blitt diskutert opp mot både teori og relevant faglitteratur, for dermed å belyse sykepleiers funksjon opp mot hensikten. Flere ulike virkemidler er av betydning, da de på ulike måter påvirker pasientens grad av livsstilsendring. De har dessuten betydning for at endringene skal kunne opprettholdes over tid. I tillegg til at det ses en sammenheng mellom de ulike virkemidlene og pasientenes livsstilsendring, ses det en sammenheng mellom de ulike virkemidlene. Det viser seg derimot at mange sykepleiere ikke føler seg kompetente nok i veiledningsarbeid, noe som tyder på at nettopp dette bør være et viktig satsningsområde i fremtiden. **Konklusjon:** Det finnes ulike veier å gå for å oppnå livsstilsendringer, da både individuelle, - gruppebaserte – og kombinerte intervensjoner på ulike måter viser til positiv effekt på livsstilsrelatert atferd. Flere sykepleierelevante virkemidler vil være gunstig å ta i bruk under disse intervensjonene, da de påvirker graden av endring.

Nøkkelord: diabetes mellitus type 2, livsstil, primærforebygging, veiledning, motivasjon, mestringsforventning

Key words: diabetes mellitus type 2, lifestyle, primary prevention, counseling, motivation, self-efficacy

Innholdsfortegnelse

1.	INTRODUKSJON.....	1
1.1.	Hensikt med oppgaven	2
2.	METODE.....	3
2.1.	Fremgangsmåte ved søk av litteratur	3
2.1.1.	Hånd søk.....	3
2.2.	Inklusjons – og eksklusjonskriterier.....	4
2.3.	Granskning av artiklene	4
2.4.	Analyse	6
2.5.	Etiske vurderinger	6
3.	RESULTAT.....	7
3.1.	Individuell livsstilsintervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring.....	7
3.2.	Gruppeintervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring	9
3.3.	Kombinert intervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring.....	10
4.	DISKUSJON.....	12
4.1.	Resultatdiskusjon	13
4.1.1.	Fokus på en god relasjon og pasientens opplevelse av omsorg.....	13
4.1.2.	Avgjørende virkemidler ved sykepleierens pedagogiske funksjon	16
4.1.3.	Sosial støtte som et virkemiddel for å bidra til livsstilsendring	18
4.1.4.	Styrking av pasientenes mestringsforventning, og langvarig oppfølging for å bidra til varig endring.....	19
4.1.5.	Avsluttende resultatdiskusjon	22

4.2. Metodediskusjon 23

5. KONKLUSJON 25

LITTERATURLISTE..... 26

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Oversikt over søkestrategier

Vedlegg 2 – Mal for granskning av forskningsartikler

Vedlegg 3 – Skjema for vurdering av forskningsartikler

Vedlegg 4 – Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 5 – Eksempel på hvordan kategoriene ble til

1. INTRODUKSJON

Diabetes mellitus type 2 (DMT2) er en sykdom som øker i forekomst både i Norge og på verdensbasis, spesielt i den vestlige verden. Det anslås at omtrent 350 000 - 400 000 nordmenn har diabetes, hvor de fleste har DMT2 (Møinichen 2014 og Diabetesforbundet 2014). Sykdommen rammer oftest personer over 40 år, men stadig yngre får stilt diagnosen (Diabetesforbundet 2014 og Jenssen 2011). Overvekt og fysisk inaktivitet er de klart viktigste risikofaktorer for utvikling av sykdommen (Claudi 2009). En økende forekomst av overvekt kan derfor resultere i større utbredelse av DMT2 i fremtiden (Sagen 2011). På verdensbasis anslås det at hele en av tre er overvektig, noe som også forventes å øke i forekomst i fremtiden. Forekomsten av nedsatt glukosetoleranse (IGT), en mellomtilstand i utvikling av sykdommen, er ukjent. Det er likevel grunn til å anta at omtrent like mange har IGT som DMT2 (Claudi 2009).

DMT2 er en hormonell livsstilssykdom som ofte utvikler seg over tid (Sagen 2011 og Midthjell 2011). Sykdommen karakteriseres av varierende grad av insulinresistens og relativ insulinmangel (Claudi 2009). Insulinresistens innebærer at insulinets effekt på muskel-, lever- og fettceller er nedsatt. Dersom de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen ikke klarer å kompensere for insulinresistensen med økt insulinfrigjøring, vil blodsukkeret begynne å stige (Jenssen 2011). DMT2 er den lengst fremskredne formen for metabolsk syndrom. Typisk for metabolsk syndrom er overvekt, økt midjeomkrets, høyt blodtrykk og høye nivåer av triglyserider i blodet, og er dermed karakteristisk for de som er i risiko for å utvikle sykdommen (Jenssen 2011).

I følge samhandlingsreformen skal det lønne seg å forebygge fremfor å reparere. På bakgrunn av dette settes forebyggende arbeid mer i fokus i norsk helsesektor (Regjeringen 2008 - 2009). Omtrent halvparten av nye tilfeller av DMT2 kan nemlig unngås gjennom forebyggende livsstiltak til personer med økt risiko for sykdommen. Ved generell overvekt, nedsatt glukosetoleranse, og/eller metabolsk syndrom, vil det altså være viktig at intensive tiltak igangsettes (Midthjell 2011). I både lov om folkehelsearbeid § 4 og i lov om kommunale helse – og omsorgstjenester § 3-2 blir det påpekt at kommunene har en viktig rolle i dette arbeidet (Folkehelseloven 2011 og helse – og omsorgstjenesteloven 2011).

Forebyggende arbeid for å fremme livsstilsendring er kompleks sykepleievirksomhet. Dette på grunn av at det å være i risiko for å utvikle DMT2 kan oppleves som en personlig krise for den enkelte. Pasienten kan oppleve at han befinner seg i en utsatt posisjon hvor det å være frisk, ikke lenger er en

selvfølge. Denne rollen vil kunne påvirke mange områder ved pasientens liv. Det å skulle endre livsstil kan dessuten oppleves som svært krevende, da det ofte innebærer å endre mye ved det livet pasienten tidligere har levd (Kristoffersen 2011a og Helsedirektoratet 2013). For å kunne lykkes i dette arbeidet vil det derfor være viktig at pasienten har tilstrekkelig kunnskap, er motivert, og ikke minst har tro på egen mestringsevne (Kristoffersen 2011a og Mosand og Stubberud 2010).

På bakgrunn av det som er beskrevet er det tydelig at det er vel kjent at DMT2 kan forebygges gjennom livsstilsendring (Midthjell 2011). Det som derimot ses på som interessant å undersøke nærmere, er hva som bidrar til at disse endringene oppstår. Temaet er et sykepleierrelatert problem, da sykepleiere trolig vil få en økende forebyggende funksjon i fremtiden, samtidig som at forekomsten av personer i risiko for utvikling av sykdommen stadig øker (Møinichen 2014 og Diabetesforbundet 2014). Det vil være viktig å utføre denne allmenne litteraturstudien, da den trolig vil kunne bidra til å øke sykepleieres kunnskap omkring hva som bidrar til at livsstilsendringer oppstår.

Det er blitt valgt å fokusere på forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten. Grunnen til dette er det økende fokuset på forebygging i kommunene (Regjeringen 2008–2009). Oppgaven tar utgangspunkt i et pasientperspektiv. Dette på grunn av et ønske om å belyse hvilken effekt ulike tiltak og virkemidler har på personer med økt risiko for DMT2. I diskusjonen er det blitt diskutert sykepleiers funksjon opp mot hensikten. Det som menes med tiltak i denne oppgaven er de ulike intervensjonene som er blitt utført i den hensikt å endre livsstilen hos pasientene. Virkemidler ses på som ulike deler ved disse intervensjonene, som er med på å bidra til at livsstilsendring oppstår.

1.1. Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne allmenne litteraturstudien er å belyse hvordan ulike tiltak og virkemidler i sykepleie kan bidra til livsstilsendring hos pasienter i risiko for å utvikle diabetes mellitus type 2.

Med livsstilsendring menes endring av de vanene som preger individer i hverdagen, med fokus på endring av kosthold og fysisk aktivitet. Pasienter i risiko innebærer personer som på grunn av sin livsstil har pådratt seg en økt sannsynlighet for å utvikle DMT2. Altså personer som er overvektig, har nedsatt glukosetoleranse, - og/eller har utviklet metabolsk syndrom.

2. METODE

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie som bygger på resultater fra 14 forskningsartikler. En allmenn litteraturstudie kan beskrives som en forskningsoversikt, hvor hensikten er å samle eksisterende forskning innenfor et område, for deretter å analysere og beskrive den valgte forskningen (Forsberg og Wengström 2008). Metode er fremgangsmåten og verktøyet som brukes for å komme frem til den nye kunnskapen (Dalland 2001).

2.1. Fremgangsmåte ved søk av litteratur

For at andre skal kunne vurdere verdien av datainnsamlingen, vil det være viktig å beskrive fremgangsmåten (Dalland 2001). Søkene ble gjort for å belyse hensikten med oppgaven. Det ble derfor søkt med søkeord som diabetes mellitus type 2, life style, counseling, motivation og motivational interviewing. Søkeordene ble kombinert med hverandre med "AND" og "OR". For å kunne spesifisere søkene ble det gjort avgrensninger i form av abstrakt, full tekst, alder, år og språk. Det ble valgt å søke på både kvantitativ og kvalitativ forskning. Databasene som ble brukt var Medline og Cinahl. De fleste søk ble gjort i Medline, da dette ses på som en stor database med pålitelige referanser til medisinske tidsskrift.

2.1.1. Hånd søk

Når det blir funnet en artikkel som virker interessant for hensikten bør referanselisten studeres, da det her kan finnes flere artikler som berører temaet (Forsberg og Wengström 2008). Tre av de inkluderte artiklene ble funnet på denne måten. Etter å ha lest artikkel "Patient Experiences of a Theory-Based Lifestyle-Focused Group Treatment in the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 diabetes", ble to av de inkluderte artiklene funnet. En av disse ble også funnet i litteraturlisten til flere av de andre inkluderte artiklene. Den tredje artikkelen ble funnet i litteraturlisten til "Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial". Viser nedenfor til et eksempel fra søkene som ble gjort (se vedlegg 1).

Database Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 23.02.15	Abstract Full Text Age groups: adult (19-44) og middle age (45-64) Year published: last 10 years Languages: English	Life Style AND Diabetes Mellitus, Type 2 AND Primary health care	22	22	11	3	1

Utvalg 1: lest artiklenes tittel

Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for granskning og vurdering

2.2. Inklusjons – og eksklusjonskriterier

For å kunne spesifisere oppgaven så mye som mulig, ble det tatt hensyn til både inklusjons – og eksklusjonskriterier. Personer i risiko for å utvikle DMT2 er et inklusjonskriterium, da dette er et viktig fokus i oppgaven. Personer i aldersgruppen 19–65 år er også et inklusjonskriterium. Årsaken til dette er at forekomsten av personer i risiko er sjeldnere i yngre alder enn for voksne, samtidig som at personer over denne aldersgruppen sannsynligvis allerede har utviklet DMT2. Dessuten vil valg av tiltak og virkemidler til barn være annerledes enn for voksne. Forskningsartikler fra de siste ti år er blitt prioritert, da disse vil kunne vise til den nyeste forskningen. Andre inklusjonskriterier som er blitt valgt er forebygging, livsstilsendring, originalartikler og at artiklene har et pasientperspektiv. Artikler som omhandler pasienter som allerede har fått stilt diagnosen, ble ekskludert. Det samme gjelder artikler som har et sykepleieperspektiv og oppsummerte artikler, ”reviews”, da disse ikke er kvalifisert som vitenskapelige artikler som skal benyttes i denne oppgaven.

2.3. Granskning av artiklene

Granskning av artikler er nødvendig for å finne ut i hvilken grad dataene er relevante for hensikten (Dalland 2001). Ved granskning av artiklene ble tatt i bruk en mal (vedlegg 2). Først ble titlene vurdert opp mot hensikten for oppgaven. Artikler som ut i fra tittelen virket relevante, ble nærmere undersøkt ved å lese abstraktet. Deretter ble det undersøkt om artiklene var skrevet i IMRaD-

struktur. IMRaD innebærer at artiklene er bygd opp med delene introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette er et hjelpemiddel når forskning skal vurderes kritisk, da de fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter dette prinsippet (Nortvedt m.fl. 2012). Det ble også undersøkt om artiklenes forfattere var tydelig presentert med yrke og arbeidssted. Videre ble artiklene lest i sin helhet. Når artiklene ble lest, ble det vurdert om de kunne være med på å belyse hensikten. Det ble også vurdert om de ulike delene (introduksjon, metode, resultat og diskusjon) var av god kvalitet. Det ble også undersøkt om artiklene var godkjent av etisk komité, og om de var publisert i pålitelige tidsskrifter. Artiklene som ble vurdert for oppgaven ble skrevet inn i et skjema (se vedlegg 3). Til slutt ble 14 artikler valgt ut for oppgaven, som ble ført inn i en egen tabell (vedlegg 4). Viser her til et eksempel:

Artikkel nr.	Forfattere År Tittel Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltagere Frafall Alder	Hoved resultat	Kommentar i forhold til kvalitet
6	Greaves C J, Middlebrooke A, O`Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, Gale T, Hammerton F og Daly M (2008) Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial British Journal of General Practice Storbritannia	Vurdere effekten av individuell, atferdsrådgivning ved bruk av motiverende intervju-teknikker, for å redusere risikoen for DMT2	Design: kvantitativ, randomisert kontrollert studie Instrument: antropometriske målinger Intervensjon: Vurdert effekt av individuell atferdsrådgivning ved bruk av motiverende intervju-teknikker i forhold til vekttap og mengde fysisk aktivitet	Deltakere: 141 Frafall: 26 Alder: > 18 år	Individuell atferdsrådgivning ved bruk av motiverende intervju-teknikker, gitt av blant annet helsesøster og rehabiliteringssykepleiere, fører til vektreduksjon og økt mengde fysisk aktivitet	Etisk godkjenning gitt av North and East Devon Local Research Ethics Committee Deltakerne ga skriftlig samtykke om å delta i studien Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den viser at individuell atferdsrådgivning ved bruk av individuelle motivasjonsteknikker gitt av blant annet sykepleiere, fører til livsstilsendring

2.4. Analyse

Analyse blir beskrevet som et granskningsarbeid som skal finne ut hva materialet forteller (Dalland 2001). Etter at 14 artikler hadde blitt valgt, ble stikkord fra hver artikkels resultat skrevet ned. Ut i fra dette ble det dannet meningsbærende enheter. Det vil si deler fra artiklenes resultat som kunne brukes for å belyse hensikten. De meningsbærende enhetene ble fargekodet, slik at det på denne måten ble lettere å se sammenhenger, likheter og ulikheter mellom funnene. Ut i fra fargekodene ble de meningsbærende enhetene samlet til sub-kategorier. Disse ble til slutt samlet til kategorier som er blitt brukt som overskrifter i oppgavens resultatdel. Se vedlegg 5 for et eksempel.

2.5. Ethiske vurderinger

Etikk dreier seg om normer for riktig og god atferd. Etikk i denne sammenhengen innebærer å komme frem til ny kunnskap og innsikt, uten at det går på bekostning av deltakerens velferd og integritet (Dalland 2001 og Polit og Beck 2004). Alle de inkluderte artiklene er godkjent av etisk komitè og har gjort en anonymisering av deltakerne. Samtidig kommer det frem i de fleste studiene at deltakerne ga skriftlig samtykke om å delta. I følge Slettebø (2012) er nemlig kravet om informert og frivillig samtykke et ufravikelig prinsipp. Oppgaven inkluderer både artikler som støtter hensikten, men også noen som viser til det motsatte. Dette på grunn av at selv om de ikke støtter hensikten, tilfører de oppgaven noe vesentlig. Både forskningsresultatene og annen relevant teori er blitthenvist til etter gjeldende regler. Dette for å være tro mot de som har gjort arbeidet, og for å forhindre plagiat (Forsberg og Wengström 2008).

3. RESULTAT

Resultatkapitlet inneholder resultat fra de 14 ulike forskningsartiklene, og er ut i fra deres hovedfunn delt inn i tre kategorier.

3.1. Individuell livsstilsintervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring

Individualisert motiverende rådgivning, basert på en modell for stadier for atferdsendring, viser seg å ha god effekt for å skape livsstilsendring (Oldroyd m.fl. 2005). Dette ses gjennom endring i kosthold, vekt, glukosetoleranse og insulinfølsomhet. Disse funnene støttes av studien til Tuomilehto m.fl. (2001) som viser at en intervensjon med fokus på detaljerte og individuelle kostholdsråd gitt av ernæringsfysiolog, har god effekt for å skape livsstilsendring hos personer med IGT. Intervensjonen vektla konkrete, forhåndsbestemte mål, og viser forbedring i form av blant annet reduksjon av kroppsvekt, livvidde, triglyserider, blodtrykk og fastende blodsukker. Gjennom en forbedring av disse risikofaktorene, ble forekomsten av DMT2 redusert med hele 58 %. En reduksjon av kroppsvekt og livvidde som følge av individualisert kontakt med ernæringsfysiolog som fokuserte på forhåndsbestemte mål, viser seg også i studien gjennomført av Ash m.fl. (2006). Samtidig viser det seg at motiverende intervju (MI) som metode har god effekt, når det blir fokusert på forhåndsbestemte mål for vekttap og fysisk aktivitet (Greaves m.fl. 2008). I følge studien til Tuomilehto m.fl. (2001), utviklet ikke diabetes seg hos noen av deltakerne som oppnådde fire til fem av de fem målene som ble presisert før oppstart.

Individuell motiverende rådgivning over to år viser seg å ha positiv effekt, både på endring av gjennomsnittlig hvilepuls og på deltakernes egenrapportering av fysisk aktivitet (Oldroyd m.fl. 2005). Dette støttes av studien til Tuomilehto m.fl. (2001) som viser at deltakerne som mottok individuell livsstilsintervensjon rapporterte om større grad av endring i kost og mosjonsvaner, sammenlignet med de som kun mottok generell informasjon. Studien til Nilsen m.fl. (2011) viser også til positive effekt som følge av en individuell intervensjon, hvor pasientenes aerobe kapasitet økte. I tillegg ses positive forbedringer i forhold til både vekt, BMI, livvidde og kosthold. Ash m.fl. (2006) viser at sannsynligheten for å være i tilstrekkelig aktivitet er tre ganger lavere hos de som deltok i individuell intervensjon, sammenlignet med de som deltok i en gruppeintervensjon. Studien viser derimot forbedring i pasientenes tro på egen mestringsevne. I en oppfølgingsstudie hvor de langsiktige effektene av individualisert rådgivning ble undersøkt, kommer det frem at endringene av både

kroppsvekt, fysisk aktivitet og ernæring forble positiv etter at intervensjonen ble avsluttet (Lindström m.fl. 2006). Studien baserte seg på årlige besøk av sykepleiere, og viser altså at individuell livsstilsrådgivning resulterer i vedvarende endringer av livsstilsrelatert atferd, og dermed til en reduksjon i forekomst av DMT2.

I følge studien til Greaves m.fl. (2008) har individualisert atferdsrådgivning, gitt av helsesøstre og rehabiliteringssykepleiere ved bruk av motiverende intervjuetnikker, god effekt. Flere av deltakerne som mottok individuelle MI-konsultasjoner oppnådde målet for vekttap (5 %), sammenlignet med de som kun mottok standardiserte anbefalinger om kosthold. Når det gjelder fysisk aktivitet viser metoden også effekt, selv om forskjellene ikke var signifikante (Greaves m.fl. 2008). Studien til Whittemore m.fl. (2009) viser at individualisert livsstilsprogram levert av sykepleiere med opplæring i MI, førte til positive endringer i kosthold og økt prioritering av aktivitet i hverdagen.

Deltakertilfredsheten var høy, og deltakerne rapporterte å ha lært mye etter å ha deltatt i intervensjonen. Spesifikt rapporterte de å ha lært mye om seg selv, og om det å gjøre aktiviteter som de i utgangspunktet ikke likte, men som de lærte var bra for dem (Whittemore m.fl. 2009). Disse funnene er motstridende til studien til Lakerveld m.fl. (2013), som viser at MI, gitt av sykepleiere i primærhelsetjenesten, ikke førte til mer betydelige livsstilsendringer sammenlignet med kun å utgi generelle helsebrosjyrer. I studien til Oldroyd m.fl. (2005) som også inkluderte MI, viser det seg at kun 14 av 78 deltakere deltok på alle avtalene i løpet av to år. Studien til Whittemore m.fl. (2009) brukte i tillegg til MI, undervisning om ernæring, fysisk aktivitet og forebygging. Studien viser at økt kunnskap om egen helse var med på å motivere deltakerne til å endre livsstil, og bidro til en forbedring av helserelatert atferd. Spesielt var kunnskap om porsjonsstørrelser, bedre matvalg, betydningen av vekttap og viktigheten av trening viktig for at livsstilsendring skulle skje.

Av flere studier kommer det frem at relasjonen til den som gir intervensjonen og en følelse av omsorg var viktig for deltakerne (Walseth m.fl. 2011, Whittemore m.fl. 2009 og Ljung m.fl. 2013). Det var betydningsfullt at intervensjonen ble gitt av en pasientene kjente, og som hadde kunnskap om deres aktuelle situasjon (Walseth m.fl. 2011). Dette støttes av studien til Whittemore m.fl. (2009), som viser at deltakerne verdsatte at programmet var på et kjent sted og levert av en kjent person. En god relasjon skapte en situasjon hvor deltakerne tolererte rådgivningen bedre, ble mer motiverte, og følte seg mer forpliktet til livsstilsendring. Rådgivning som baserte seg på en god relasjon ble dessuten oppfattet som mer omsorgsfull og respektfull (Walseth m.fl. 2011). Deltakerne vurderte livsstilsendring som et krevende arbeid, og følte på bakgrunn av dette behov for omsorg (Walseth m.fl. 2011). I følge studien til Ljung m.fl. (2013) hadde mange av deltakerne en oppfattelse av at

rådgiverne var oppriktig interessert i dem og sine livsstilsendringer. På denne måten viste de omsorg, som var av stor betydning. Walseth m.fl. (2011) beskriver at deltakerne verdsatte en dobbeltrolle under intervensjonen. Legen burde altså både ha klinisk kompetanse og være en omsorgsperson på samme tid. En slik dobbeltrolle førte til at deltakerne tok mer hensyn til rådene og følte en større forpliktelse for endring. Det var dessuten behov for trøst og oppmuntring dersom resultatene av livsstilsendringen var mindre vellykket. Dette understreker nødvendigheten av en pasientsentrert tilnærming under livstilsrådgivning (Walseth m.fl. 2011).

3.2. Gruppeintervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring

Gruppebaserte intervensjonsprogrammer levert av sykepleiere med kunnskap om diabetesforebygging og motivasjonsteknikker er gjennomførbart i primærhelsetjenesten, og viser til forbedringer av risikofaktorer for utvikling av DMT2 (Gilis-Januszewska m.fl. 2011 og Laatikainen m.fl. 2007). Blant deltakerne som hadde redusert glukosetoleranse ved oppstart, utviklet 40 % normale verdier etter 12 måneder. Over halvparten av deltakerne økte inntaket av frukt og grønnsaker, samt reduserte inntaket av totalt mettet fett i løpet av året. Det skjedde også en reduksjon av BMI, livvidde, total-kolesterol og blodtrykk. Til sammen førte dette til en reduksjon i forekomsten av DMT2 med hele 60 %. På tross av dette skjedde det ingen forbedringer av deltakernes blodsukkernivåer (Gilis-Januszewska m.fl. 2011). Den største forbedringen i studien til Laatikainen m.fl. (2007) skjedde derimot i forhold til blodsukker to timer etter inntak av glukose. Videre kommer det frem at hele 75 % opplevde midjereduksjon, 68 % opplevde vektreduksjon, mens forekomsten av IGT sank fra 34.1 % til 19.8 %. I tillegg oppsto det forbedringer i nivået av kolesterol og triglyserider i blodet, samt diastolisk blodtrykk (Laatikainen m.fl. 2007). Et livstilsfokuseret gruppebehandlingsprogram basert på sosial kognitiv teori viser også til positive effekter, hvor deltakerne uttrykte en lik, positiv opplevelse (Ljung m.fl. 2013). Deltakerne gikk gjennom en prosess av selvutvikling som utdypet deres forståelse for eget ansvar for sin helse, og de forbedret sine ferdigheter i å finne støtte hos andre. På den andre siden viser det seg at kun 24.6 % av deltakerne i gruppeintervensjon nådde målet for vekttap (Gilis-Januszewska m.fl. 2011), og at deltakerne som ikke fullførte studien til Laatikainen m. fl. (2007), hadde høyere score på psykiske plager, angst og depresjon.

Det viser seg at gruppeintervensjoner som omhandlet kunnskap hadde god effekt på livstilsrelatert atferd (Ash m.fl. 2006 og Ljung m.fl. 2013). Konkrete råd om ulike typer livstilsvalg opplevdes som nyttig for deltakerne. Det å ta i bruk en helhetlig tilnærming i veiledningen var også av stor betydning (Ljung m.fl. 2013). Gagnon m.fl. (2011) viser at gruppeseminarer som omhandlet generell

informasjon om kosthold, mosjon, livsstilsendring og fedme, ikke var effektivt for å endre deltakernes livsstil. Denne type intervensjon var ikke forbundet med hverken vekttap eller endringer i insulinfølsomhet.

Både studien til Gilis-Januszevska m.fl. (2011) og Laatikainen m.fl. (2007) brukte sosial støtte og målsetting som en del av intervensjonen. En målsettingstilnærming ble brukt for å motivere enkeltpersoner til å utvikle seg fra et ønske om endring til faktisk atferdsendring (Laatikainen m.fl. 2007). Sosial støtte ble forsterket av gruppesammenhengen, samtidig som at deltakerne ble oppfordret til å søke støtte fra egne sosiale nettverk. Dette var med på å skape livsstilsendringer, og reduserte dermed forekomsten av DMT2 (Laatikainen m.fl. 2007). Dette kommer også frem i studien til Ljung m.fl. (2013), som viser at det å være i en gruppe ble oppfattet som en viktig del av behandlingen. Flere av deltakerne beskrev en spesiell støttende åpenhet i gruppen som gjorde det lettere å dele erfaringer, identifisere seg med andre, og skape avstand fra ens egne problemer. Det å møte andre i samme situasjon ga mulighet til å snakke om tema de ikke følte de kunne snakke med hverken familie eller venner om. Det å være i en gruppe kunne også skape gruppepress, og forårsake at deltakerne sammenlignet seg selv med andre. Dette skapte dermed en indre frykt for å mislykkes (Ljung m.fl. 2013).

En gruppebasert intervensjon med fokus på empowerment førte til betydelig større endringer i vekt og tro på egen mestringsevne, sammenlignet med de som kun mottok informasjonshefte (Ash m.fl. 2006). Dette støttes av studien til Ljung m.fl. (2013) som viser at en livsstilsfokuseret gruppebehandling stimulerte ulike komponenter som styrket pasientenes tro på egen mestringsevne for langsiktig atferdsendring. Intervensjonen førte dessuten til at deltakerne fikk et mer balansert syn på hvordan de kunne implementere og vedlikeholde langsiktig livsstilsendring gjennom å bytte ut automatiske, negative tanker, med mer realistiske tanker.

3.3. Kombinert intervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring

En tverrfaglig tilnærming som inkluderte både individuell rådgivning og gruppeseminarer førte til et signifikant vekttap og metabolske forbedringer hos personer med pre-diabetes (Gagnon m.fl. 2011). Studien viser at gruppeseminarer førte til positive effekter kun dersom det ble gitt sammen med individuell veiledning. Slike positive effekter av en kombinert intervensjon viser seg også i studien til Sakane m.fl. (2011). Intervensjonen ble utført av sykepleiere i primærhelsetjenesten i form av både gruppeøkter og individuelle økter, og viser seg å være gunstig for å forebygge diabetes hos personer

med IGT. I følge studien til Gagnon m.fl. (2011) gikk deltakerne kontinuerlig ned i vekt, og ved slutten av året hadde 36 % oppnådd målet om 7 % vekttap. I tillegg ble fastende blodsukker, blodsukker to timer etter inntak av glukose, insulinfølsomhet, blodtrykk, triglyserid-nivå, og forholdet mellom total-kolesterol og HDL-kolesterol forbedret. Av de med betydelig forhøyet blodsukker ved oppstart av studien, hadde 82 % normale nivåer, og ingen utviklet diabetes i løpet av året (Gagnon m.fl. 2011). Studien til Sakane m.fl. (2011) baserte seg på endringsprosessen, og fokuserte på personlige mål og tro på egen mestringsevne. Studien viser betydelige forbedringer av både kroppsvekt, insulinfølsomhet, ernæring, BMI, livvidde, blodtrykk, fastende blodsukker og blodsukker to timer etter inntak av glukose. Til sammen førte dette til en betydelig reduksjon i den samlede forekomsten av DMT2. I følge Ljung m.fl. (2013), uttrykte flere av deltakerne et ønske om individuell behandling i tillegg til gruppebehandlingen. Årsaken til dette handlet om at gruppebehandling alene kunne oppleves som for generell, og at deltakerne hadde tro på at en samlet, utvidet behandling, ville bidra til å gjøre livsstilsendringen lettere. Studien til Nilsen m.fl. (2011) viser at et gruppebasert tverrfaglig program kombinert med en individuell intervensjon gitt av blant annet sykepleiere, ikke førte til mer uttalte livsstilsendringer enn den individuelle intervensjonen gjorde alene, selv om den i seg selv viste å ha effekt, både i forhold til aerob kapasitet, vekt, BMI, livvidde og kosthold.

4. DISKUSJON

Resultatet viser at individuelle, - gruppe - og kombinerte intervensjoner fører til både fysiologiske, - psykologiske - og atferdsmessige endringer. De fysiologiske endringene viser seg i form av blant annet vekt – og midjereduksjon, og dermed som indirekte indikasjoner på livsstilsendring. De psykologiske endringene ses gjennom økt motivasjon - og tro på egen mestringsevne, mens atferdsendringene innebærer både endringer i kosthold og mengde fysisk aktivitet. Endringene etter individuell intervensjon viser seg dessuten å opprettholdes over tid. Både gruppeintervensjoner og individuelle intervensjoner har ofte fokus på forhåndsbestemte mål, noe som ser ut til å bidra til en positiv effekt. Økt kunnskap om egen helse oppleves som nyttig for deltakerne, og er med på å motivere til livsstilsendring. Generell rådgivning viser derimot ikke til spesielt god effekt. En god relasjon og følelse av omsorg er av stor betydning for deltakerne, samtidig som at opplevelse av sosial støtte viser seg som en viktig del av gruppeintervensjoner. Derimot kan det å være i en gruppe bidra til gruppepress og frykt for å mislykkes. MI som metode viser til ulik effekt.

I diskusjonen blir det sett på ulike virkemidler ved disse tre typer intervensjoner som kan tenkes bidrar til livsstilsendring, uavhengig av hvilken type intervensjon som er gitt. Hensikten med denne allmenne litteraturstudien er å belyse hvordan ulike tiltak og virkemidler i sykepleie kan bidra til livsstilsendring hos personer i risiko for å utvikle diabetes mellitus type 2.

Resultatet er blitt diskutert opp mot både teori og relevant faglitteratur, for dermed å belyse sykepleiens funksjon opp mot hensikten. Det er blitt valgt å benytte Joyce Travelbee (1971) sin tenkning om kommunikasjon, og etablering av et likeverdig menneske-til-menneske-forhold gjennom fem faser. Hun ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til blant annet å forebygge sykdom. Empowerment som begrep har flere teoretiske forklaringer. Verdens helseorganisasjon beskriver begrepet som en strategi som flytter makt fra fagpersoner over til pasientene (World Health Organization 1986). Psykologen Albert Bandura (1997) har lansert begrepet "*self-efficacy*" eller "*mestringsforventning*". Begrepet innebærer evnen personer har til å sette seg konkrete mål, samt en forventning om å kunne gjennomføre disse målene. Dette forutsetter at de har tro på, - og en indre overbevisning om at de selv er i stand til å utføre bestemte handlinger. Diskusjonen omhandler også MI som metode. MI er en personsentrert, målrettet rådgivningsmetode som har vist seg å være mer hensiktsmessig for både pasient og rådgiver, sammenlignet med tradisjonell rådgivning (Ivarsson 2010). Sett i et sykepleiefaglig - og pedagogisk perspektiv, vil det være nødvendig at sykepleieren både forstår, – og behersker ulike pedagogiske begrep (Christensen og Jensen 2003). Pasientinformasjon handler i stor grad om formidling av kunnskap, og forutsetter at

dette skjer i dialog med pasienten, og på pasientens premisser (Eide og Eide 2011). Veiledning handler derimot om at pasienten skal få større innsikt, og dermed et bedre grunnlag for å velge hensiktsmessige handlinger (Lauvås og Handal 1997). Formålet med veiledning dreier seg også om en konfrontasjon med eget ståsted, som kan føre til ny forståelse og endrede holdninger (Christensen og Jensen 2003). Sykepleiers pedagogiske funksjon kan kobles opp mot de ulike fasene i en endringsprosess (Eide og Eide 2011). I følge Barth m.fl. (2013) mener Prochaska og DiClemente, 1982, at varig atferdsendring kan ses som en bevegelse gjennom fem faser. Første fase innebærer at pasienten er i en føroverveilelse. Pasienten har da lite kunnskap om atferdens negative sider, men er samtidig lite mottakelig for informasjon om dette. I overveilelsesfasen blir pasienten mer oppmerksom på uheldige sider ved atferden, samtidig som at han eller hun fortsatt ser noe positivt ved den. Pasienten opplever altså ambivalens. I forberedelsesfasen skifter pasienten perspektiv og vender fokuset fremover mot endringen, mens i handlingsfasen blir endringene pasienten foretar seg mer synlig for andre. I siste fase, vedlikeholdsfasen, er det behov for å holde motivasjonen oppe, mestre utfordringer, og skape styrke for å kunne stå imot fristelser (Barth m.fl. 2013).

4.1. Resultatdiskusjon

4.1.1. Fokus på en god relasjon og pasientens opplevelse av omsorg

I resultatet kommer det frem at en god relasjon til rådgiver er et virkemiddel som skaper en situasjon hvor deltakerne tolererer rådgivningen bedre, blir mer motiverte, og føler seg mer forpliktet til livsstilsendring. Resultatet viser også at rådgivning som baserer seg på en god relasjon, oppfattes som mer omsorgsfull. Evnen en sykepleier har til å skape en god relasjon er viktig i ethvert forhold til pasienter, ikke minst i forandringsveiledning (Eide og Eide 2011). Kvaliteten på relasjonen vil være en forutsetning for at pasienten skal føle seg ivaretatt, og vil på denne måten ha betydning for graden av endring (Alsvåg 2012). Ved at pasienten opplever respekt, optimisme, forståelse og aksept fra sykepleier, vil det bli lettere for vedkommende å se seg selv på en slik positiv måte. Gjennom en god relasjon er altså ønsket at rådgiverens formidling av respekt skal omgjøres til selvrespekt hos pasienten. Dette er igjen med på å bygge motivasjon og tiltro til at forandring er mulig (Barth m.fl. 2013). Travelbee (1971) trekker frem kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper for å kunne etablere et godt menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Hun beskriver også kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient som svært sentral når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov. Dette innebærer å bruke ulike kommunikasjonsferdigheter bevisst, noe som derimot blir beskrevet som utfordrende for sykepleiere (Poskiparta m.fl. 2006).

I følge resultatet oppfatter deltakerne livsstilsendring som krevende, og føler derfor behov for omsorg. Dette kan tyde på at en opplevelse av omsorg er et virkemiddel som gjør livsstilsendring lettere. Spørsmålet vil være hvordan sykepleiere kan bidra til dette på en best mulig måte. Den profesjonelle omsorgsrelasjonen innebærer empati, fagkunnskap og målorientering, og vil derfor være viktig ved utøvelse av omsorg (Eide og Eide 2011). Travelbee (1971) beskriver empati som evnen til å ta del i, - og forstå en annens situasjon, og omfatter en opplevelse av nærhet og kontakt. Hun hevder at det at sykepleiere har empati, er en av de fem avgjørende faktorene for at sykepleiere skal kunne etablere et godt forhold til pasienten. Ut ifra den profesjonelle omsorgsrelasjonen vil det i tillegg til empati være viktig at sykepleiere har tilstrekkelig fagkunnskap, og evne til å la kommunikasjonen bli styrt av yrkesrollens overordnede målsetting, som nettopp handler om å gi god omsorg og hjelp (Eide og Eide 2011). Dette kan ses i sammenheng med resultatet, som viser at deltakerne verdsetter en dobbeltrolle under livsstilsveiledning. Altså at veileder både viser omsorg, og har tilstrekkelig fagkunnskap. På bakgrunn av det som er blitt beskrevet, er det tydelig at både en god relasjon og opplevelse av omsorg er avgjørende virkemidler for å kunne skape motivasjon hos pasientene. Derfor kan det tenkes at det er blitt lagt ulik vekt på omsorg og relasjon i intervensjonene, spesielt ved MI, hvor resultatet viser sprikende effekter. Vil det da si at disse virkemidlene har mer å si enn selve MI-metoden? Det kan være grunn til å tro at det er slik, nettopp på grunn av at både omsorg og en god relasjon beskrives som avgjørende elementer ved MI (Ivarsson 2010). Resultatet viser også at kun 24.6 % av deltakerne i en gruppeintervensjon nådde målet om vekttap, og at kun 14 av 78 deltakere deltok på alle avtalene i løpet av to år. Årsaken til dette kan trolig også ha sammenheng med hvilken grad intervensjonene har vektlagt god omsorg, og relasjonen mellom rådgiver og pasient. Det kan tenkes at deltakerne som oppnådde målet for vekttap og fullførte intervensjonen, utviklet en tryggere relasjon med veileder sammenlignet med de som ikke oppnådde målene eller fullførte. Det viser seg dessuten at helsepersonell, inkludert sykepleiere, ofte mangler de kommunikasjonsferdighetene som er nødvendig for å kunne bistå personer i risiko med å endre livsstil (Poskiparta m.fl. 2006). Dette kan tyde på at kommunikasjonsferdighetene til de som har gitt intervensjonene er ulike, samt at sykepleiere har behov for mer kunnskap om de kommunikative virkemidlene som er nødvendig for å kunne skape en god relasjon, og dermed for at endring skal være mulig.

Resultatet viser at relasjonen til rådgiver er av stor betydning for deltakerne. Maktforholdet mellom pasient og sykepleier vil prege denne relasjonen (Helgesen 2011). Det overordnede målet hos ethvert individ er å oppnå mest mulig makt over egen helse. Ved å ta utgangspunkt i pasientens

synspunkt, vil det være mulig å oppdage det som skaper indre motivasjon for endring. Dette innebærer at sykepleiere må lytte til pasienten, la han eller henne fortelle sin historie, og beskrive egne tanker, ønsker og behov (Helgesen 2011). Resultatet viser at deltakerne verdsetter at intervensjonen blir gitt av en de kjenner og er på et kjent sted. Det kan være grunn til å tro at dette bidrar til å sette pasienten i en situasjon hvor han eller hun føler en mindre grad av avmakt. Dette på grunn av at en opplevelse av trygge omgivelser, trolig vil gi pasientene mer kontroll over situasjonen. Det viser seg derimot at rådgivningssamtaler ofte foregår på et sted som rådgiveren kjenner, der pasienten er ukjent og fremmed (Barth m.fl. 2013).

I resultatet kommer det frem at en gruppebasert intervensjon som blant annet involverer empowerment, fører til både forbedring av pasientens egen mestringsforventning og vekt. Fokus på empowerment vil bidra til å overføre makt til pasientene (Tveiten 2012). Ut ifra dette kan det tenkes at fokuset på empowerment under intervensjonen, bidro til en god relasjon mellom pasientene rådgiveren, og dermed til positive livsstilsrelaterte forbedringer. I følge Manger og Wormnes (2015) må sykepleieren se og lytte til pasientene, anerkjenne deres kompetanse, og på denne måten skape medvirkning. På den andre siden kan det å skape empowerment oppleves som utfordrende for sykepleiere. Dette fordi det er lettere sagt enn gjort å legge til rette for medvirkning, anerkjenne pasienten som ekspert på seg selv, og omfordele makt. Dette kan ha sin forklaring i at helsepersonell har en oppfatning av at "vi vet best", og at sykepleiere har makt i form av kunnskap. Sykepleiere bør derimot endre sin ekspertrolle til en ressurs, som skal samarbeide med pasienten og bidra til kunnskap basert på pasientenes egne premisser (Manger og Wormnes 2015). Samtidig vil det være viktig å tenke over at forholdet mellom pasient og sykepleier ikke er symmetrisk, da sykepleiere faktisk har mer fagkunnskap enn pasienten. Derfor bør rådgiver ikke ha en formening om at relasjonen er likeverdig på den måten at begge har like mye makt og innflytelse (Barth m.fl. 2013). Det stilles også spørsmålstegn ved om alle pasienter har like stort utbytte av empowermenttenkningen. Noen pasienter ønsker nemlig ikke å medvirke i like stor grad (Tveiten 2012). Det kan tenkes at også dette oppleves som utfordrende for sykepleiere, da medvirkning blir lagt stor vekt på både i utdanningen og i yrkesutøvelsen. Ut ifra det som er beskrevet ovenfor kan det se ut for at selv om et fokus på empowerment bidrar til positive effekter, gjennom pasientens opplevelse av makt og en god relasjon, oppleves dette komplekst for sykepleiere.

4.1.2. Avgjørende virkemidler ved sykepleierens pedagogiske funksjon

I følge resultatet er økt kunnskap om egen helse med på å skape forbedring av helserelatert atferd, og bidrar dessuten til å motivere deltakerne til å endre livsstil. Det er mottakernes oppfatning av - og holdning til egen helse som er grunnlaget for at forandring skal skje. På bakgrunn av dette bør det helsepedagogiske utgangspunktet være pasientens forståelse av egen situasjon (Christensen og Jensen 2003). Dette kan ses i sammenheng med det resultatet viser. I følge resultatet fører nemlig individuelle intervensjoner til større grad av endringer av kost – og mosjonsvaner, sammenlignet med de som kun mottar generell informasjon. Resultatet viser også at gruppeseminarer som omhandler generell informasjon ikke er like effektivt når det gjelder endring av livsstilsrelatert atferd. Kunnskap påvirker pasientenes holdninger, som igjen påvirker atferd. Likevel om det viser seg å være en sammenheng mellom holdninger og atferd, er det derimot ikke sikkert det er slik at det er holdningene som påvirker atferden. Det kan derimot være slik at det er atferden som påvirker holdningene. En person som er fysisk inaktiv, vil for eksempel ofte ha utviklet negative holdninger til trening. På grunn av disse negative holdningene, vil generell informasjon som kun baserer seg på faktapregert informasjon, vanligvis være utilstrekkelig for å skape livsstilsendring (Mæland 2012). Dette kan tyde på at den informasjonen som sykepleiere gir, bør være individualisert og tilrettelagt hver enkelt pasient. På den andre siden hevder Kristoffersen (2011b) at selv om gruppeundervisning ikke erstatter den individualiserte tilnærmingen, inneholder den elementer av støtte som kan være av stor betydning for pasientene. På bakgrunn av dette stilles det spørsmålsteget ved hvorvidt individuell undervisning eller undervisning i gruppe er mest gunstig.

I arbeidet mot å øke kunnskapen, og dermed pasientenes motivasjon, vil det også være hensiktsmessig å vurdere den enkeltes mulighet og evne til å skaffe seg helsekunnskap, og kritisk vurdere helseinformasjonen. Pasienter har nemlig ulik evne til å nyttiggjøre seg både informasjon, undervisning og veiledning fra sykepleiere, og studier viser at det ofte er et gap mellom det pasientene faktisk forstår, og det helsepersonell forventer og tror de forstår (Kristoffersen 2011a). Derfor kan det tenkes at informasjonen som blir gitt av sykepleiere, er for vanskelig å forstå ut i fra det nivået av kunnskap pasientene har. Resultatet viser at deltakerne som ikke fullfører gruppeintervensjonen har høyere score på psykiske plager, angst og depresjon. Det vil være viktig at sykepleiere også identifiserer pasientens psykiske tilstand, da dette har betydning for pasientens forutsetning for læring. Det å være overvektig kan nemlig oppleves som psykisk belastende for pasienten, noe som igjen vil kunne påvirke pasientens læringsprosess (Brataas og Hermann 2003). Ut ifra det som er beskrevet, ser det ut for at det vil det være hensiktsmessig at sykepleiere i større grad skaffer seg informasjon om pasientens helhetlige utgangspunkt. Dette kan ses opp mot resultatet,

som viser at det å ta i bruk en helhetlig tilnærming i veiledning er av stor betydning for deltakerne. En persons handlinger er i tillegg til tilstrekkelig kunnskap, styrt av generelle verdier, spesifikke holdninger, og av det sosiale og kulturelle miljøet (Mæland 2012). I følge Christensen og Jensen (2003) beskriver Bandura, 1986, at mennesket ikke kun er drevet av indre krefter eller ytre påvirkninger, men at det som ligger til grunn for endring består av både handlemåter, kunnskap, personlige faktorer og miljøforhold som spiller sammen og er avhengige av hverandre. Derfor vil det være viktig at sykepleiere har en helhetlig tilnærming i deres formidling av informasjon til pasientene, da dette vil ha betydning for graden av informasjon og kunnskap de tilegner seg.

Resultatet viser at en intervensjon som blant annet inkluderer endringsprosessen, fører til betydelige forbedringer av helse relatert atferd. Det kan tenkes at fokuset på selve endringsprosessen har hatt stor betydning for at studien viser god effekt. Både når sykepleiere skal informere og veilede pasienter, vil det nemlig være viktig å tenke på hvilken fase i endringsprosessen de befinner seg i. Det å gi informasjon og å undervise, er først og fremst relevant i de tidlige fasene i endringsprosessen (Kristoffersen 2011a). På den andre siden er pasienten i disse fasene i liten grad mottakelig for informasjon om ulempene ved sin atferd (Barth m.fl. 2013). Det vil derfor være viktig at sykepleiere nøye vurderer den informasjonen som gis, slik at den bidrar til å skape en positiv effekt (Kristoffersen 2011a). Samtidig vil det være viktig at sykepleieren faktisk øker bevisstheten omkring pasientens livsstil. For at dette ikke skal oppleves moraliserende for pasienter som i utgangspunktet ikke er motiverte, vil det være hensiktsmessig at sykepleieren informere gjennom å stille åpne spørsmål, anerkjenne pasientens valg, og å tilby profesjonelle råd. Dersom pasienten opplever trygghet i de innledende fasene, kan dette bidra til økt problembesvissthet og motivasjon (Eide og Eide 2011). Det viser seg derimot at sykepleiere opplever det som utfordrende å tilpasse kommunikasjonen til den fasen pasienten befinner seg i (Kristoffersen 2011a). Dette kan tyde på at sykepleiere trenger økt kunnskap om endringsprosessen og hvordan kommunikasjonen, informasjonen og veiledningen bør tilpasses den enkelte pasient. Betydningen av at sykepleiere har kunnskap om endringsprosessen kan også knyttes til MI som metode. Som nevnt tidligere viser resultatet at MI har varierende effekt. For at metoden skal kunne ha effekt i forandringsveiledning, vil det være avgjørende at pasienten har kommet seg gjennom fase én, har en viss problembesvissthet, og et begynnende ønske om forandring (Eide og Eide 2011). Det kan ut ifra dette tenkes at metoden viser til ulike resultater, nettopp på grunn av at pasientene har vært i ulike faser i endringsprosessen. Dette kan være med på å bekrefte tanken om at sykepleiere har behov for mer kunnskap om selve endringsprosessen, og hva som bør fokuseres på i de ulike fasene.

4.1.3. Sosial støtte som et virkemiddel for å bidra til livsstilsendring

I resultatet kommer det frem at sannsynligheten for å være i tilstrekkelig aktivitet er mindre hos de som deltar i individuell intervensjon, sammenlignet med de som deltar i gruppeintervensjon. Dette kan ses i sammenheng med at fysisk aktivitet i gruppe gjør det vanskeligere å droppe eller utsette treningen, sammenlignet med de som trener alene. Dessuten kan det at andre følger med bidra til en sterkere innsats mens treningen pågår (Johnsen m.fl. 2012). Det kan altså ses i sammenheng med en opplevelse av sosial støtte. Resultatet viser nemlig at sosial støtte er et virkemiddel som blir sett på som en viktig del av gruppebehandlingen for å kunne endre livsstil. I følge Brataas (2003a) mener House, 1981, at støtte fra omgivelsene er av betydning for menneskers helse, da det er en ressurs når situasjoner oppleves som psykisk krevende og belastende. Dette støttes av Christensen og Jensen (2003) som beskriver at det sosiale nettverket har stor betydning for endringene som blir gjort, da den enkelte ikke vil forholde seg passivt, men diskuterer sine egne holdninger om endring i et samspill med andre. Bandura (1997) setter også lys mot viktigheten av omgivelsene når nye ideer skal tilegnes. Han hevder at mennesker deler informasjon med andre gjennom diskusjoner. På denne måten kan informasjon skape mening og forståelse, som får innflytelse på atferden. En god gruppe kjennetegnes av en opplevelse av sosial støtte i form av åpenhet, tillit og gjensidig interesse (Eide og Eide 2011). Håpet er at gruppesituasjonen skal gi mulighet for opplevelse av et fellesskap (Hummelvoll 2004). Derimot viser resultatet at gruppeintervensjoner også kan være en kilde til gruppepress og bidra til å skape en indre frykt for å mislykkes. Spørsmålet blir derfor hvordan sykepleiere kan være med på å legge til rette for positive effekter av det sosiale miljøet. For å kunne utvikle samarbeidsrelasjoner vil det være viktig at pasientene lærer hverandre å kjenne, og utvikler en fellesskapsfølelse. Dette innebærer at de lærer å identifisere seg med gruppen (Brataas 2003b). Derfor vil det være viktig at sykepleiere legger til rette for at pasientene blir kjent med hverandre. Konkurransen blir også beskrevet som sunt i en gruppeprosess. På den andre siden kan for mye fokus på konkurranse mellom gruppe medlemmene hemme samarbeidet, og dermed de positive virkningene av gruppesammenhengen. Dette kan medføre redusert innsats og dårligere resultater (Brataas 2003b). Dersom sykepleiere fokuserer på å tilpasse graden av konkurranse, kan dette føre til at pasientene unngår å sammenligne seg selv med andre, og dermed til at uheldig gruppepress unngås.

Resultatet viser også at deltakerne ble oppfordret til å søke støtte fra egne sosiale nettverk, og at dette bidro til å skape livsstilsendring. Det viser seg at den enkelte påvirkes mest av sitt personlige nettverk, da denne kontakten er hyppig og ofte preget av at enkeltindividene kjenner hverandre godt (Christensen og Jensen 2003). Pasienter som har mye sosial støtte i sitt nettverk, vil dermed være

bedre rustet i vanskelige situasjoner (Smebye og Helgesen 2011). Det kan tenkes at dette kan utnyttes i situasjoner hvor tilbakefall er et faktum. Sykepleiere bør derfor formidle en forventning om at pasientene tar i bruk eget nettverk, samt motivere pasientene til å delta i sosiale sammenhenger (Smebye og Helgesen 2011). I følge resultatet fører gruppeseminarer til positive effekter dersom det ble gitt sammen med individuell veiledning. Det kan tenkes at dette har sammenheng med at det både er blitt fokusert på sosial støtte i gruppen, samtidig som at det er blitt gitt sosial støtte til hver enkelt pasient gjennom individuell veiledning. Støtte fra helsepersonell kan nemlig gi pasienten mer mot og kunnskap, som er et grunnlag for å handle mer hensiktsmessig (Brataas 2003a). Ut ifra det som er beskrevet vil det være viktig at sykepleiere både legger til rette for et godt sosialt nettverk i gruppen, gir støtte til hver enkelt pasient, og oppfordrer pasientene til å søke støtte fra egne sosiale nettverk. Sammen ser dette ut for å være viktige virkemidler i veien mot livsstilsendring hos pasientene.

4.1.4. Styrking av pasientenes mestringsforventning, og langvarig oppfølging for å bidra til varig endring

I følge resultatet har individualisert livsstilsrådgivning over både ett og to år, effekt på livsstilsrelatert atferd. Det som derimot ikke kommer frem er i hvilken grad endringene opprettholdes etter at intervensjonene er avsluttet. Sett i sammenheng med endringsprosessen, vil pasienter som befinner seg i vedlikeholdsfasen stå overfor store utfordringer når det gjelder å holde fast ved den nye livsstilen (Kristoffersen 2011a). Det å holde fast på en atferdsendring over tid er ofte mer krevende enn å gjøre selve endringen, og flertallet av de som prøver å gjøre en endring faller derfor tilbake til tidligere vaner (Mæland 2010 og Barth m.fl. 2013). Tilbakefall oppstår særlig i faser i livet der pasienten opplever stress, bekymringer eller negative følelser, når han eller hun er i konflikter med andre, eller dersom vedkommende opplever et sosialt press for å gjenoppta tidligere livsstil. Dersom pasienten ikke har metoder å håndtere slike risikosituasjoner på, kan motivasjonen for å holde fast på endringen svekkes (Mæland 2010). Dermed vil spørsmålet være hvordan sykepleiere kan bidra til å skape varig motivasjon, og dermed forebygge tilbakefall. Sykepleiere bør rette fokus mot å hjelpe pasienten med å gjøre risikovurderinger av mulige tilbakefall. På den andre siden bør pasienten få hjelp til å finne en balansegang mellom fokuset på mulig tilbakefall, og de positive endringene som faktisk er blitt gjort Dette kan ses i sammenheng med at tidligere prestasjoner er en viktig kilde til videre motivasjon (Lillemyr 2007). Det vil altså være viktig at sykepleiere ikke blir for opptatt av eventuelle tilbakefall, da dette trolig kan føre til manglende motivasjon hos pasienten (Barth m.fl. 2013).

I resultatet kommer det frem at livsstilsfokuset gruppebehandling er med på å styrke pasientenes mestringsforventning for langsiktig atferdsendring. I følge Bandura (1997) vil troen på at det er mulig å gjøre noe med et problem, ikke bare være avgjørende for at pasienten gjør selve endringen, men også for hvor utholdende vedkommende er. Det vil igjen påvirke i hvilken grad pasienten overvinnet motgang og hindringer. Det kan derfor tenkes at pasientenes mestringsforventning vil ha betydning dersom ambivalens blir et faktum, og dermed i hvilken grad varig endring er mulig. Mange pasienter tror at motstridende følelser blir utryddet når de har klart å endre atferd, noe som ikke trenger å være realiteten. En beslutning om endring gjør nemlig ikke at ambivalensen er borte for alltid (Barth m.fl. 2013). Dette støttes av Miller og Rollnick (2002), som beskriver at faktorer for og imot endring forandrer seg over tid, noe som ofte oppleves som forvirrende, desorienterende og frustrerende for pasienten. Sykepleiere bør derfor forberede pasienten på at denne følelsen kan komme opp igjen, og utforske i hvilken grad ambivalens er tilstede eller ikke (Barth m.fl. 2013). Resultatet sier derimot lite om hva som konkret har ført til økt mestringsforventning hos pasientene. I følge Kristoffersen (2011a) bør det først og fremst fokuseres på pasientens utgangspunkt. Det er derfor viktig at sykepleieren lytter til hva pasienten synes om seg selv, og på denne måten finne ut om vedkommende har en positiv eller negativ mestringsforventning. Videre blir det viktig å understøtte og fremme positive forventninger om å lykkes der det er mulig. Dersom pasienten har negative tanker om egen evne til å mestre, vil det være hensiktsmessig å bruke veiledning som metode, for dermed å kunne øke troen pasienten har på seg selv (Kristoffersen 2011a). En avgjørende faktor for gode veiledningssituasjoner er samværet mellom pasient og sykepleier. Det bør være preget av nærhet og et faglig og personlig samspill. Samtidig vil sykepleierens dyktighet i å stille pasienten spørsmål som kan hjelpe han eller henne med å klargjøre egne tanker og ståsted, være avgjørende (Christensen og Jensen 2003). Observasjon av andre som lykkes ses også på som viktig for å øke troen på egen mestringsevne. Dette på grunn av at å se positive konsekvenser av handlingene andre gjør, vil kunne føre til at pasienten gjør det samme (Bandura 1997). Sammen vil dette trolig skape økt mestringsforventning, som igjen kan ses på som et virkemiddel som vil ha betydning i perioder hvor ambivalens eventuelt blir et faktum, og dermed for at varig endring blir mulig.

Den mest effektive metoden for å styrke forventningene om å mestre livsstilsendring, er likevel opplevelsen av å lykkes. Opplevelsen av å lykkes en gang, vil kunne skape tro på mestring også i fremtiden. For å oppnå dette vil det være viktig at pasienten ikke prøver å gjøre for store endringer til å begynne med, men heller bruke målsetting som et virkemiddel (Mæland 2012). Resultatet viser at intervensjoner med fokus på konkrete, forhåndsbestemte mål, ofte fører til positive effekter på atferdsendring. Målidentifisering er en viktig fase i den problemløsende metoden i sykepleie, og bør

gjøres på bakgrunn av pasientens opplevelse av situasjonen, samt vedkommendes ressurser, ønsker og verdier. Det vil være viktig at sykepleiere lytter til pasienten, og er åpen for eventuelle forskjeller i hva som oppfattes som målet (Dahl og Skaug 2011). Dette støttes av Barth m.fl. (2013) som beskriver at relasjonen mellom pasient og rådgiver er preget av et ønske om og nå et felles mål, definert ut ifra pasientens behov. Dette kan ses motstridende til resultatet, hvor målene altså ikke er blitt individualisert. Årsaken til at intervensjonene likevel viser effekt kan ses i sammenheng med at målene er konkrete. Spesifikke og konkrete mål har nemlig en tendens til å skape større atferdsendring enn det generelle råd har. Årsaken kan også ha sin forklaring i at det er skapt en god balanse mellom krevende og gjennomførbare mål, da dette har stor betydning for å opprettholde motivasjonen (Manger og Wormnes 2015). Store og vanskelige oppgaver, hvor målet ligger langt frem i tid kan oppleves som uoverkommelig for pasienten og blir dermed ikke prioritert i hverdagen (Barth m.fl. 2013). Det kan altså tenkes at det er blitt lagt vekt på delmål underveis i intervensjonen. I følge Bandura (1997) vil nemlig nære, oppnåelige mål bidra til å øke mestringsforventning i større grad, sammenlignet med fjerne mål. Små skritt i riktig retning vil kunne være med på å bygge opp forventningene om å mestre ytterligere endringer. Derfor vil det være viktig at sykepleieren sammen med pasienten, fokuserer på en dag om gangen (Bandura 1997). Pasientens tro på å lykkes med små delmål, og dermed vedkommendes tro på egen mestringsevne kan påvirkes gjennom verbal tilbakemelding fra sykepleiere. Dette for eksempel gjennom uttalelser som: "Du kan klare dette", "Bra jobba" eller "Stå på! Neste gang vil du klare det" (Manger og Wormnes 2015). Det vil også være hensiktsmessig at sykepleieren strukturerer aktiviteter for pasienten slik at vedkommende lykkes, og unngår å sette pasienten i situasjoner hvor sykepleieren kan forutse at han eller hun vil mislykkes. Samtidig må sykepleieren holde fokus på at pasienten ikke sammenligner seg selv med andre (Bandura 1997). Disse faktorene kan sammen ses som en form for sosial støtte, overført fra sykepleier til pasient. Ut ifra det resultatet viser kan det være grunn til å tro at sykepleiere, sammen med annet helsepersonell, er kompetente i målsettingsarbeid. Dette vil trolig ikke bare ha betydning for selve atferdsendringen gjennom økt mestringsforventning, men også for å kunne opprettholde atferdsendringen over tid.

Resultatet viser at individuell livsstilsrådgivning med årlige oppfølgingsbesøk av sykepleier, resulterer i vedvarende endringer av livsstil i tre år etter at den aktive intervensjonen er avsluttet. I følge Barth m.fl. (2013), kan oppfølging mens endring fortsatt er et faktum, være effektivt for å forebygge tilbakefall. Viten om at man blir fulgt opp ser nemlig ut til å hjelpe mot å unngå fristelser, og holde endringen ved like. En mulighet kan også være at sykepleiere organiserer oppfølgingsgrupper for pasienter som befinner seg i vedlikeholdsfasen (Kristoffersen 2011a). Slike oppfølgingsgrupper vil

kunne bidra til at pasientene møtes for å dele erfaringer, vedlikeholder motivasjonen, og gir hverandre støtte. Ut i fra dette kan det tenkes at både hyppig oppfølging til hver enkelt pasient, og oppfølgingsgrupper, kan være avgjørende for å forhindre tilbakefall. Kan dette være et forbedringspotensial i fremtiden?

4.1.5. Avsluttende resultatdiskusjon

Det er blitt sett på hvordan ulike tiltak og virkemidler i sykeleie kan bidra til livsstilsendring hos pasienter i risiko for DMT2. Ut i fra det som er beskrevet, kan det se ut for at det både finnes en sammenheng mellom virkemidlene og pasientenes livsstilsendring, samt en sammenheng mellom de ulike virkemidlene. Det å skape en god relasjon blir sett på som grunnleggende i sykepleie (Eide og Eide 2011). Derfor kan dette ses på som en forutsetning for sykepleiens pedagogiske funksjon, og for å kunne gi sosial støtte, som har en mer terapeutisk funksjon. Sammen representerer disse virkemidlene viktige elementer i sykepleie, som kan bidra til å styrke pasientens tro på egen mestringsevne, og dermed være en forutsetning for varig atferdsendring. Det kan tenkes at disse virkemidlene også kan kobles opp mot Prochaskas og DiClementes modell for atferdsendring. Som sagt er relasjonen med pasienten grunnleggende i sykepleie. Derfor vil nettopp dette trolig være sentralt i alle fasene i endringsprosessen. Pasienter som befinner seg i føroverveiellesfasen og overveiellesfasen, har behov for tilstrekkelig informasjon og kunnskap (Kristoffersen 2011a). I forberedelsesfasen vil pasienten på bakgrunn av denne kunnskapen, ha bestemt seg for å endre atferd. I denne fasen vil både sosial støtte fra helsepersonell, sosial støtte fra eget nettverk, og målsetningsarbeid være hensiktsmessig (Barth m.fl. 2013). Trolig vil dette fokuset kunne være med på å skape økt mestringsforventning. Sosial støtte ses også på som elementært i handlingsfasen, da det først nå er synlig for andre at pasienten er i en endringsprosess (Barth m.fl. 2013). Det å øke pasientenes tro på egen mestringsevne for varig endring, dannelse av delmål, og sikre langvarig oppfølging, vil i vedlikeholdsfasen være viktige virkemidler for å forhindre tilbakefall.

For at kommunene skal kunne leve opp til sin nye rolle i fremtiden, vil det trolig være viktig at de får tildelt tilstrekkelige ressurser. På denne måten kan tiltakene og virkemidlene som er beskrevet, bli inkludert i det forebyggende arbeidet. Det kan dessuten tenkes at økt ressursbruk i forebyggende helsearbeid kan føre til mindre kostnader i behandlingen av diabetes, og dermed være økonomisk gunstig på lang sikt. For å kunne møte morgendagens helseutfordringer når det gjelder forebyggende arbeid, trengs mer kunnskap utover det rent medisinske (Knudtsen m.fl. 2011). Studier viser på en annen side at mange sykepleiere ikke føler seg kompetente nok i veiledningsarbeid (Jallinoja m.fl.

2007 og Jansink m.fl. 2010). Tyder dette på at sykepleierollen må endres for å møte fremtidens behov? Det kan tenkes at et viktig satsningsområde i fremtiden vil være å øke kompetansen innenfor forebyggende helsearbeid og veiledningskompetanse hos sykepleiere. I tillegg bør sykepleiefokuset i større grad rettes mot forebygging, både i utdanningen og i yrkesutøvelsen.

4.2. Metodediskusjon

I søkeprosessen ble det kun anvendt anerkjente databaser som Medline og Cinahl. Det å anvende kun to databaser, kan ses på som en svakhet, da annen forskning på denne måten kan ha blitt ekskludert. På den andre siden er begge disse databasene pålitelige, noe som er med på å gi oppgaven styrke. Søkeordene som ble valgt, ses på som vesentlige for å kunne besvare hensikten. Ulike kombinasjoner av søkeord kan også ha bidratt til at hensiktsmessige artikler ble ekskludert. Søkene ble avgrenset til å omfatte forskning fra de siste ti år. Dette anses som en styrke, da nyere forskning vil ha størst relevans for oppgaven. Dessuten er DMT2 en sykdom det er forsket mye på, som gjør at det å avgrense til nyere forskning ikke vil begrense funnene i stor grad. Likevel er én artikkel fra 2001 blitt inkludert. Årsaken til dette er at den ses på som relevant for oppgaven, da den belyser momenter som bidrar til å svare på hensikten for oppgaven. Dessuten er det blitt inkludert en oppfølgingsstudie som baserer seg på denne studien. Som nevnt i metoden ble personer i aldersgruppen 19–65 år prioritert for oppgaven. Noen studier som beveger seg utenfor den øvre aldersgrensen ble likevel inkludert, da disse likevel ble sett på som aktuelle for oppgaven. To av de inkluderte artikler omhandler personer med et generelt behov for livsstilsendring, noe som kan ses på som en svakhet. På en annen side kan disse, ut i fra sykepleierelatert kunnskap om DMT2, antas for å være i risiko. Som det kommer frem av søketabellen, ble det ikke gjort de samme avgrensningene i alle søk. Dette på grunn av et ønske om å finne bredde i funnene. Tre av de inkluderte studiene, ble funnet gjennom håndsøk. Disse studiene vil derfor ikke inkludere de samme avgrensningene, noe som kan anses som en svakhet.

Under søkeprosessen ble det sett på som en utfordring å velge ut hvilke studier som skulle inkluderes og ekskluderes slik at hensikten ble belyst på best mulig måte. Noen av artiklene anses som mer relevante enn andre, da de tar opp flere elementer som belyser hensikten. Det hadde vært en fordel dersom alle artiklene belyste hensikten i like stor grad. Likevel blir artiklene som til slutt ble valgt ut, sett på som aktuelle for hensikten, og av god kvalitet. Forskningsartiklene som ble inkludert er både kvalitative - og kvantitative studier. Dette kan ses på som en styrke da det bidrar til å gi resultatet både bredde og dybde. De fleste av de inkluderte artiklene er fra vestlige land, og kan dermed i stor

grad relateres til sykepleie i Norge. Flere av de inkluderte artiklene er blitt utført av annet helsepersonell enn sykepleiere, noe som på én måte kan ses på som en svakhet. På en annen side anses tverrfaglighet som viktig i sykepleiesammenheng. Andre svakheter med oppgaven kan ses i forhold til både språk og tidsrom. Alle forskningsartiklene er engelskspråklige, og inneholder mye fagterminologi. Dette kan ha bidratt til feiltolkninger og misforståelser. Både tidsrommet og omfanget for oppgaven gjorde at prioriteringer måtte gjøres for hva som skulle diskuteres i oppgaven, noe som kan ha ført til at relevante temaer er blitt ekskludert.

En utfordring i arbeidet med oppgaven var å finne aktuell litteratur om temaer som var ønskelig å diskutere. På bakgrunn av dette ble det brukt mye ulik faglitteratur, noe som har bidratt til å få frem ønskelige poenger i diskusjonen. Noe som kan ses på som positivt, er at det stort sett er brukt primærkilder i besvarelsen. Dette fører til at oppgaven baserer seg på pålitelig fagstoff. Det ble også opplevd som utfordrende å finne relevante forskningsartikler som alle omhandlet valgt perspektiv og de samme inklusjons - og eksklusjonskriterier. Dette ble løst gjennom å anvende flere ulike kombinasjoner av valgte søkeord, og ved å lete i litteraturlisten til allerede utvalgte artikler. En tredje utfordring har vært at flere av kategoriene i resultatdiskusjonen går inn i hverandre, og at det derfor ble utfordrende å plassere temaene. På en annen side kan dette ses på som en styrke da det viser seg at det finnes sammenheng mellom kategoriene, noe som bidrar til å gi oppgaven en "rød tråd".

5. KONKLUSJON

I følge resultatet finnes det ulike veier å gå for å oppnå livsstilsendring, da både individuelle, - gruppebaserte, - og kombinerte intervensjoner viser til positiv effekt på livsstilsrelatert atferd. Både en god relasjon, omsorg, kommunikasjon, sosial støtte, kunnskap og målsetting kommer frem som viktige virkemidler i det forebyggende arbeidet, da de på ulike måter påvirker graden av endring. I tillegg til at det ses en sammenheng mellom de ulike virkemidlene og pasientenes livsstilsendring, kan det ses en sammenheng mellom de ulike virkemidlene. De viser seg dessuten å være viktige elementer i de ulike delene av endringsprosessen. På den andre siden oppleves det ofte utfordrende å holde fast på endringene som er blitt gjort. Det vil derfor være viktig at sykepleiere støtter opp om pasientens tro på egen mestringsevne, da dette vil ha betydning for hvor utholdende pasienten er, og dermed i hvilken grad varig endring er mulig. Langvarig oppfølging viser seg også å være hensiktsmessig for å sikre varig endring. Studien tyder på at sykepleierollen bør endres for å kunne møte fremtidens behov, da sykepleiere ikke føler seg kompetente nok i veiledningsarbeid. Det kan derfor tenkes at økt kompetanse innen livsstilsveiledning, samt økt fokus på forebyggende arbeid innen sykepleie kreves, for at ulike tiltak og virkemidler skal kunne bidra til livsstilsendring hos pasienter i risiko for DMT2 i fremtiden.

LITTERATURLISTE

- Alsvåg H (2012) Helsefremming og sykdomsforbygging - et historisk og sykepleiefaglig perspektiv, i: Gammersvik Å og Larsen T. (red.) *Helsefremmende sykepleie*, s. 79–98, Bergen, Fagbokforlaget
- Ash S, Reeves M, Dover T, Vivanti A, Leong C, Sullivan T O og Capra S. (2006) A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months, *International Journal of Obesity*, 30, s. 1557-1564. Doi: 10.1038/sj.ijo.0803263
- Bandura A (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York, Freeman
- Barth T, Børtveit T og Prescott P (2013) *Endringsfokuset rådgivning*, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Brataas H V (2003a) Å innhente og formidle informasjon og støtte til pasienten, i: Brataas H V og Steen-Olsen T (red.) *Kvalitet i samspill – Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*, s. 48–81, Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Brataas H V (2003b) Kommunikasjon, relasjon og gruppeprosess, i: Brataas H V og Steen Olsen T (red.) *Kvalitet i samspill – Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*, s. 33–47, Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Brataas H V og Hermann, (2003) Pasientundervisning – og veiledning i: Brataas H V og Steen Olsen T (red.) *Kvalitet i samspill – Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*, s. 66- 80, Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Christensen S L og Jensen B H (red.) (2003) *Pedagogikk og pasientutdanning - Sykepleiernes pedagogiske felt*, København, Akribes Forlag
- Claudi T (red.), Abrahamsen R, Basharat F, Birkeland K, Cooper J G, Furuseth K, Hanssen K F, Hausken M F, Jennum A K, Jørgensen K D, Lorentsen N, Midthjell K og Næbb H (2009) *Diabetes – Forebygging, diagnostikk og behandling*, Oslo, Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf> [lastet ned 04.03.15]

Dahl K og Skaug E A (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 2, 2. utgave s. 15–56, Oslo, Gyldendal Akademisk

Dalland O (2001) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3.utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk

Diabetesforbundet (2014) Fakta om diabetes, Oslo, Diabetesforbundet,
[http://www.diabetes.no/no/Om diabetes/](http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/) [lastet ned 27.02.15]

Eide H og Eide T (2011) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk

[Folkehelseloven (2011)] (2015) § 4. *Kommunens ansvar for folkehelsearbeid*, Oslo, Helse – og omsorgsdepartementet, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven> [lastet ned 17.03.15]

Forsberg C og Wengström Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*, 2.utgave, Stockholm, Natur och Kultur

Gagnon C, Brown C, Couture C, Kamga-Ngande C N, Hivert M F, Baillargeon J P, Carpentier A C og Langlois M F (2011) A cost-effective moderate-intensity interdisciplinary weight-management programme for individuals with prediabetes, *Diabetes & Metabolism*, 37, s. 410-418. Doi: 10.1016/j.diabet.2011.01.003

Gilis-Januszewska A, Szybinski Z, Kissimova-Skarbek K, Piwonska-Solska B, Pach D, Topor-Madry R, Tuomilehto J, Lindström J, Peltonen M, Schwarz P E og Hubalewska-Dydejczyk A (2011) Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in primary health care setting in Poland: Diabetes in Europe Prevention using Lifestyle, physical Activity and Nutritional intervention (DE-PLAN)project, *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 11, s. 198-203

Greaves C J, Middlebrooke A, O’Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, Gale T, Hammerton F og Daly M (2008) Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial, *British Journal of General Practice*, 58, s. 535-541. Doi: 10.3399/bjgp08X319648

Helgesen L A (2011) *Menneskets dimensjoner - Lærebok i psykologi*, 2. utgave, Kristiansand, Høyskoleforlaget

Helsedirektoratet (2013) *Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering*, Oslo, Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/IS-1896-Frisklivsveileder.pdf> [lastet ned 24.03.15]

[Helse og omsorgstjenesteloven (2011)] (2015) § 3-2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*, Oslo, Helse – og omsorgsdepartementet, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven> [lastet ned 17.03.15]

Hummelvoll J K (2004) *Helt - ikke stykkevis og delt*, 6. utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk

Ivarsson B H (2010) *MI – motiverende intervju – Praktisk håndbok for helse – og omsorgssektoren*, Stockholm, Gothia Forlag

Jallinoja P, Absetzi P, Kuronen R, Nissinen A, Talja, M, Uutela A og Patja K (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, s. 244-249. Doi: 10.1080/02813430701691778

Jansink R, Braspenning J, Weijden T V D, Elwyn G og Grol R (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis, *BMC Family Practice*, 11, s. 41. Doi: 10.1186/1471-2296-11-41

Jenssen T (2011) Diabetes mellitus, i: Ørn S, Mjell J, og Bach-Gansmo E (red.) *Sykdom og behandling*, s. 379–391, Oslo, Gyldendal Akademisk

Johnsen E, Burkow T M og Vognild L K (2012) Den sosiale gruppen som motivasjon til fysisk trening, i: Tjora A (red.) *Helsesosiologi – analyser av helse sykdom og behandling*, s. 327 – 345, Oslo, Gyldendal Akademisk

- Knudtsen M S, Wist G, Kvistad K og Krokstad S (2011) Mulige tiltak, i: Krokstad S og Knudtsen M S (red) *Folkehelse i endring- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*, Levanger, NTNU – HUNT forskningscenter, <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> [lastet ned 12.03.15]
- Kristoffersen N J (2011a) Livsstil og endring av livsstil, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utgave, s. 197–244, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen N J (2011b) Stress og mestring, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utgave, s. 133–196, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Laatikainen T, Dunbar J A, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, Philpot B, Absetz P, Bunker S, O'Neil A, Reddy P, Best J D og Janus E D (2007) Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project, *BMC Public Health*, 7, s.249. Doi: 10.1186/1471–2458-7-249
- Lakerveld J, Bot S D, Chinapaw M J, Tulder M W V, Kostense P J, Dekker J M og Nijpels G (2013) Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, s. 47. Doi: 10.1186/1479–5868–10–47
- Lillemyr O F (2007) *Motivasjon og selvforståelse*, Oslo, Universitetsforlaget
- Lindström J, Peltonen M, Eriksson J G, Hemiö K, Valle T T, Tuomilehto J, Ilanne-Parikka P, Aunola S, Hämäläinen H, Härkönen P, Mannelin M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Uusitupa M, Paturi M, og Sundvall J (2006) Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study, *The Lancet Journals*, 368, s. 1673-1679
- Ljung S, Olsson C, Rask M og Lindahl B (2013) Patient Experiences of a Theory-Based Lifestyle-Focused Group Treatment in the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, s. 378–384

- Manger T og Wormnes B (2015) *Motivasjon og mestring – utvikling av egne og andres ressurser*, 2. utgave, Bergen, Fagbokforlaget
- Midthjell K (2011) Diabetes, i: Krokstad S og Knudtsen M S (red.) *Folkehelse i endring- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*, Levanger, NTNU – HUNT forskningssenter, <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> [lastet ned 12.03.15]
- Miller W R og Rollnick S (2002) oversatt til dansk av Silver D H (2004) *Motivasjonssamtalen*, København, Hans Reitzels Forlag
- Mosand R D og Stubberud D G (2010) Sykepleie ved diabetes mellitus, i: Almås H, Stubberud D G, og Grønseth R(red.) *Klinisk Sykepleie 1, 4. utgave*, s. 507–536, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Møinichen T (2014) Hva er diabetes?, i: Vaaler S og Møinichen T(red.) *Diabeteshåndboken*, 4. utgave, s. 31–32, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Mæland J G (2012) *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*, 3. utgave, Oslo, Universitetsforlaget
- Nilsen V, Bakke S og Gallefoss F (2011) Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomised, controlled trial, *BMC Public Health*, 11, s. 893. Doi: 10.1186/1471-2458-11-893
- Nortvedt M W, Jamtvedt G, Graverholdt B, Nordheim L V og Reinart L M (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*, 2. utgave, Oslo, Kappelen Damm Akademisk
- Oldroyd J C, Unwin N C, White M, Mathers J C og Aleberti K G M M (2005) Randomised controlled trial evaluating lifestyle interventions in people with impaired glucose tolerance, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 72, s. 117-127. Doi: 10.1016/j.diabres.2005.09.018
- Polit D F og Beck C T (2004) *Nursing Research - principles and methods*, 7. utgave, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Poskiparta M, Kasila K og Kiuru P (2006) Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 206-210

Regjeringen (2008–2009) *St. meld.nr.47 – Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, Oslo, Det kongelige helse – og omsorgsdepartementet,
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> [lastet ned 12.03.15]

Sagen J V (2011) Sykdomslære, i: Skafjell A og Graue M (red.) *Diabetes - forebygging, oppfølging, behandling*, s. 19–73, Oslo, Akribe Forlag

Sakane N, Sato J, Tsushita K, Tsujii S, Kotani K, Tsuzaki K, Tominaga M, Kawazu S, Sato Y, Usui T, Kamae I, Yoshida T, Kiyohara Y, Sato S og Kuzuya H (2011) Prevention of type 2 diabetes in a primary healthcare setting: Three-year results of lifestyle intervention in Japanese subjects with impaired glucose tolerance, *BMC Public Health*, 11, s. 40. Doi: 10.1186/1471–2458-11-40

Slettebø Å (2012) Forskningsetikk, i: Brinchmann B S (red.) *Etikk i sykepleien*, s. 209 – 226, Oslo, Gyldendal akademisk

Smebye K L og Helgesen A K (2011) Kontakt med andre, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 2. utgave, s. 41–70, Oslo, Gyldendal akademisk

Travelbee J (1971) oversatt til norsk av Thorbjørnsen K M (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo, Universitetsforlaget

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J G, Valle T T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V og Uusitupa M (2001) Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance, *The New England Journal of Medicine*, 344, s. 1343-1350.

Tveiten S (2012) Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i: Gammersvik Å og Larsen T (red.) *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*, s. 173–193, København, Fagbokforlaget

Walseth L T, Abildsnes E og Schei E (2011) Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, s. 99-103. Doi: 10.3109/02813432.2011.553995

Whittemore R, Melkus G D, Alexander N, Zibel S, Visone E, Muench U, Magenheimer E og Wilborne S (2009) Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, s. 684-693. Doi: 10.1111/j.1745–7599.2010.00562.x

World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for health promotion*, Ottawa, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> [lastet ned 12.03.15]

VEDLEGG

Vedlegg 1: oversikt over søkestrategier

Vedlegg 2: mal for granskning av forskningsartikler

Vedlegg 3: skjema for vurdering av forskningsartikler

Vedlegg 4: oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 5: eksempel på hvordan kategoriene ble til

Vedlegg 1 - Oversikt over søkestrategier

Database Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 08.01.15	Abstract Full Text Age groups: adult (19-44) og middle age (45-64) Year published: last 10 years Languages: English Danish Norwegian Swedish	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Life Style AND Counseling	31	31	24	5	2
Medline 23.02.15	Abstract Full Text Age groups: adult (19-44) og middle age (45-64) Year published: last 10 years Languages: English	Life Style AND Diabetes Mellitus, Type 2 AND Primary health care	22	22	11	3	1
Medline 23.02.15	Abstract Full Text Age groups: adult (19-44) og middle age (45-64) Year published: last 10 years Languages: English Danish Norwegian Swedish	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Life Style AND Health knowledge, Attitudes, Practice	33	33	18	2	1
Medline 02.03.15	Abstract Full Text	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Life Style AND Nursing OR Nursing Care OR Primary Care Nursing	31	31	18	3	1

Medline 02.03.15	Abstract Full Text	Glucose Intolerance AND Diabetes Mellitus AND Weight Loss	31	31	12	1	1
Medline 02.03.15	Abstract Full text	Life Style AND Diabetes Mellitus, Type 2 AND Motivation	188	188	54	5	1
Medline 02.03.15	Abstract Year published: last 10 years	Life Style AND Counseling AND Motivation AND Diabetes Mellitus, Type 2	8	8	8	1	1
Håndsök 06.03.15	Funnet i litteraturlisten til "Patient Experiences of a Theory-Based Lifestyle-Focused Group Treatment in the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes"	-	13	13	9	2	2
Medline 10.03.15	Abstract Full Text Age groups: adult (19-44) og middle age (45-64) Year published: last 10 years Languages: English	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Life Style AND Health Behavior AND Behavior Therapy	42	42	10	1	1
Medline 10.03.15	Abstract Year published: last 10 years	Life Style AND Counseling AND Motivation	8	8	6	1	1

		AND Diabetes Mellitus, Type 2					
Cinahl 10.03.15	Research Article Linked Full text	Motivation al Interviewin g AND Life Style AND Diabetes Mellitus, Type 2	6	6	3	1	1
Håndsök 12.03.15	Funnet i litteraturlisten til "Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial"	-	7	7	5	1	1

Utvalg 1: lest artiklenes tittel

Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2 – Mal for granskning av forskningsartikler

Tabell 3 Mal for granskning av forskningsartikler

For å bli dyktig til å lese og vurdere forskningsartikler trenger man trening og noe å vurdere utifra. Denne malen skal kunne være til nyttig hjelp for å kunne bli bedre til å forstå, lese og vurdere relevans og faglighet av artikler.

Viktige hovedspørsmål bør være:

Studiens betydning for sykepleie. Har problemstillingen sykepleiefaglig fokus og relevans? Er problemet relatert til sykepleiepraksis? Har problemstillingen nytteverdi for min oppgave, evt hvilken?

Ved vurdering av forskningsartikler bør følgende sees på:

Tittel

Klar og relevant for innholdet?

Sies det noe om hvem og hva som er undersøkt?

Ofte en hovedtittel med undertittel

Forfatter

Presentasjon av navn, grad, tittel evt arbeidssted?

Abstrakt

Alltid abstrakt i forskningsartikler, oftest på engelsk

Kort og konsist om studien: Hvem, hva, hvorfor og hvordan (IMRaD)?

Er de viktigste funnene presentert?

Introduksjon

Er problemstilling presentert logisk og med hensikt og mål?

Er problemområdet relevant?

Er leseren presentert for innholdet?

Er spørsmål og hypoteser klargjort?

Er det relatert til og presentert tidligere forskning og kunnskap?

Er sentrale begrep definert eller belyst?

Metode

Er metoden beskrevet, grundig eller tynt?

Er metoden relevant for problemstillingen?
Er svakheter og styrke med metoden vurdert?
Er etiske vurderinger med?

Ved empiriske studier:

Hvilket design er anvendt, ser det anvendbart ut i forhold til problemområdet?
Er utvalget beskrevet tydelig, antall og kriterier for utvalgelse nevnt?
Er representativitet, generaliserbarhet, troverdighet, reliabilitet og validitet vurdert?
Er datainnsamlingen beskrevet?

Ved litteraturstudier:

Hvordan har litteraturen blitt funnet?
Hvilke søkeord og baser er det søkt i?
Er det relevante publikasjoner for temaet og fins det mange publikasjoner om emnet?
Er litteraturen vurdert utifra vitenskapelige kvalitetskriterier?
Hvordan har man valgt ut litteraturen?
Er det beskrevet hvordan artiklene er analysert

Resultat:

Er resultatene presentert klart og tydelig?
Svarer resultatene til undersøkelsens hensikt?
Er fremgangsmåten for analyse forståelig og logisk presentert?
Forekommer tolkninger og diskusjon i resultatavsnittet?

Diskusjon:

Er diskusjonen klart og logisk oppbygd?
Forekommer nye resultat i diskusjonen?
Er konklusjonene logiske og rimelige?
Er diskusjonen tilstrekkelig fylldig?
Relaterer forfatteren sine funn til eksisterende forskning og kunnskap?
Er forfatter kritisk og klar i forhold til funn, metode og konklusjon?

Referanser:

Er referanselisten oppsatt systematisk og ryddig?
Er alle referanser med?
Er referansene vitenskapelig artikler, hvilke tidsskrifter er de presentert i?
Er referansene relevant, ny eller gammel?

Vedlegg 3 – Skjema for vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr.

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord:

Vedlegg 4 – Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel nr.	Forfattere År Tittel Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltagere Frafall Alder	Hoved resultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1	Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J G, Valle T T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V og Uusitupa M (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance The New England Journal of Medicine Finland	Undersøke om DMT2 kan forebygges ved inngrep som påvirker livsstilen hos personer med IGT	Design: kvantitativ Instrument: antropometriske målinger, laboratoriske målinger og spørreskjema Intervensjon: Undersøkt effekt av individualisert rådgivning i forhold til vekt, totalt inntak av fett, inntak av mettet fett, inntak av fiber, mengde fysisk aktivitet livvidde, fastende blodsukker, blodsukker to timer etter måltid og blodtrykk	Deltagere: 522 Frafall: 40 Alder: 40–65	DMT2 kan forebygges gjennom endringer i livsstil ved hjelp av individuell rådgivning fra ernæringsfysiolog Intervensjonen førte til en redusert forekomst av DMT2 med hele 58 %	Etisk godkjenning fra Ethics Committee of National Public Health Institute in Helsinki, Finland Alle deltagerne ga skriftlig samtykke Denne studien er relevant for vår oppgave, da den viser at DMT2 kan forebygges gjennom individuell rådgivning. Dette ses på som en viktig del av sykepleiernes kompetanseområde
2	Oldroyd J C, Unwin N C, White M, Mather J C og Alberti K G M M Tuomilehto (2005) Randomised	Evaluere effekten av to års individualisert motiverende rådgivning gitt av ernæringsfys	Design: kvantitativ Instrument: antropometriske målinger og laboratoriske målinger	Deltagere: 78 Frafall: 24 Alder: 24–75 år	Individuell motiverende rådgivning gitt av kostholdsekspert og fysioterapeut fører til	Etisk godkjenning er innhentet fra Joint Ethics Committee of Newcastle and North Tyneside Health

	<p>controlled trial evaluating lifestyle interventions in people with impaired glucose tolerance.</p> <p>Diabetes Research and Clinical Practice</p> <p>Storbritannia</p>	<p>iolog og fysioterapeut , hos personer med IGT</p>	<p>Intervensjon: Undersøkt effekt av individualisert motiverende rådgivning i forhold til inntak av næringsstoffer, fysisk aktivitet, antropometri, glukosetoleranse og insulinfølsomhet</p>		<p>betydelige forbedringer av antropometriske målinger, selvrappotering av fysisk aktivitet og ernæring, samt en bedring av insulinfølsomhet og glukosetoleranse.</p>	<p>Authority</p> <p>Deltakerne ga skriftlig samtykket om å delta i studien</p> <p>Kun 14 av 78 deltakere deltok på alle avtalene i løpet av to år</p> <p>Artikkelen er relevant for oppgaven da den belyser at individualisert motiverende rådgivning har effekt på livsstilsendring . Dette ses på som en viktig del av sykepleiernes kompetanseområde</p>
3	<p>Lindström J, Peltonen M, Eriksson J G, Hemiö K, Valle T T, Tuomilehto J, Ilanne-Parikka P, Aunola S, Härmäläinen H, Härkönen P, Mannelin M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Uusitupa M, Paturi M og Sundvall J</p> <p>(2006)</p> <p>Sustained</p>	<p>Vurdere i hvilken grad de opprinnelige oppnådde livsstilsendringer og risikoreduksjoner som oppsto etter individuell rådgivning fra ernæringsfysiolog, forblir etter seponering av aktiv rådgivning</p>	<p>Design: kvantitativ</p> <p>Instrument: antropometriske målinger, spørreskjema og laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: Undersøkt langsiktig effekt av individuell rådgivning i forhold til forekomsten av diabetes og endring</p>	<p>Deltakere: 290</p> <p>Frafall: 47</p> <p>Alder: 40 – 65 år</p>	<p>Individualisert livsstilsrådgivning til personer som er i risiko for å utvikle DMT2 fører til vedvarende endringer i livsstil og en reduksjon i forekomst av diabetes som vedvarer etter at livsstilsrådgivningen er</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av The Ethics Committee of the National Public Health Institute in Helsinki, Finland</p> <p>Alle deltakerne ga skriftlig samtykke</p> <p>Denne studien er relevant for vår oppgave, da den viser individualisert livsstilsrådgivning</p>

	<p>reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study</p> <p>The Lancert Journal</p> <p>Finland</p>		<p>av kroppsvekt, mengde fysisk aktivitet, kosthold og fastende blodsukker</p>		<p>avsluttet</p>	<p>ing fører til vedvarende endringer i livsstil, og dermed at DMT2 kan forebygges gjennom individuell rådgivning. Dette ses på som en viktig del av sykepleiernes kompetanseområde</p>
4	<p>Ash S, Reeves M, Bauer J, Dover T, Vivanti A, Leong C Sullivan T O og Capra S</p> <p>(2006)</p> <p>A randomized control trial comparing lifestyle groups, individual counseling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months</p> <p>International Journal of Obesity</p> <p>Australia</p>	<p>Undersøke effekten av gruppebasert kognitiv adferdsterapi i sammenlignet med individualisert rådgivning eller og kun å motta informasjonshefte</p>	<p>Design: kvantitativ, randomisert kontrollert studie</p> <p>Instrument: antropometriske målinger, spørreskjema</p> <p>Intervensjon. Undersøkt effekt av gruppebasert kognitiv adferdsterapi i forhold til vekt, andre vektrelaterte variabler, mengde fysisk aktivitet og endring i helse og velvære</p>	<p>Deltagere: 191</p> <p>Alder: >18 år</p> <p>Frafall: 47</p>	<p>Både gruppebasert kognitiv atferdsterapi og individuell rådgivning gir betydelig større vektreduksjon og større forbedring i troen på egen mestringsevne, sammenlignet med de som kun mottok informasjonshäfte</p> <p>En gruppebasert kognitiv atferdsterapi var like effektiv som individuell</p>	<p>Etisk godkjenning ble mottatt av institusjonens etiske komitéer</p> <p>Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien før de ga samtykke om å delta</p> <p>Studien er relevant for oppgaven da den viser at både gruppeintervensjon og individuell intervensjon bidrar til livsstilsendringer. Dette viser seg i form av vekttap, minskning av livvidde og</p>

					<p>rådgivning i forhold til vekttap, minskning av livvidde og troen på egen mestringsevne</p> <p>Sannsynligheten for å være fysisk aktivitet var lavere ved individuell rådgivning, sammenlignet med gruppeintervensjonen</p>	bedring av troen på egen mestringsevne
5	<p>Laatikainen T, Dunbar J A, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, Philpot B, Absetz P, Bunker S, O'Neil A, Reddy P, Best J D og Janus E D</p> <p>(2007)</p> <p>Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting; Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project BMC Public</p>	<p>Vurdere om en gruppebasert livsstilsintervensjon er gjennomførbart i den Australske primærhelse tjenesten</p>	<p>Design: kvantitativ, randomisert kontrollert studie</p> <p>Instrument: antropometriske målinger og laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: Vurdert effekt av gruppebasert livsstilsintervensjon i forhold til vekt, livvidde, fastende blodsukker, kolesterol, nivåer av triglyserider og diastolisk</p>	<p>Deltagere: 311</p> <p>Frafall: 74</p> <p>Alder: 40–75 år</p>	<p>Studien viser at DMT2 forebyggen de gruppeprogram levert av sykepleiere, ernæringskspert og fysioterapeuter er gjennomførbart i primærhelsetjenesten og fører til reduksjon flere av risikofaktorer i utvikling av DMT2</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Flinders University Clinical Research Ethics Committee</p> <p>Deltagerne ga skriftlig samtykke om å delta i studien</p> <p>Artikkelen er relevant for oppgaven da den viser til at et livsstilsmodifiserende gruppeprogram, gitt av blant annet sykepleiere, fører til livsstilsendring i form av</p>

	Health Australia		blodtrykk			forbedringer av vekt, glukose og lipider hos personer i risiko for å utvikle DMT2
6	Greaves C J, Middlebrooke A, O`Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, Gale T, Hammerton F og Daly M (2008) Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial British Journal of General Practice Storbritannia	Vurdere effekten av en individuell, atferdsrådgivning ved bruk av motiverende intervju-teknikker i primærhelse tjenesten, for å redusere risikoen for DMT2	Design: kvantitativ, randomisert kontrollert studie Instrument: antropometriske målinger Intervensjon: Vurdert effekt av individuell atferdsrådgivning ved bruk av motiverende intervju-teknikker i forhold til vekttap og mengde fysisk aktivitet	Deltakere: 141 Frafall: 26 Alder: > 18 år	Individuell atferdsrådgivning ved bruk av motiverende intervju-teknikker, gitt av blant annet helsesøster og rehabiliteringssykepleiere, fører til vektreduksjon og økt mengde fysisk aktivitet	Etisk godkjenning ble gitt av North and East Devon Local Research Ethics Committee Deltakerne ga skriftlig samtykke om å delta i studien Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den viser til at individuell atferdsrådgivning ved bruk av individuelle motivasjonsteknikker gitt av blant annet sykepleiere, fører til livsstilsendring
7	Whittemore R, Melkus G D, Alexander N, Zibel S, Visone E, Muench U, Magenheimer E og Wilborne S (2009) Implementation of a lifestyle	Beskrive implementeringsprosessen og deltakertilfredsheten av et individuelt livsstilsprogram levert av sykepleiere i primærhelse tjenesten til voksne med	Design: kvalitativ og kvantitativ, blandet metodisk studie Instrument: spørreundersøkelse og intervju Intervensjon:	Deltakere: 7 sykepleiere og 58 pasienter Frafall: 1 sykepleier og 7 pasienter Alder: voksne	Deltakerframmøte var høy og de individuelle øktene ble gjennomført med god suksess Deltagerne som deltok i individuelt	Etisk godkjent av Institutional Review Board Studien er relevant for oppgaven, da den får frem at et individuelt program levert av sykepleiere i

	<p>program in primary care by nurse practitioners</p> <p>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</p> <p>USA</p>	<p>risiko DMT2, sammenlignet med forbedret standard behandling</p>	<p>Undersøkt implementeringsprosess og deltakertilfredshet med individualisert livsstilsprogram levert av sykepleiere med opplæring i MI som metode</p>		<p>livsstilsprogram var mer fornøyd sammenlignet med de som kun mottok forbedret standard behandling</p> <p>Deltakerne trekker frem positive aspekter ved programmet, som skapte motivasjon til livsstilsendring</p> <p>Programmet førte til atferdsendringer, samt at deltakerne lærte mer om både kosthold og trening</p> <p>Implementeringen av et slikt program er gjennomførbart i primærhelsetjenesten</p>	<p>primærhelsetjenesten fører til atferdsendringer</p> <p>Den får også frem hva pasientene verdsetter i gjennomføring - og lærer ved deltakelse en av et slikt program, noe som vil kunne ha stor betydning for at livsstilsendring skal kunne skje</p> <p>Dessuten viser studien at sykepleiere har kompetanse til å drive forebygging av diabetes og at det er gjennomførbart i primærhelsetjenesten</p>
8	<p>Walseth L T, Abildsnes E og Schei E (2011)</p>	<p>Søke etter temaer som pasienter vurderer som viktige ved</p>	<p>Design: kvalitativ, intervju – og observasjonstudie</p>	<p>Deltakere: 12</p> <p>Frafall: 0</p> <p>Alder: 20–60 år</p>	<p>Studien viser at fastlegen bør være både en kilde til</p>	<p>Etisk godkjenning er gitt av The Regional Committee for Medical and</p>

	<p>Patients` experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study</p> <p>Scandinavian Journal of Primary Health Care</p> <p>Norge</p>	<p>livsstilsrådgivning gitt av fastlege i primærhelse tjenesten</p>	<p>Instrument: intervju og observasjoner</p> <p>Intervensjon: Undersøkt viktige tema ved livsstilsrådgivning gitt av fastlege i primærhelse tjeneste</p>		<p>både medisinsk kunnskap og en omsorgsperson ved livsstilsrådgivning</p> <p>Et godt og personlig lege-pasient forhold skaper motivasjon og forpliktelse til atferdsendring, og det fører til at rådgivningen blir tolket som omsorgsfull</p> <p>Funnene understreker nødvendigheten av en pasientsentert tilnærming i livsstilsrådgivning</p>	<p>Health Research Ethics</p> <p>Artikkelen er relevant for vår oppgave da den belyser viktigheten av et godt og personlig forhold mellom rådgiver og pasient, samt opplevelsen av omsorg ved livsstilsrådgivning. Dette anses å være viktige områder innenfor sykepleieyrket</p>
9	<p>Gagnon C, Brown C, Couture C, Kamga- Ngande C N, Hivert M F, Baillargeon J P, Carpentier A C og Langlois M F</p> <p>(2011)</p>	<p>Sammenligner effekten av en ett-årig tverrfaglig tilnærming som inkluderer motiverende rådgivning og gruppeseminarer,</p>	<p>Design: kvantitativ</p> <p>Instrument: antropometriske målinger og laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: Sammenlignet effekt av</p>	<p>Deltakere: 48</p> <p>Frafall: 7</p> <p>Alder: 43–69</p>	<p>Studien viser at en individuell, tverrfaglig tilnærming kombinert med gruppeseminarer fører til betydelig signifikant vekttap og metabolske</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av The SCHUS and University of Sherbrooke ethics review board of research on humans.</p> <p>Hver deltaker ga skriftlig</p>

	<p>A cost-effective moderate-intensity interdisciplinary weight-management programme for individuals with prediabetes</p> <p>Diabetes & Metabolism</p> <p>Canada</p>	<p>sammenlignet med kun å gi gruppeseminarer, hos personer med pre-diabetes</p>	<p>to intervensjoner forhold til vekttap, livvidde, blodsukker, lipidprofil, glukosetoleranse og forekomst av DMT2</p>		<p>forbedringer hos personer med pre-diabetes</p> <p>Gruppeseminarer alene var ikke like effektivt</p>	<p>samtykken om å delta i studien</p> <p>Artikkelen er relevant for oppgaven da den viser at en kombinasjon av individuell tverrfaglig tilnærming og gruppeseminarer fører til livsstilsendring</p> <p>Sykepleiere er en viktig del av denne tverrfaglige tilnærmingen</p>
10	<p>Sakane N, Sato J, Tsushita K, Tsujii S, Kotani K, Tsuzaki K, Tominaga M, Kawazu S, Sato Y, Usui T, Kamae I, Yoshida T, Kiyohara Y, Sato S og Kuzuya H</p> <p>(2011)</p> <p>Prevention of type 2 diabetes in a primary healthcare setting: Three-year results of lifestyle intervention in Japanese subjects with</p>	<p>Undersøker gjennomførbareheten og effektiviteten av en tre-årig livsstilsintervensjon, gjennomført av sykepleiere i primærhelse tjenesten i Japan</p>	<p>Design: kvantitativ, randomisert kontrollert studie</p> <p>Instrument: antropometriske målinger og laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: Undersøkt effekt av en kombinert intervensjon i forhold til vekt, livvidde, blodtrykk. Kosthold, BMI, blodsukker, insulinfølsom</p>	<p>Deltagere: 296</p> <p>Frafall: 83</p> <p>Alder: 30–60 år</p>	<p>En livsstilsintervensjon som inkluderte både individuelle økter og gruppeøkter, gitt av sykepleiere, forbedrer flere risikofaktorer for utvikling av DMT2, og reduserer dermed samlede forekomsten av sykdommen over en tre års periode</p>	<p>Etisk godkjenning er gitt av Ethics Committee of the National Hospital Organization Kyoto Medical Center</p> <p>Alle deltakerne ga skriftlig samtykken før starten av studien</p> <p>Studien er relevant for oppgaven da den viser til at en kombinasjon av individuelle – og gruppeøkter</p>

	<p>impaired glucose tolerance</p> <p>BMC Public Health</p> <p>Japan</p>		<p>het og lipidprofil</p>			<p>gitt av sykepleiere kan bidra til viktige livsstilsendringer, og dermed bidra til forebygging av DMT2</p> <p>Dette har viktige konsekvenser for primærhelsetjenesten og deres primærforebyggende arbeid, og dermed for sykepleiere</p>
11	<p>Gilis-Januszewska A, Szybinski Z, Kissimova-Skarbek K, Piwonska-Solska B, Pach D, Topor-Madry R, Tuomilehto J, Lindström J, Peltonen M, Schwarz P E og Hubalewska-Dydejczyk A</p> <p>(2011)</p> <p>Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in primary health care setting in Poland: Diabetes in Europe</p>	<p>Undersøke om et gruppebasert, sykepleielevet livsstilsintervensjon program er gjennomførbart i primærhelsetjenesten i Polen</p>	<p>Design: kvantitativ</p> <p>Instrument: antropometriske målinger og laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: Undersøkt effekt av gruppebasert livsstilsintervensjon i forhold til vekt, BMI, livvidde, blodtrykk, kolesterol, triglyserider, glukosetoleranse, kosthold og mengde fysisk</p>	<p>Deltakere: 275</p> <p>Frafall: 100</p> <p>Alder: middelaldr ende</p>	<p>Forebygging av DMT2 gjennom gruppebasert livsstilsintervensjon er gjennomført i primærhelsetjenesten i Polen, og fører til forbedringer av risikofaktorer hos personer i høy risiko for å utvikle sykdommen</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av The Jagiellonian University Clinical Research Ethics Committee</p> <p>Alle deltakerne ga skriftlig samtykke om å delta i studien</p> <p>Studien er relevant for oppgaven da den viser at en gruppebasert livsstilsintervensjon gitt av sykepleiere med kunnskap om emnet, kan føre til</p>

	<p>Prevention using Lifestyle, physical Activity and Nutritional intervention (DE-PLAN) project</p> <p>The British Journal of Diabetes and Vascular Disease</p> <p>Polen</p>		aktivitet			livsstilsendring hos personer i risiko for å utvikle DMT2
12	<p>Nilsen V, Bakke P S og Gallefoss F (2011)</p> <p>Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus – results from a randomised, controlled trial</p> <p>BMC Public Health</p> <p>Norge</p>	<p>Vurdere virkningene av en individuell livsstilsintervensjon gitt av lege, og sammenligne dette med den samme lege-intervensjonen kombinert med en tverrfaglig, gruppebasert tilnærming</p>	<p>Design: kvantitativ, randomisert kontrollert studie</p> <p>Instrument: antropometriske målinger og laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: sammenlignet effekt av individuell intervensjon sammenlignet med kombinert intervensjon i forhold til kosthold, fysisk aktivitet, aerob kapasitet, vekttap, blodsukker, blodtrykk, og livvidde</p>	<p>Deltakere: 213</p> <p>Frafall: 31</p> <p>Alder: 18–64 år</p>	<p>Individuell livsstilsintervensjon ga like gode resultater for livsstilsendringer som det en kombinert intervensjon gjorde</p> <p>En tverrfaglig gruppebasert veiledning ga ingen tilleggseffekter</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av The Regional Committee for Medical Research Ethics of Southern Norway</p> <p>Deltakerne ga skriftlig samtykke om å delta i studien</p> <p>Studien er relevant for oppgaven da den viser at en individuell intervensjon er like effektiv som en kombinert intervensjon i forhold til å endre livsstil</p>
13	<p>Lakerveld J, Bot S D,</p>	<p>Vurderer effekten av</p>	<p>Design: kvalitativ,</p>	<p>Deltakere: 622</p>	<p>En livsstilsinte</p>	<p>Etisk godkjenning</p>

	<p>Chinapaw M J, Tulder M W, Kostense P J, Dekker J M og Nijpels G</p> <p>(2013)</p> <p>Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial</p> <p>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</p> <p>Nederland</p>	<p>en individuell livsstilsintervensjon basert på en innovativ kombinasjon av motiverende intervju og problemløsende behandling, sammenlignet med og kun å utgi helsebrosyrer, for å redusere risikoen for utvikle DMT2 og hjerte – og karsykdommer, og for å motivere til livsstilsendring</p>	<p>randomisert kontrollert studie</p> <p>Instrument: antropometriske målinger, laboratoriske målinger</p> <p>Intervensjon: Sammenlignet effekt av MI som metode med og kun å utgi helsebrosyrer, i forhold til kosthold, mengde fysisk aktivitet og røykevaner og risiko for å utvikle DMT2</p>	<p>Frafall: 89</p> <p>Alder: 30 – 50 år</p>	<p>rvensjon basert på en kombinasjon av MI og problemløsende behandling er ikke mer effektiv enn å utgi helsebrosyrer for å redusere risikoen for diabetes mellitus type 2, hjerte – og karsykdom eller forbedre livsstilsatferd.</p>	<p>ble gitt av Medical Ethics Committee of the VU University Medical Center in Amsterdam.</p> <p>Deltakerne ga skriftlig samtykke for å delta i studien</p> <p>Artikkelen er relevant for oppgaven da den viser at en livsstilsintervensjon basert på MI og problemløsende behandling gitt av sykepleiere i primærhelsetjenesten, ikke er mer effektivt sammenlignet med og kun å utgi helsebrosyrer, i forhold til å redusere risikoen for DMT2</p>
14	<p>Ljung S, Olsson C, Rask M og Lindahl B</p> <p>(2013)</p> <p>Patient Experiences of a Theory-Based Lifestyle-Focused Group Treatment in</p>	<p>Undersøker hvordan pasienter opplever et teoribasert, livsstilsfokuset gruppeprogram i primær – og sekundærforbygging av hjerte – og karsykdomm</p>	<p>Design: kvalitative intervjuer</p> <p>Instrument: intervjuer</p> <p>Intervensjon: Undersøkt hvordan pasienter opplever livsstilsfokuset</p>	<p>Deltagere: 19</p> <p>Frafall: 0</p> <p>Alder: 35–70</p>	<p>Alle informantene hadde en relativt lik positiv opplevelse av intervensjonen</p> <p>Livsstilsfokusert gruppebehandling</p>	<p>Artikkelen har fått etisk godkjenning av The Research Committee of the Department of Food and Nutrition, Umeå University</p> <p>Deltakerne ble</p>

	<p>the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes</p> <p>International Journal of Behavioral Medicine</p> <p>Sverige</p>	er og DMT2	gruppeprogram		<p>basert på sosial kognitiv teori, stimulerer ulike komponenter som styrker pasientenes mestringsevne for langsiktig atferdsendring</p>	<p>gitt informasjon om at deltakelsen var frivillig, og at de ville være anonyme i datapresentasjonen</p> <p>Artikkelen er relevant for oppgaven da den viser ulike aspekter som pasientene verdsetter ved et livsstilsfokuseret gruppeprogram. Dette vil være viktig for at livsstilsendring skal kunne skje</p> <p>Artikkelen viser også at det skjedde positive endringer på livsstilsrelaterte områder</p>
--	---	------------	---------------	--	--	--

Vedlegg 5 – Eksempel på hvordan kategoriene ble til

Meningsbærende enheter	Sub-kategorier	Kategorier
<p>En spesiell støttende åpenhet i gruppen gjorde det lettere å dele erfaringer, identifisere seg med andre og skape avstand fra egne problemer</p> <p>En gruppeintervensjon med fokus på sosial støtte og målsetting viser til positive effekter på livsstilsendring</p> <p>En intervensjon gitt av sykepleiere som inkluderer gruppetimer med fokus på blant annet sosial støtte fører til forbedringer i vekt, BMI, blodtrykk, livvidde, aktivitetsnivå og ernæring</p> <p>Prosessen mot livsstilsendring synes å være et komplekst samspill påvirket av de ansatte, medpasienter og den enkeltes personlige utvikling</p> <p>Det å være i en gruppe ble oppfattet som en viktig del av behandlingen</p> <p>Gruppebasert kognitiv atferdsterapi gir større endringer i vekt sammenlignet med og kun å motta et informasjonshefte</p> <p>Gruppebehandling gir like forandringer i vekt som individuell behandling</p> <p>Livsstilsfokusert gruppebehandling basert på sosial kognitiv teori fører til at pasientene går gjennom en prosess av selvutvikling som utdyper deres forståelse for eget ansvar for egen helse</p> <p>Livsstilsfokusert gruppebehandling forbedrer</p>	<p>Fokus på, – og opplevelse av sosial støtte i gruppen har stor betydning for gjennomføring av livsstilsendring</p> <p>Gruppeintervensjoner fører til gode effekter og positive opplevelser hos deltakerne</p> <p>Gruppeintervensjoner bidrar til å styrke pasientens tro på egen mestringsevne</p>	<p>Gruppeintervensjon som tiltak for å bidra til livsstilsendring</p>

<p>pasientenes ferdigheter i å finne støtte hos andre</p> <p>Fokus på små, målbare endringer i stedet for høye mål var med på å skape en positiv opplevelse hos deltakerne i gruppeintervensjonen</p> <p>Mange deltakere hadde en relativ lik positiv opplevelse av en livsstilsfokuset gruppebehandling basert på sosial kognitiv teori</p> <p>Livsstilsfokuset gruppebehandling fører til positive endringer i forhold til spise og mosjonsvaner og andre livsstilsrelaterte områder</p> <p>De ansatte er en viktig del av livsstilsfokuset gruppebehandling</p> <p>Mange opplever behandlingen som personlig selv om de er i gruppe</p> <p>Å være i en gruppe kan skape gruppepress og føre til at pasientene sammenligner seg selv med andre</p> <p>Et strukturert gruppeprogram levert av sykepleiere, ernæringsfysiologer og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten fører til en reduksjon av risikofaktorer for utvikling av diabetes type 2</p> <p>Både individuell behandling og gruppebehandling gir bedring i troen egen mestringsevne</p>		
---	--	--

<p>Livsstilsfokuset gruppebehandling basert på sosial kognitiv teori stimulerer ulike komponenter som styrker deltakernes tro på egen mestringsevne for langsiktig atferdsendring</p> <p>Gruppebasert atferdsterapi med fokus på empowerment fører til betydelig større endringer i vekt og tro på egen mestringsevne, sammenlignet med de som kun mottar et informasjonshefte</p>		
--	--	--