

Motiverande samtal - En metod för viktnedgång?

– En litteraturoversikt om MI:s effekt på överviktiga personers viktnedgång.

FÖRFATTARE	Caroline Zachau Hildur Hilmarsdóttir
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 Högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250
	VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Olof Persson
EXAMINATOR	Evelyn Hermansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Känslan av att aldrig passa in
I kretsar av människor
Och stolar

Bälten gjorda för att rädda liv
För sköra för att rädda mitt

Blodet, kroppens nektar av liv
Koagulerar
Expanderar i mina ådror

Tröstmaten, min enda vän
Min eviga livskamrat
Hugger mig i ryggen
Med frestelser och sjukdomar

Fetma och övervikt
Dessa stora ord
Dessa tunga bördor
Som krossar leder och liv

Ut ska dom
Bort från mitt liv
Dra upp persiennerna, vännen
Släpp in livet

*Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Lars-Olof Persson för stöd,
uppmuntran och konstruktiv kritik under arbetets gång.*

Titel (svensk):	Motiverande samtal – en metod för viktnedgång? En litteraturöversikt om MI: s effekt på överviktiga personers viktnedgång.
Titel (engelsk):	Motivational interviewing – A method for weight loss? A literature review on MI: s effect of obese people´s weight loss.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Caroline Zachau Hildur Hilmarsdóttir
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Evelyn Hermansson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Övervikt och fetma är ett växande hälsoproblem världen över. Drygt en miljard människor är överviktiga och inte mindre än 2,8 miljoner dör varje år på grund av komplikationer till övervikt och fetma. Det är ett folkhälsoproblem som har drabbat Sverige i allra högsta grad, då mer än hälften av männen och över 40 % av kvinnorna är överviktiga. Därför är det viktigt att med tillräcklig kunskap och rätt verktyg hjälpa dessa människor att göra en livsstilsförändring och gå ner i vikt. Motiverande samtal (MI) är en metod som används just för att motivera människor till livsstilsförändringar och ge dem det stöd och den hjälp som behövs för att ändra sitt beteende. MI användes ursprungligen för att hjälpa människor med alkoholmissbruk, men har nu tillämpats inom många områden som till exempel kost- och motionsvanor. **Syfte:** Att kartlägga om motiverande samtal (MI) är en effektiv metod för att hjälpa överviktiga personer att gå ner i vikt. **Metod:** Vi har valt att göra en litteraturöversikt som baseras på 12 vetenskapliga artiklar, 11 kvantitativa och en kvalitativ. Artiklarna har analyserats och sammanställts för att få fram ett relevant resultat som svarar på svårt syfte. **Resultat:** Motiverande samtal har visat sig ha positiva effekter på deltagarnas viktnedgång. De människor som fått MI har överlag lyckats gå ner mer i vikt än de som inte fått det, men ett fåtal studier visat inte någon större skillnad mellan grupperna. Resultatet av den kvalitativa studien visar att många upplever att de har fått stöd och hjälp genom samtalen och att de blivit mer motiverade till viktnedgång. Flera deltagare uttryckte också en önskan om fler samtal, utspridda under en längre period. **Slutsats:** Studierna visar att MI har hjälpt många människor att lyckas med sin viktnedgång, även om metoden inte har effekt på alla.

Nyckelord: Motiverande samtal, Fetma, Övervikt, Viktnedgång, viktminskningsprogram

Keywords: Motivational interviewing, Obesity, Overweight, Weight loss, Weight reduction programs

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
ÖVERVIKT OCH FETMA	1
ÖVERVIKT OCH FETMA UR ETT GLOBALT PERSPEKTIV	2
ÖVERVIKT OCH FETMA I SVERIGE	2
CENTRALA OMVÅRDNADSÅTGÄRDER OCH BEGREPP	2
MOTIVERANDE SAMTAL – MOTIVATIONAL INTERVIEWING (MI)	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
DESIGN	4
DATAINSAMLING OCH URVALSKRITERIER	5
DATAANALYS	5
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	5
RESULTAT	6
MI: S EFFEKT PÅ ÖVERVIKTIGA	6
MI: S EFFEKT PÅ ÖVERVIKTIGA MED SÄRSKILDA SJUKDOMAR/BESVÄR	8
Diabetes	8
Infertilitet	8
Kardiovaskulära sjukdomar	8
MÄNNISKORS UPPLEVELSE AV MI SOM EN METOD FÖR VIKTNEDGÅNG	9
Monitoring and support	9
Listening support	9
Motivation and self-regulation	10
Barriers	10
DISKUSSION	10
METODDISKUSSION	10
RESULTATDISKUSSION	12
SLUTSATS	16
KLINISKA IMPLIKATIONER	17
REFERENSER	18
BILAGOR	
Bilaga 1. Översikt över litteratursökning	
Bilaga 2. Artikelsammanfattning	

INLEDNING

Trivs du med din kropp? Har du någon gång försökt gå ner i vikt? Går du och bär på för många kilon och har du rentav en övervikt som skulle kunna skada din hälsa? Om svaret skulle bli ja på den sista frågan, är du inte ensam. Under de senaste decennierna har övervikt och fetma blivit allt vanligare i Sverige, 57 % av männen och 42,5 % av kvinnorna beräknas idag vara överviktiga (WHO, 2013a). Genom media får vi mängder med tips och råd varje dag på hur vi snabbt ska tappa kilon, men frågan är hur pass effektiva dessa metoder är. En av sjuksköterskans uppgifter är just att samtala med överviktiga patienter om hur de kan lyckas med sin viktnedgång, så att de kan leva ett längre och friskare liv. En metod som vuxit fram under de senaste decennierna är motiverande samtal, där fokus ligger på att patienten ska hitta sin egen motivation och drivkraft till förändring (Socialstyrelsen, 2007). Kan den här metoden hjälpa människor att äta nyttigare och röra på sig mer och på så vis gå ner i vikt?

BAKGRUND

ÖVERVIKT OCH FETMA

WHO definierar övervikt och fetma som onormal eller överdriven ansamling av fett som medför hälsorisker (WHO, 2013b). Övervikt och fetma orsakas av samverkan mellan ärftliga faktorer och miljöfaktorer, såsom för högt energiintag, otillräcklig fysisk aktivitet och stressfaktorer. Fetma brukar utvecklas under lång tid som en konsekvens av att energiintaget är större än energiförbrukningen. Om man inte tänker på att förbränna energin kan det räcka med ett litet energiöverskott varje dag under en längre period för att utveckla fetma (Skolin, 2010).

Övervikt och fetma kan mätas på olika sätt, men det vanligaste är att beräkna människans Body mass index (BMI) vilket görs genom att dividera vikten i kilogram med längden i meter i kvadrat. Det är en enkel mätmetod som kan användas för både män och kvinnor i vuxen ålder. Enligt WHO bör en vuxen människa ha BMI mellan 18,5 - 24,9 kg/m² för att kunna uppnå optimal hälsa (WHO, Western Pacific Region, 2012). BMI över 25 kg/m² räknas som övervikt och BMI över 30 kg/m² räknas som fetma (WHO, 2013b). Mätning av BMI kan kompletteras med mätning av personens midjemått för att se hur fettet är fördelat i kroppen. Hur fettet fördelas i kroppen är viktigt eftersom ökad bukfetma ger en ökad risk för diabetes typ 2 och kardiovaskulära sjukdomar (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012).

Övervikt och fetma medför en ökad risk för kroniska sjukdomar såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, stroke och cancer. Viktuppgång ökar också risken för att få högt blodtryck, störd sockerbalans, höga blodfetter, ateroskleros, sömnapné, artros, infertilitet samt psykiska besvär som depression och ångest (Pellmer et al., 2012). Globalt är ca 44 % av diabetesfallen, 23 % av ischemiska hjärtsjukdomar och upp till 40 % av flera cancersorter i världen komplikationer av fetma (WHO, Western Pacific Region, 2012).

För att minska komplikationsriskerna är det viktigt att människor som lider av övervikt och/eller fetma går ner i vikt och minskar sitt BMI, genom att reducera energiintaget och öka energiförbrukningen (Skolin, 2010). Även små viktreduktioner reducerar riskerna för att få hjärt- och kärlsjukdomar (Hardcastle, Taylor, Bailey, Harley & Hagger, 2013). WHO uppmanar världens befolkning att äta nyttigare kost och öka den fysiska aktiviteten samt att samhällena ska bli mer stödande och motiverande eftersom miljön är fundamental för formningen av människors val (WHO, 2013b).

ÖVERVIKT OCH FETMA UR ETT GLOBALT PERSPEKTIV

Allt fler människor lider av övervikt eller fetma och nu varnar WHO för ett stadigt ökande hot mot den globala folkhälsan (WHO, 2005). Sedan 1980-talet har antalet människor som lider av fetma nästan fördubblats och siffrorna förväntas fortsätta att öka i framtiden. Idag är mer än 1,4 miljarder människor överviktiga varav över 200 miljoner män och 300 miljoner kvinnor är feta (WHO, 2013b). Befolkningens ständigt ökade vikt utgör ett av de svåraste globala folkhälsoproblemen idag. Prevalensen av övervikt och fetma är störst i Nordamerika och lägst i Sydostasien, men statistik visar att övervikt och fetma, som förr i tiden främst var förknippat med höginkomstländer, har nu ökat dramatiskt i låg- och medelinkomstländerna, som t.ex. Venezuela, Argentina, Sydafrika och Jordanien (WHO, Western Pacific Region, 2012). De höginkomstländer som har störst andel övervikt och fetma är bland annat USA, Kanada, Tyskland och Grekland. Allra högst andel har öarna Nauru och Tonga, där så många som nio av tio vuxna är överviktiga (WHO, 2005).

ÖVERVIKT OCH FETMA I SVERIGE

Under de senaste decennierna har övervikt och fetma blivit allt vanligare i Sverige, 57 % av männen och 42,5 % av kvinnorna beräknas idag vara överviktiga (WHO, 2013a). Enligt socialstyrelsens årsrapport från 2013 var ökningarna störst bland människor under 50 år och de med kort utbildning. Årsrapporten visar däremot att under det allra senaste decenniet har andelen överviktiga i Sverige inte ökat markant, men andelen människor som lider av fetma har däremot ökat (Socialstyrelsen, 2013). Enligt WHO har 18,2 % av männen och 15,0 % av kvinnorna fetma i Sverige idag (WHO, 2013a).

CENTRALA OMVÅRDNADSÅTGÄRDER OCH BEGREPP

Enligt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder från 2011, finns det övergripande omvårdnadsåtgärder som vårdpersonal kan använda sig av för att hjälpa människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor såsom otillräcklig fysisk aktivitet och osunda kostvanor. Några exempel på omvårdnadsåtgärder som tillämpas är ”enkla råd”, där vårdpersonalen ger korta standardiserade råd och ”rådgivande samtal” där vårdpersonalen för en djupare dialog med patienten kring hans/hennes levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011).

Under alla samtal mellan sjuksköterskan och patienten, är det viktigt att sjuksköterskan har ett personcentrerat förhållningssätt, då personcentrerad vård är kärnan för att kunna skapa så god och individanpassad vård som möjligt. Personcentrerad vård baseras på ett partnerskap mellan patient, anhöriga och vårdpersonal där fokus ligger på att lyfta patientens värderingar, önsknings och behov. Patienten ska ges möjligheten till att utgöra en central roll i sin vård och behandling och känna att han/hon har kontroll över sin nuvarande situation (Davis Boykins, 2014).

För att kunna bedriva personcentrerad vård, där patienten är i centrum, är det viktigt att se till att patientens röst blir hörd och att hon/han ges möjligheten att uttrycka sin egen vilja. Det är vårdpersonalens skyldighet att göra patienten så delaktig som möjligt i de beslut som tas kring hans/hennes vård och behandling. Begreppet delaktighet har fått många betydelser genom åren såsom aktiv medverkan, engagemang och medinflytande, men grunden till begreppet går tillbaka till omvårdnadsteoretikern, Florence Nightingale. Trots att Nightingale inte använde just begreppet delaktighet, lade hon stor vikt på att främja patienternas autonomi. Autonomi handlar om självständighet och självbestämmande samt om en frihet från auktoritet, vilket gör att det är starkt kopplat till begreppet delaktighet. För att vårdpersonalen ska kunna skapa förutsättningar för patientdelaktighet krävs god kontakt och en tydlig dialog mellan parterna (Eldh, 2009).

För att en god och tydlig dialog ska kunna skapas mellan sjuksköterskan och patienten är kommunikationen viktig. Kommunikation och samtalsfärdigheter är en del av sjuksköterskans kompetens och det är viktigt att det inte glöms bort (Davis Boykins, 2014). Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska från 2005, är det viktigt att den legitimerade sjuksköterskan har förmåga att kommunicera med patienter och anhöriga på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt och se till att de förstår den information som ges så att de kan vara delaktiga i de beslut som tas (Socialstyrelsen, 2005). Genom att skapa en tvåvägskommunikation kan båda parterna bli hörda, vilket ökar chansen för att en gemensam förståelse kan uppkomma och ett gemensamt beslut kan tas. Det är upp till sjuksköterskan att försöka se och förstå patientens individuella situation och anpassa kommunikationen därefter (Davis Boykins, 2014).

Kommunikation, genom olika typer av samtal, är en vanlig omvårdnadsåtgärd inom vården. En del av sjuksköterskans kommunikationskompetens går till att förespråka sjukdomsförebyggande åtgärder, välmående och uppmana patienter till en mer hälsosam livsstil (Davis Boykins, 2014). En omvårdnadsåtgärd som tillämpas inom vården är ”kvalificerat rådgivande samtal” som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en omfattande dialog med patienten under en längre tid och anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, levnadsvanor, riskbeteende etc. Samtalet inkluderar ofta motiverande strategier (Socialstyrelsen, 2011).

MOTIVERANDE SAMTAL – MOTIVATIONAL INTERVIEWING (MI)

Enligt Socialstyrelsen (2007) är motiverande samtal är en samtalsmetod som utvecklades under 1980-1990-talen av två psykologer vid namn Stephen Rollnick och William F. Miller. Syftet med ett motiverande samtal är att främja motivation och hjälpa personen i fråga till en beteendeförändring. Metoden användes ursprungligen för att hjälpa människor att komma ur sitt alkoholmissbruk, men nu tillämpas metoden inom många olika områden. I verksamheter som skola, kriminalvård, hälso- och sjukvård, psykiatri och socialtjänst har man stor användning för motiverande samtal, eftersom man arbetar mycket med rådgivning och livsstilsrelaterade faktorer såsom alkohol, tobak, droger, spel, kost och fysisk aktivitet. Motiverande samtal som samtalsmetod kan därför användas av flera olika professioner (Socialstyrelsen, 2007).

Att göra en livsstilsrelaterad beteendeförändring i sitt liv ses som en process och startar när personen av någon anledning börjar ifrågasätta sitt beteende. Personen känner då motstridiga känslor, ambivalens, inför sitt beteende och börjar fundera på hur livet skulle se ut efter en ev. förändring. Ambivalens anses som nödvändig för att en förändring ska kunna ske, så därför är man mycket mån om att främja och styrka denna under ett motiverande samtal (Socialstyrelsen, 2007). Målet i ett motiverande samtal är att visa motparten vad man skulle kunna vinna på en förändring. Man visar personen att man ser det liv han/hon lever och även det liv personen skulle kunna leva. Under samtalen ägnar man även en del tid åt att stärka personens tro på sin egen förmåga och hopp om att lyckas med en förändring av ett specifikt beteende (Rautalinko, 2012).

Under ett motiverande samtal har man ett personcentrerat förhållningssätt och man koncentrerar sig på att hitta personens egen drivkraft och motivation till förändring. Behandlarens roll är att hjälpa personen att hitta sin egen förståelse för sin situation, formulera sina egna argument för förändring, sätta upp kortsiktiga och långsiktiga mål och att ge personen stöd och uppmuntran genom processens gång (Socialstyrelsen, 2007).

Det som kännetecknar ett motiverande samtal är att behandlaren ställer öppna frågor, försöker förstå med ett reflekterande förhållningssätt och empatiskt lyssnande, undviker att ge direkta kommandon och försöker stärka personens tillit till sin egen förmåga. Om personen inte skulle se någon anledning till förändring, har behandlaren en icke-dömande attityd och försöker istället ta reda på varför (Cox et al., 2011).

Ett motiverande samtal kan genomföras på flera olika sätt. Använder vårdaren sig av MI – consistent techniques, frågar han eller hon patienten om tillåtelse till att ge råd, innan samtalet börjar. Mycket vikt ligger också på att bekräfta patienten och ha en stöttande attityd gentemot honom/henne. Bedriver man MI - inconsistent techniques däremot, ger man patienten råd om kost och motion utan tillåtelse och man är inte rädd för att konfrontera patienten om hans/hennes livsstil. Ibland kan vårdaren i dessa fall ge direkta riktlinjer för hur patienten ska lägga upp sin vardag eller ändra sina beteenden (Pollak et al., 2010).

PROBLEMFÖRMULERING

Enligt WHO är mer än en miljard människor i världen överviktiga och mer än 300 miljoner lider av fetma. Inte mindre än 2.8 miljoner människor avlider varje år på grund av sin övervikt eller fetma (WHO, Western Pacific Region, 2012). Då det här är ett folkhälsoproblem som drabbat Sverige i allra högsta grad, är det här ett problem som vi som blivande sjuksköterskor kommer stöta på i allt större utsträckning. Då är det viktigt att ha kunskapen och verktygen för att hjälpa dessa människor att gå ner i vikt (Pellmer et al., 2012).

Mycket av sjuksköterskans arbete handlar om att kommunicera med patienten och göra han/henne delaktig i vården så långt det går. Det har visat sig att genom att utgå från patientens egna behov, önsknings och livserfarenheter, blir resultatet av vården bättre (Eldh, 2009). En samtalsmetod som vuxit fram under de senaste decennierna är motiverande samtal. Metoden används inom flera olika områden där man vill främja människors motivation till att förändra sina levnadsvanor. Metoden fokuserar just på att genom kommunikation hitta personens egen drivkraft och motivation till förändring (Socialstyrelsen, 2007). Frågan är om motiverande samtal är så pass effektivt så det kan ge människor styrkan och viljan att äta bättre och röra på sig mer och på så vis gå ner i vikt.

SYFTE

Syftet är att kartlägga om motiverande samtal (MI) är en effektiv metod för att hjälpa överviktiga personer att gå ner i vikt.

METOD

DESIGN

Vi valde att göra en litteraturoversikt, eftersom man lätt får en överblick över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område. Det innebär att man kartlägger befintlig forskning, för att utforska vilka teoretiska utgångspunkter, metoder eller ämnen som är aktuella. Efter att ett problemområde valts, görs en bred sökning av vetenskapliga artiklar. Dessa analyseras och sammanställs därefter, så att kunskapsläget kan fastställas (Segesten, 2012).

DATAINSAMLING OCH URVALSKRITERIER

Vi valde att fokusera på vuxna människor som lider av övervikt eller fetma, oavsett etnicitet, kön och tidigare sjukdomshistoria och undersöka om de kan gå ner i vikt med hjälp av motiverande samtal. För att få korrekt terminologi användes svensk MESH och CINAHL headings. De sökord som valdes var ”motivational interviewing”, obesity, overweight, ”weight loss” och ”weight reduction programs”. Artiklarna hittades genom litteratursökningar i databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus. Var god se bilaga 1 för en översikt över litteratursökningen. På grund av det tillfredsställande antalet träffar, fanns ingen anledning att gå över till ytterligare databaser. Artiklarna som valdes var främst kvantitativa, förutom en som var kvalitativ. Begränsningarna som användes i Pubmed var ”10 years” och i Cinahl ”Peer reviewed”, ”research article”, ”English language” samt ”human”. De enda begränsningar som var nödvändiga i Scopus var ”10 years” och article. De inklusionskriterier som var aktuella för att få svar på syftet, var vuxna med övervikt eller fetma, som skulle få hjälp med att gå ner i vikt, samt att MI användes som behandlingsmetod och effekten av denna var lätt att avläsa. Exklusionskriterierna blev därför barn och ungdomar, att de mätte annat än viktnedgång, psykisk sjukdom eller demens hos deltagarna, att kvinnorna var tillfälligt överviktiga p.g.a. graviditet eller förlossning eller att studien inte hade någon tydlig koppling till MI. Samtliga artiklar har blivit kvalitetsgranskade enligt Fribergs kvalitetsgranskning av kvantitativa och kvalitativa studier (Friberg, 2012). Artiklarna granskades en i taget utifrån de punkter som ingår i granskningsmodellerna. Med hjälp av dessa punkter analyserades artiklarnas problemformulering, teoretiska utgångspunkter, syfte, metod, urval, resultat, metoddiskussion, resultatdiskussion etc. Det var i första hand artiklarnas relevans och kvalitet, som avgjorde om de skulle inkluderas i uppsatsen.

DATAANALYS

Innan analysen av studierna påbörjades, lästes de valda studierna flera gånger för att förstå innehåll och sammanhang. När en helhetsbild av artiklarna hade skapats, sammanfattades varje studie med en eller ett par sidor text som stöd för analysarbetet. Likheter och skillnader mellan de olika studierna identifierades efter att ha jämfört studiernas teoretiska utgångspunkter, metodologiska tillvägagångssätt, analysgång samt syften. Därefter analyserades likheter och skillnader i studiernas resultat. En sak som är viktig att ta hänsyn till är att kvalitativa respektive kvantitativa studier presenterar resultatet på olika sätt, kvalitativa med hjälp av ord och kvantitativa med hjälp av siffror. De kvalitativa studierna presenteras ofta utefter teman och kategorier, medan de kvalitativa studierna presenteras utifrån de statistiska beräkningar som gjorts. Därefter sorterades studiernas resultat och tre underrubriker växte fram. Studiernas resultat beskrevs därefter under passande underrubrik. Analysarbetet kan med fördel liknas vid en pendling mellan helhet (respektive studie) och delar (sammanfattningar) till en ny helhet (det slutgiltiga resultatet) (Friberg, 2012).

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etik handlar om att sträva efter att systematiskt formulera och utveckla teorier och uppfattningar om vad som är gott och ont, rätt och fel. Idén om människovärdet bygger på rätten till självbestämmande och rätten till personlig integritet. Människan måste ha rätt att leva som en unik individ med rätt att fatta egna beslut utgående från sina egna värderingar och sin egen övertygelse. Med att respektera en människa som unik individ menar man att man respekterar individens rätt till självbestämmande och autonomi, respekterar individens egna värderingar, övertygelser, moral eller livsåskådning, ger individen rätt till en personlig livsstil och bemöter individen så att man beaktar hans eller hennes personliga historia, minnen och erfarenheter (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2012).

Det finns fyra etiska principer som bör beaktas inom svenskt forskningsarbete. Den första är informationskravet, där forskaren bör informera berörda personer om den aktuella undersökningens syfte, vilka moment som ingår i undersökningen, vad undersökningen kan bidra med, att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta om så önskar. Den andra etiska principen är nyttjandekravet, som innebär att de uppgifter som samlas in om enskilda personer får endast användas för forskningsändamålet. Den tredje etiska principen, konfidentialitetskravet, innebär att intervjupersonens identitet ska behandlas konfidentiellt och personuppgifter måste förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan komma åt dem. Den fjärde och sista etiska principen, samtyckeskravet, handlar om att deltagarna i undersökningen har rätt att själva bestämma över sin medverkan samt att minderåriga behöver vårdnadshavares godkännande för att få delta (Olsson & Sörensen, 2011).

Vi anser att det är av största vikt att dessa fyra etiska principer följs ordentligt vid genomförandet av ett forskningsarbete. Det handlar trots allt om att skydda människors personuppgifter och på så vis integritet och säkerhet och även att skydda människor från att utsättas för någonting de inte är med på. I stort sett alla valda artiklar har blivit etiskt granskade av etiska kommittéer, om inte annat har deltagarna blivit informerade om studiens tillvägagångssätt och att möjligheten att avbryta fanns. Några av artiklarna för också ett tydligt etiskt resonemang kring sitt tillvägagångssätt och resultat, men vi skulle önska att fler förde en djupare diskussion om detta.

RESULTAT

Granskningen av samtliga artiklar resulterade i tre olika teman, som beskrivs här i resultatet. De tre olika temana är ”MI:s effekt på överviktiga”, ”MI:s effekt på överviktiga med särskilda sjukdomar/besvär” och ”Överviktiga personers upplevelse av MI”. Tabell 1 förtydligar detta.

Tabell 1. Resultatstabell.

Tema:	MI:s effekt på överviktiga.	MI:s effekt på överviktiga med särskilda sjukdomar/besvär.	Överviktiga personers upplevelse av MI.
Subteman:		”Diabetes” ”Infertilitet” ”Kardiovaskulära sjukdomar”	”Monitoring and support” ”Listening support” ”Motivation and self-regulation” ”Barriers”

MI:S EFFEKT PÅ ÖVERVIKTIGA

Det finns ett flertal studier som visar att motiverande samtal har effekt på överviktiga. Ett exempel är en studie av Carels et al. (2007). Denna studie omfattade 46 personer, som delades upp i två grupper, de som uppnådde målen i viktminskningsprogrammet och de som inte gjorde det. Så många som 35 av 46 deltagare hade svårt att nå målen och 19 av dessa fick prova på MI. De andra 16 fungerade som en kontrollgrupp. Det visade sig att den gruppen som fick MI gick ner mer i vikt än de som inte fick det och dessutom ägnade de 68 min mer i veckan åt fysisk aktivitet. Enligt Cox et al. (2011), ökade deltagarnas tro på sig själva gällande

livsstilsförändringar såsom kost och motion när läkarna använde sig av MI. Det resulterade i att deras chanser att gå ner i vikt också ökade.

I en studie gjord av Hardcastle et al. (2013), blev överviktiga och feta primärvårdspatienter randomiserade till två grupper. Samtliga deltagare fick standardinformation om kost och motion, men interventionsgruppen fick utöver detta 5 motiverande samtal face-to-face. Mätningarna gjordes vid tre tillfällen, en vid baseline och sedan en efter 6 månader när MI-gruppen hade fått samtliga av sina motiverande samtal. Den sista mätningen gjordes 18 månader efter baseline för att se om effekten av MI kvarstod. Överlag visade det sig att personerna i MI-gruppen gick ner signifikant i vikt från baseline till 6 månader, men gick upp all sin vikt igen när de motiverande samtalen upphörde. Detta resulterade i att de vägde lika mycket eller mer efter 18 månader som vid baseline. Kontrollgruppen gick däremot stadigt upp i vikt under hela perioden.

Dobrow DiMarco et al. (2009) visar också på en positiv effekt av MI. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vid start, förutom att det råkade hamna fler män i MI-gruppen än i kontrollgruppen. Deltagarna blev randomiserade till två grupper, där en fick Guided self-help behavioral weight loss treatment (GSH) och där den andra fick GSH plus MI. Resultatet visade att båda grupperna gick ner i vikt, men det fanns ändå tydliga skillnader mellan grupperna, då MI-gruppen gick ner mer än kontrollgruppen. Forskarna var dock kritiska till resultatet, då fler män hamnade i MI-gruppen än i kontrollgruppen. Männerna i studien visade sig nämligen gå ner mer i vikt än kvinnorna. Forskarna räknade därför om resultatet och jämförde bara kvinnornas resultat. Skillnaden mellan grupperna blev då något mindre, men visade ändå att deltagarna i MI-gruppen gick ner mer i vikt. Studiens resultat visade även att de deltagare som fick MI, reducerade sin rädsla för att förlora kontrollen över sitt matintag och humöret och livskvaliteten förbättrades.

Enligt Pollak et al. (2010), verkar det vara avgörande om man använder sig av MI – consistent techniques eller MI – inconsistent techniques. De patienter vars läkare använde MI – consistent techniques under viktrelaterade samtal förlorade vikt, till skillnad från de patienter vars läkare använde MI - inconsistent techniques som bibehöll eller gick upp i vikt. Om man endast tittade på MI som helhet hade metoden god effekt. Använde läkarna sig av MI-tekniker gick patienterna ner ca 1.4 kg på tre månader till skillnad från de patienter som inte fick MI, som gick upp ca 0.2 kg på samma tid.

Det finns också forskning som visar att MI har tveksam effekt på överviktiga eller feta personer som försöker gå ner i vikt. Pearson et al. (2013) styrker detta i sin studie, där överviktiga universitetsstudenter mellan 18-24 år undersöktes. Deltagarna blev randomiserade till två olika grupper, några som fick MI via Co-Active Life Coaching (MI via CALC), där de skulle uppnå personliga mål genom dialog och de andra som deltog i ”The LEARN program”, där de undervisades av en specialist om kost och motion, livsstil och värderingar. Resultatet visade att deltagarna i ”the LEARN group” gick ner mer i vikt, trots att de som tillhörde ”MI-via-CALC”-gruppen lyckades minska på sitt dagliga kaloriintag mer. Båda behandlingsmetoderna verkar därför ändå effektiva, eftersom deltagarna oavsett grupp började äta nyttigare och träna med.

Forskning har även gjorts på överviktiga afroamerikanska kvinnor. I en studie av Befort et al. (2008) skrevs 44 överviktiga kvinnor in i ett viktnedskningsprogram genom ett randomiserat urval, där 21 fick MI (motivational interviewing) och 23 fick HE (health education). Det visade sig att både MI-deltagarna och HE-deltagarna minskade sitt dagliga intag av kalorier,

mindre andel kalorier kom från fett, de ökade intaget av frukt och grönsaker och de förlorade en hel del i vikt. Ingen signifikant skillnad fanns mellan de båda grupperna när det kom till hur mycket tid de lade på fysisk aktivitet. Dessvärre resulterade programmet i minskad motivation och sämre självförtroende hos deltagarna i de båda grupperna. Ett samband mellan en stark motivation i början av behandlingen och stor minskning av motivation under processens gång identifierades.

MI: S EFFEKT PÅ ÖVERVIKTIGA MED SÄRSKILDA SJUKDOMAR/BESVÄR

Som tidigare nämnts så löper personer med övervikt eller fetma en ökad risk för att drabbas av diabetes typ II, kardiovaskulära sjukdomar och infertilitet (Pellmer et al., 2012). Några av de inkluderade studierna undersöker just om överviktiga med särskilda sjukdomar/besvär, kan gå ner i vikt med hjälp av MI. Studierna fick varierande resultat, som beskrivs här nedan.

Diabetes

Smith West et al. (2007) undersökte om man kan få överviktiga eller feta kvinnor med diabetes typ II att gå ner i vikt med hjälp av MI. Samtliga deltagare skrevs in i ett viktminskningsprogram, där de randomiserades till antingen fem MI-lektioner eller fem lektioner om hälsa, omedvetna om vilken grupp de tillhörde. Studiens resultat visade att deltagarna i båda grupperna förlorade vikt under viktminskningsprogrammet, men att kvinnorna i MI-gruppen tappade mer vikt än kontrollgruppen. MI-deltagarna började dock lägga på sig efter 12 månader igen, då de motiverande samtalen upphörde (+1.2 kg mellan 12 och 18 mån). Deltagarna i kontrollgruppen började gå upp i vikt igen redan efter 6 månader (+0.3 kg mellan 6 och 12 mån och +0.9 kg mellan 12 och 18 mån). Den totala viktminskningen på 18 mån skiljde sig signifikant mellan grupperna, 3.5 +/- 6.8 kg för MI-gruppen och 1.7 +/- 5.7 kg för kontrollgruppen.

Dock blev det inte samma effekt för afroamerikanerna i samma studie, som inte gick ner alls lika mycket, oavsett grupptillhörighet. Efter sex månader hade afroamerikanska kvinnor gått ner 3.0 +/- 3.9 kg, jämfört med vita kvinnor som gick ner 4.5 +/- 5.1 kg under samma period. Samma mönster upprepade sig vid varje bedömning. För att belysa de afroamerikaner som fick just MI, vägde de mindre efter 6 månader och 12 månader, men vid 18 månader hade de gått upp så mycket i vikt att de vägde i stort sett samma som vid baseline. Trots detta gick afroamerikaner som fick MI, fortfarande ner mer i vikt än kontrollgruppen i början, men detta jämnade alltså ut sig efter 12 månader när MI-samtalen hade upphört. Detta resulterade i att effekten av MI inte kvarstod lika länge hos afroamerikanska kvinnor som hos vita kvinnor (Smith West, DiLillo, Bursac, Gore & Greene, 2007).

Infertilitet

I en randomiserad studie av Karlsen et al. (2013), fick 187 kvinnor hjälp med att gå ner i vikt, för att öka deras chanser att bli gravida. Studiens resultat visade att båda grupperna gick ner i vikt, men deltagarna i MI-gruppen gick ner i genomsnitt mer (-9.3 kg) än deltagarna i kontrollgruppen (-7.3 kg). P-värdet visar att det är signifikant skillnad mellan gruppernas viktnedgång, då det ligger på 0.01, (här är gränsen för p-värdet: < 0.05).

Kardiovaskulära sjukdomar

Groeneveld et al. (2010) visar också på en positiv effekt av MI. Studien gjordes på manliga överviktiga arbetare inom byggbranschen, som löpte ökad risk för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar inom de närmsta tio åren. Alla deltagare fick vid start välja om de ville fokusera på viktnedgång eller rökning, som också är en stor riskfaktor till kardiovaskulära sjukdomar. Utifrån deltagarnas svar delades de in i grupper, där en av grupperna fokuserade

på viktnedgång (Energy balance group). De som valde att tillhöra ”Energy balance group” blev därefter randomiserade till två subgrupper. En som fick MI och en som hade tillgång till vanlig vård. Studiens resultat baseras på tre mätningar som utfördes vid start, sex månader och tolv månader. Mätningarna visar tydliga skillnader i viktnedgång mellan grupperna i ”Energy balance group”, då gruppen som fick MI hade gått ner 1,4 kg i snitt efter 12 månader, medan kontrollgruppen hade gått upp 0,8 kg.

Resultatet från en studie av Low et al. (2013), visade att endast kvinnorna gick ner i vikt med hjälp av MI. Studien undersökte MI:s effektivitet för viktnedgång hos överviktiga patienter med hjärtsjukdom. De som inte behandlades med MI, fick vanlig kostrådgivning. Det visade sig att kvinnorna i MI-gruppen gick ner signifikant mer än kvinnorna i kontrollgruppen, men varken männen i MI eller kontrollgruppen fick någon betydande viktnedgång. Det var **t.o.m.** så att männen i kontrollgruppen gick ner något mer än männen i MI-gruppen, dock uppnådde skillnaden ingen signifikans.

ÖVERVIKTIGAS UPPLEVELSE AV MI SOM EN METOD FÖR VIKTNEDGÅNG

I en kvalitativ studie av Hardcastle et al. (2011), var forskarnas mål att undersöka patienters upplevelse av MI som viktnedgångsmetod. Samtliga patienter hade tidigare deltagit i en kvantitativ studie där de hade fått MI och gick nu med på att delta i en kvalitativ studie. Studiens fokus låg på att låta deltagarna själva berätta om sina erfarenheter och upplevelser av MI samt att försöka ta reda på varför vissa lyckades gå ner i vikt och behålla sin viktnedgång och andra misslyckades. Samtliga deltagare fick pseudonymer för att skydda deras identitet eftersom intervjuerna blev inspelade och analyserade. Under analysen av intervjuerna återkom fyra teman som patienterna hade tagit upp: ”Monitoring and support”, ”Listening support”, ”Motivation and self-regulation” och ”Barriers”.

”Monitoring and support”

Uppföljning och stöd under behandlingens gång, var ett mycket viktigt tema som många deltagare tog upp, oavsett om de hade lyckats eller misslyckats med viktnedgången. Många deltagare upplevde att under tiden som de hade sina MI möten och kontroller hade de ett mål att se fram emot och jobba för. Medvetna om att någon skulle kontrollera deras vikt och fråga om livsstilsfaktorer som kost och motion gjorde att de ansträngde sig lite extra och höjde kraven på sig själva. En av deltagarna ”Alan” berättade att det var på grund av de återkommande mötena som han ansträngde sig för att ändra sina kost- och motionsvanor och gå ner i vikt, eftersom han ville vara duktigare än de andra. En annan deltagare ”Anne” berättade att det var tack vare den där extra supporten och en hjälpande hand som hon lyckades gå ner i vikt, då hon inte har så bra självkontroll. En önskan om fler MI-samtal under en längre period gick att identifiera hos de som misslyckades, alternativt någon form av uppföljning på annan vårdinrättning, t.ex. vårdcentral (Hardcastle & Hagger, 2011).

”Listening support”

En viktig del av MI är att aktivt lyssna och vara närvarande i det patienten berättar. Många som lyckades gå ner i vikt och även hålla vikten, berättade att det var mycket tack vare att intervjuaren verkligen lyssnade på dem och försökte förstå deras unika situation, som de nådde sina personliga mål. De kände att intervjuaren lät dem sitta i förarsätet och själva reflektera över sin situation och att de fick styra samtalet utifrån sina erfarenheter. ”Anne” berättade att hon tidigare upplevt en fördömande och nedvärderande attityd mot hennes fetma och oförmåga att gå ner i vikt när hon sökt vård, men under MI-samtalen möttes hon äntligen av en person med ett icke-dömande och förstående förhållningssätt (Hardcastle et al., 2011).

”Motivation and self-regulation”

Motivation och självreglering var det viktigaste temat som togs upp bland de som lyckades gå ner i vikt även efter att MI mötena upphört. De upplevde att MI hjälpte dem att hitta egna självregleringsrutiner, egen motivation och ökade deras självkontroll. En deltagare ”Graham”, som gick ner i vikt både under och efter MI-samtalen, förklarade det som att viljan att gå ner i vikt måste komma inifrån personen själv, om det ska lyckas. Det är ingen annan som kan fatta det beslutet åt en. De deltagare som lyckats hitta en inre självkontroll och motivation, är också de som lyckats fortsätta att gå ner i vikt efter studiens gång (Hardcastle et al., 2011).

”Barriers”

De som upplevde de största vardagliga hindren, var också de som inte lyckades gå ner i vikt under eller efter interventionen. Många av kvinnorna som deltog upplevde att de inte fick tillräckligt med stöd och uppmuntran i hemmet och att deras män till och med kunde vara i vägen för deras måluppfyllelse. ”Gillian” berättade att hennes man kunde bli arg på henne när hon tog till sig för lite mat på tallriken och då kunde säga något i stil med, att om han hade velat vara tillsammans med en smal kvinna så skulle han valt det från början. Fler kvinnor upplevde precis samma sak, att de inte fick tillräckligt med stöd från sina män när de ville äta nyttigare och röra på sig mer. De upplevde att männen blev irriterade, eftersom de själva inte kände något behov av att ändra sin livsstil. MI handlar mycket om att uppmuntra patienterna till att inkludera sin familj i livsstilsförändringen, vilket fick positiv respons hos kvinnorna. Dock hade de önskat att deras familjemedlemmar hade fått chansen att delta i själva mötena, för att öka förståelsen för kvinnornas situation och vad de går igenom (Hardcastle et al., 2011).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

De databaser vi använde oss av i vår sökning var Cinahl, Pubmed och Scopus. Den förstnämnda just för att den endast presenterar studier som rör ämnet omvårdnad, vilket kommer bli vårt framtida ansvarsområde som sjuksköterskor. Pubmed, som är en databas som fokuserar på det medicinska området, användes för att vi inte ville utesluta andra professioner som också kan tillämpa samtalsmetoden MI i sitt yrke. Databasen Scopus användes som komplement, för att minska risken att missa någon relevant artikel, då Scopus har ett relativt brett sortiment av studier.

En av styrkorna med vårt tillvägagångssätt är att vi har använt oss av relevanta sökord utifrån vårt syfte. Dessutom har vi använt oss av svensk MESH och CINAHL headings för att få fram synonymer på våra sökord, för att minska risken att missa någon relevant artikel. För att få svar på syftet finns både sökordet ”obesity” och ”overweight” med i vår sökning och ”weight reduction programs” användes som en synonym för ”weight loss”.

Anledningen till att vi inte har med ”nursing” som ett sökord i våra sökningar, är att MI som metod går att tillämpas av flera professioner, t.ex. läkare, sjuksköterskor, dietister och psykologer. Orsaken till varför vi inte begränsade oss till vår profession, sjuksköterska, var att MI fyller samma funktion oavsett vilken profession som utför samtalen. Dessutom gjorde vi om en av våra sökningar där vi hade med sökordet ”nursing” som en kontroll för oss själva, för att se om det blev någon skillnad. Inga ytterligare artiklar tillkom då, däremot försvann en del artiklar som var relevanta för vårt syfte.

Då sökorden gav oss ett tillfredsställande antal träffar, hade vi inga svårigheter med att gå igenom abstract för abstract, för att se om studierna verkade relevanta. De studier vars resultat verkade svara på vårt syfte, granskade vi mer utförligt för att se så de uppnådde den kvalitet vi eftersträvade för vår uppsats. Det tillfredsställande antalet träffar, resulterade i att vi inte hade något behov av att fortsätta vår sökning i andra databaser. Vi upplevde att vi uppnådde en mättnad inom området, då samma artiklar återkom om och om igen under sökprocessen.

Då vi hade ”10 years” som begränsning, utgår vi endast från relativt ny forskning för att få svar på syftet. Den äldsta artikeln vi har är från år 2007, alltså är den endast sju år gammal. En artikel vi fick fram i en sökning i databasen Cinahl, var från 1997, vilket var orsaken till att vi uteslöt den i vår uppsats. Det skulle kunna vara en svaghet att utesluta vissa artiklar på grund av att de är för gamla, eftersom de fortfarande kan vara relevanta, men eftersom MI utvecklades under 1980-1990-talen skulle det kunna vara så att metoden fortfarande var under utveckling år 1997 (Socialstyrelsen, 2007). Studien skulle därför kunna ge oss ett missvisande resultat, även om studien i sig var högst relevant.

Vi valde att inkludera alla vuxna oavsett ålder, då vi anser att metoden är lika tillämplig på en ung människa som på en äldre. Vi tror att det kan finnas andra faktorer, som inte är åldersrelaterade, som påverkar huruvida man tar till sig metoden eller inte, eftersom MI utgår från individen själv (Socialstyrelsen, 2007). Samtliga vuxna med övervikt eller fetma är inkluderade, oavsett andra fysiska sjukdomar. Sökningsprocessen ledde fram till en hel del artiklar om överviktiga med diabetes typ II, kardiovaskulära sjukdomar och infertilitet. Forskningen visar att alla som har ett förhöjt BMI löper en ökad risk för att drabbas av just dessa sjukdomar, så har de inte redan dessa diagnoser, riskerar de att få dem inom en snar framtid (Pellmer et al., 2012). Därför borde alla människor med ett BMI över 25 känna sig motiverade att gå ner i vikt, eftersom det kan minska risken för en hel del sjukdomar/komplikationer och en förtidig död. Även om patienter med vissa sjukdomar kanske inte har samma förutsättningar att gå ner i vikt som andra, var dessa resultat ändå relevanta, då grupperna var jämförbara från början. I de studier vi har använt oss av har personerna i både interventionsgruppen och kontrollgruppen, haft samma utgångspunkter när det kommer till hälsoparametrar och demografiska faktorer. Inga begränsningar gjordes heller vad gäller kön och etnicitet, eftersom vi tyckte det kunde vara intressant att jämföra olika grupper av människor.

Vi har valt att exkludera barn och ungdomar i vårt syfte, dels för att vår litteraturoversikt skulle bli alldeles för stor och dels för att vi anser att det har med barnets mentala mognad att göra om det kan ta till sig MI som samtalsmetod. Vi tycker inte att det blir rättvist att jämföra ett litet barn med en vuxen människa, eftersom de befinner sig på helt olika stadier utvecklingsmässigt. Dessutom har inte alltid ett barn möjligheten att påverka vad och när det ska äta under dagen och hur ofta det ska röra på sig, såsom vuxna människor har. Vi valde även att exkludera gravida och nyförlösta mödrar, för att vi anser att deras vikt påverkas alldeles för mycket av barnet och hormoner, för att det ska bli ett resultat som är relevant och trovärdigt för vårt syfte. Människor med psykisk sjukdom eller demens var andra grupper vi exkluderade, eftersom vi har erfarenhet av att de inte har samma förmåga, ork och lust att göra en livsstilsförändring. Därför valde vi att exkludera de här grupperna i vårt resultat. I våra sökningar fann vi även en del artiklar som mätte annat än viktnedgång, såsom blodtryck och p-glukos, vilket gjorde att deras resultat inte svarade på vårt syfte. Dessa artiklar exkluderas också under vår sökprocess.

Ytterligare en styrka med metoden är att vi har använt oss av Fribergs modell i analysarbetet av studierna. Det gör att vi genom det strukturerade tillvägagångssättet direkt kunde skapa oss en tydlig helhetsbild över artiklarna och även vilka likheter och skillnader som gick att utläsa. Det ökar chanserna för att allt väsentligt i varje studie ska ha uppfattats och dokumenterats (Friberg, 2012).

Vi anser att samtliga valda artiklar har en hög validitet, då de mäter det som de avser att mäta och hög reliabilitet, då de mäter det på ett tillförlitligt sätt. God validitet och reliabilitet är en förutsättning för att generalisering av resultatet ska vara möjlig (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Något man skulle kunna se som en svaghet med sökningen är att vi inte hittade så många artiklar inom samma tema/område. Endast ett fåtal om diabetes respektive kardiovaskulära sjukdomar är presenterade, vilket gör det svårt att generalisera deras resultat. Det samma gäller skillnader mellan kön, etnicitet etc. Det som ändå höjer reliabiliteten i studiernas resultat är att grupperna är jämförbara vid baseline, man utläser effekten av MI och slutsatser dras utifrån studiernas resultat. De flesta studier har dessutom använt sig av över hundra deltagare, vilket gör att slumpens inverkan minskar betydligt. Dock hade man behövt mer forskning inom det här ämnet, för att med säkerhet kunna dra generella slutsatser.

En styrka med litteraturoversikten är att en kvalitativ artikel också finns med som ett komplement till de kvantitativa. Även om det bara är en enda artikel, kan en bild av deltagarnas upplevelse av MI skapas. Anledningen till att vi valde att inkludera en kvalitativ artikel är att vi anser att det kan vara så att upplevelsen av MI, också påverkar effekten av MI.

Vissa av studierna har ett relativt stort bortfall, som skulle kunna påverka resultatet i viss mån. I sådana här fall är det av stor vikt att ha de etiska aspekterna i åtanke. Då alla människor har ett människovärde har de rätt att leva som unik individ med rätt att fatta sina egna beslut utifrån sina egna värderingar och övertygelse. Individen har rätt till självbestämmande och får själv ta konsekvenserna av sina handlingar (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2012). Önskar några av deltagarna att lämna behandlingen, måste man därför respektera detta. Likaså har alla människor rätt till en personlig livsstil (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2012). Vi anser att när det kommer till faktorer som kost, motion och vardagsrutiner kan man inte styra över en annan människa. Man kan bara ge människor de verktyg som krävs för att kunna gå ner i vikt, men sedan är det upp till var och en huruvida man vill ta dem till sig.

RESULTATSDISKUSSION

Efter en noggrann genomgång av studiernas resultat, har vi sett att det finns mycket som tyder på att motiverande samtal har effekt på personer med övervikt eller fetma som försöker gå ner i vikt. Enligt Carels et al. (2007), gick den gruppen som fick MI ner betydligt mer än de som inte fick det, dessutom lade de 68 min mer tid på träning i veckan än kontrollgruppen. Ett liknande resultat fick Hardcastle et al. (2013), i sin studie där MI-gruppen gick ner signifikant i vikt under tiden de behandlades med motiverande samtal, medan kontrollgruppen gick stadigt upp i vikt under hela perioden, trots att de fick standardinformation om kost och motion. MI har även visats ha god effekt på överviktiga personer med speciella förutsättningar, vilket bl.a. Smith West et al. (2007), har kommit fram till i sin studie. De undersöker om just överviktiga kvinnor med diabetes kan gå ner i vikt med hjälp av MI. Resultatet visade att båda grupperna gick ner i vikt, men att viktneidgången var större hos MI-gruppen. Den totala viktnedgången på 18 månader blev 3.5 +/- 6.8 kg för MI-gruppen och 1.7 +/- 5.7 kg för kontrollgruppen. Enligt Groeneveld et al. (2010), har MI även positiv effekt på överviktiga män som riskerar att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar om de inte går ner i vikt. Resultatet visade att de som hade blivit behandlade med MI hade gått ner 1,4 kg i snitt

efter 12 månader, medan kontrollgruppen som hade fått vanlig vård hade gått upp 0,8 kg i snitt. Karlsen et al. (2013) tittar på MI:s effekt på överviktiga kvinnor som dessutom är infertila. Studiens resultat visade att båda grupperna gick ner i vikt, men deltagarna i MI-gruppen gick ner i genomsnitt mer (-9.3 kg) än deltagarna i kontrollgruppen (-7.3 kg).

Vi anser att en orsak till att motiverande samtal verkar ha så god effekt på personer med övervikt eller fetma är att metoden utgår från personens egen drivkraft och motivation till förändring (Socialstyrelsen, 2007). Dagens sjukvård strävar just efter detta, att sätta patienten i fokus och göra den delaktig i vården, då det finns forskning på att resultatet förbättras då. Delaktighet är ett moraliskt ställningstagande och förhållningssätt som utgår från att respektera individens autonomi, dvs. självständighet och självbestämmande (Eldh, 2009). För att patienten ska ha förutsättningarna för att kunna bli delaktig i sin egen vård och behandling, måste den få möjlighet att få uttrycka sina egna behov, önskningsar och tankar. Då krävs det att vårdaren har en god och effektiv kommunikation med patienten. Studier visar att effektiv kommunikation är nyckeln till ett förbättrat hälsoreultat eftersom det ökar patientens delaktighet och minskar därmed känslan av maktlöshet. Det bidrar i sin tur till att patienten blir nöjdare med vården och därmed mer följsam. Det är dock viktigt att sjuksköterskan är medveten om att trots man som vårdare upplever att man har god kommunikation med patienten, så kan patienten ha svårt att förstå och begripa det man säger. Det är därför sjuksköterskans ansvar att försöka anpassa kommunikationen efter patientens förutsättningar och förståelse (Warner & Washington, 2011).

Ytterligare ett krav för att samtalet ska ha god effekt är att vårdrelationen mellan patient och vårdgivare är tillitsfull och fylld med respekt. Det gör att patienten vågar öppna upp sig och prata om hur den känner och upplever sin situation. Man brukar se en sådan relation som en jag-du-relation, som kännetecknas av just ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse. Ömsesidighet innebär att båda parter uppfattar relationen från ömse sidor – man uppfattar den andres sida utan att förlora sin egen personlighet och båda parter accepterar den andra precis såsom den är. Jämlikhet är svårt att uppnå inom vården, eftersom det är patienten som söker hjälp för sina problem och vårdaren är där för att förmedla hjälpen. Dock ökar jämlikheten i en jag-du-relation om man utgår från patienten själv, där hans eller hennes egna behov och önskningsar tas i beaktning. Det tredje begreppet är acceptans, som innebär att vårdaren accepterar det aktuellt individuella hos personen, dvs. hur han eller hon är just nu. Det är också av stor betydelse att vårdaren ser personens hela potential, alltså inte bara hans/hennes nuvarande situation utan också personens styrkor och svagheter samt framtida möjligheter. Det är här bekräftelsen kommer in. Att enbart acceptera personen som han eller hon är just nu leder inte till utveckling, utan vill man uppnå en förändring av något slag måste man se vilka utvecklingsmöjligheter som finns (Snellman, 2009).

Vi anser att motiverande samtal grundar sig just på jag-du-relationen. Man visar att man accepterar personen som han eller hon är i sin "annorlundahet", man utgår från det liv han/hon lever just nu och försöker få personen att se det liv han eller hon skulle kunna leva. Under samtalen ägnar man mycket tid åt att bekräfta personens styrkor och svagheter, men framförallt på att stärka personens tro på sin egen förmåga och hopp om att lyckas med en vikttnedgång (Rautalinko, 2012).

Vårdarens roll under ett motiverande samtal är också att hjälpa personen att försöka förstå sin egen situation och varför det har blivit som det har blivit (Socialstyrelsen, 2007). Begreppet "personcentrerad vård" förekommer ofta inom vården idag, vilket bl.a. innebär att man ser patienten som en unik individ, med sina alldeles unika livserfarenheter, föreställningar och

livsberättelse. En personcentrerad vårdhandling innebär att patienten uppmuntras att berätta om sig själv och beskriva vad han eller hon upplever viktigt i sin tillvaro. Detta gör man för att sedan kunna ge personen i fråga en god individanpassad vård som överensstämmer med personens egna önsknings och intressen (Snellman, 2009). För att en sådan vård ska vara möjlig, måste vårdaren ha förmågan att skapa en miljö som får patienten att berätta. Kommunikation mellan två individer sker både verbalt och icke-verbalt dvs. med hjälp av kroppsspråket. Med kroppen har vi möjlighet att uttrycka känslor, sinnesstämningar och även attityder till motparten och vad han eller hon berättar. Med hjälp av kroppen och framförallt blicken kan vi förmedla empati och omsorg till en annan människa. Genom att titta på motparten med så kallade ”soft eyes” visar vi att vi berörs av det personen berättar och att vi bryr oss. Även röstläge, ansiktsuttryck, talhastighet och beröring kan signalera såväl empati, värme och intresse som brådska och likgiltighet. Dessa faktorer kan vara avgörande för om patienten ska få förtroende för vårdaren och våga prata om sin situation eller inte (Baggens & Sandén, 2009).

Att bemötandet har stor betydelse i vårdandet av en annan människa ges ytterligare bevis på i de kvalitativa studierna. Enligt Hardcastle et al. (2011), berättade många som lyckades gå ner i vikt och även hålla vikten, att det var mycket tack vare att vårdaren verkligen lyssnade på dem och försökte förstå deras unika situation, som de nådde sina personliga mål. Genom att vårdaren hade ett icke-dömande och respekterande förhållningssätt, kände personen i fråga förtroende för honom/henne och vågade då öppna upp sig och prata om sin situation. De som lyckades gå ner i vikt uttryckte även en uppskattning över att vårdaren hade haft ett personcentrerat förhållningssätt och utgått från personens egen motivation och drivkraft. En deltagare ”Graham”, som gick ner i vikt både under och efter MI-samtalen, förklarade det som att viljan att gå ner i vikt måste komma inifrån personen själv, om det ska lyckas. Det är ingen annan som kan fatta det beslutet åt en. En annan faktor som var viktig för att viktneidgången skulle lyckas var att personerna kände att de fick stöd under behandlingens gång. Detta gjordes bäst med uppföljningar där man diskuterade personens styrkor, svagheter och varför det hade gått bra eller dåligt. Tron på sin egen förmåga ökade då hos deltagarna och likaså viljan att gå ner i vikt. Att använda sig av jag-du-relationen och med jämna mellanrum bekräfta personen i det han eller hon har lyckats med och även hjälpa personen att se vilka utvecklingsmöjligheter som finns, verkar vara betydande för att viktneidgången ska lyckas (Hardcastle et al., 2011). Ett liknande resultat fick Cox et al. (2011), i sin studie, då det visade sig att när läkarna använde sig av MI så ökade deltagarnas tro på sig själva när det gäller livsstilsförändringar såsom kost och motion. Det resulterade även i att deras chanser att gå ner i vikt ökade.

Det finns studier som visar att MI endast har effekt medan samtalen pågår, men dock inte på längre sikt. Enligt Hardcastle et al. (2013), gick MI-deltagarna ner signifikant i vikt från baseline till sex månader, men gick upp all sin vikt igen när de motiverande samtalen upphörde. Detta resulterade i att de vägde lika mycket eller mer efter 18 månader som vid baseline. Smith West et al. (2007), fick ett liknande resultat, där deltagarna i de båda grupperna gick ner i vikt, men kvinnorna i MI-gruppen gick ner mer än kvinnorna i kontrollgruppen. MI-deltagarna började dock lägga på sig efter 12 månader igen, då de motiverande samtalen upphörde (+1.2 kg mellan 12 och 18 mån). Deltagarna i kontrollgruppen började gå upp i vikt igen redan efter 6 månader (+0.3 kg mellan 6 och 12 mån och +0.9 kg mellan 12 och 18 mån). Den totala viktminskningen på 18 mån skiljde sig fortfarande signifikant mellan grupperna, 3.5 +/- 6.8 kg för MI-gruppen och 1.7 +/- 5.7 kg för kontrollgruppen.

MI verkar alltså ha bäst effekt när samtalen pågår, men effekten verkar avta när de motiverande samtalen upphör. Vi drar slutsatsen att ett återkommande stöd och uppföljning av hur det har gått hittills, verkar vara avgörande för om personen ska orka fortsätta gå ner i vikt eller inte. Enligt Hardcastle et al. (2011), uttryckte personerna en stor tilltro till uppföljningarna där man bekräftade personen i det han eller hon hade lyckats med hittills och diskuterade framtida utvecklingsmöjligheter. Tron på sin egen förmåga ökade då hos deltagarna och likaså motivationen att gå ner i vikt.

Dock är det inte alla studier som visar en lika positiv effekt av MI när det kommer till viktnedgång. Enligt Pearson et al. (2013), gick de deltagare som fick MI inte ner lika mycket i vikt som de som fick specialistundervisning om kost och motion, trots att de lyckades minska på sitt dagliga kaloriintag mer. En orsak till detta kan vara att deltagarna i MI-gruppen upplevde att det var svårt att förstå instruktionerna. Vi anser att det här resultatet styrker teorin om att vården behöver vara individanpassad. Vissa metoder eller behandlingar fungerar på vissa individer, men inte på andra. Det går inte att generalisera alla vuxna med övervikt eller fetma, utan man måste utgå från varje unik individs behov och önskningsar.

Enligt Smith West et al. (2007), har afroamerikanska kvinnor överlag svårare att gå ner i vikt än vita, oavsett behandlingsmetod. Resultatet av deras studie visade att efter sex månader hade afroamerikanska kvinnor som grupp, gått ner i genomsnitt 3.0 +/- 3.9 kg, jämfört med vita kvinnor som förlorade i snitt 4.5 +/- 5.1 kg under samma period. Samma mönster upprepade sig vid varje bedömning. För att belysa de afroamerikaner som fick just MI, vägde de mindre efter 6 månader och 12 månader, men vid 18 månader hade de gått upp så mycket i vikt att de vägde i stort sett samma som vid baseline. Trots detta gick afroamerikaner som fick MI, fortfarande ner mer i vikt än kontrollgruppen i början, men detta jämnade alltså ut sig efter 12 månader när MI-samtalen upphörde. Resultatet kan därför tolkas som att effekten av MI inte kvarstår lika länge hos afroamerikanska kvinnor som hos vita kvinnor. En annan studie visar på en ännu sämre effekt av MI hos afroamerikanska kvinnor. Enligt Befort et al. (2008), kände samtliga deltagare oavsett grupptillhörighet, en minskad motivation och hade sämre självförtroende efter programmet än innan. Hög motivation vid start, tenderade till att resultera i en stor minskning av motivation under behandlingens gång. Trots detta minskade samtliga afroamerikanska kvinnor på kaloriintaget, ökade intaget av frukt och grönt och gick ner en del i vikt. Ingen signifikant skillnad identifierades mellan grupperna.

Vissa skulle nog förklara afroamerikaners svårigheter att gå ner i vikt med att de har en annan syn på kropp och hälsa, då de har ett annat etniskt ursprung. En människas kulturella bakgrund kan nämligen påverka flera olika aspekter av en människas liv, såsom syn på livsstil, kost och motion, samt måltider, och även synen på hälsa och sjukdom. Dock är det inte så enkelt att man enbart kan förklara en persons beteende som kulturellt betingat. Övriga faktorer som också måste vägas in i bedömningen och tas hänsyn till är personlighet, livserfarenheter, kön, sexuell läggning och socioekonomisk bakgrund för att nämna några (Jirwe, Momeni & Emami, 2009). I den sistnämnda studien hade 79 % av de afroamerikanska kvinnorna genomgått åtminstone en stressande livshändelse under de senaste fyra månaderna såsom flytt, nytt arbete, sjukdom eller en nära väns eller familjemedlems bortgång (Befort et al., 2008). Sjukdom eller en familjemedlems död är exempel på så kallade transitioner, övergångar från ett tillstånd till ett annat. Transitioner utmanar ofta den "drabbade" personens identitet vilket gör personen extra sårbar (Ternstedt & Norberg, 2009). Vi drar slutsatsen att det kanske inte är någon bra idé att genomföra en stor livsstilsförändring när man går igenom en stor livshändelse, eftersom man inte har samma ork och motivation som i vanliga fall. Vi anser att detta är en stark bidragande orsak till varför resultatet av studien ser ut som det gör.

Det skulle även kunna vara så att de som behandlat de afroamerikanska kvinnorna inte har tillräcklig kulturell kompetens, så att det på så vis uppstått missförstånd. För att ha kulturell kompetens behöver man vara kulturellt medveten, vilket innebär att man har förmågan att identifiera sina fördomar och stereotypa attityder, så att inte dessa påverkar synen på patienten (Jirwe et al., 2009). Vi anser att dessa attityder och fördomar i sin tur skulle kunna påverka samtalen och därmed resultatet, då vårdaren riskerar att lägga vikt på fel saker eller ställa andra typer av frågor som han eller hon annars inte hade ställt.

Det går även att utläsa en del skillnader mellan män och kvinnor när det kommer till MI och viktnedgång. Enligt Low et al. (2013), gick kvinnorna i MI-gruppen ner signifikant mer än kvinnorna i kontrollgruppen, som fick vanlig kostrådgivning, medan varken männen i MI- eller kontrollgruppen fick någon betydande viktnedgång. Det var till och med så att männen i kontrollgruppen gick ner något mer än männen i MI-gruppen. Dock uppnådde skillnaden ingen signifikans. Dobrow DiMarco et al. (2009), hävdar det motsatta, att männen i studien hade mycket lättare för att gå ner i vikt än kvinnorna i samma studie. Forskarna räknade till och med om resultatet en gång, då det hade visat sig hamna fler män i MI-gruppen än i kontrollgruppen. Det första resultatet visade att deltagarna i MI-gruppen gick ner betydligt mer än deltagarna i kontrollgruppen, men när forskarna hade räknat om resultatet och endast hade med kvinnorna i jämförelsen, blev skillnaden mellan grupperna något mindre. Dock visade det ändå att deltagarna i MI-gruppen gick ner mer i vikt.

Man ska vara försiktig med att generalisera män och kvinnor och förklara en människas beteende eller egenskaper med att de har ett visst kön. Stereotypa attityder om hur kvinnor och män är eller bör vara, påverkar nämligen hur vi möter och bemöter människor. Detta är extra farligt inom vården, då det kan leda till sämre vårdkvalitet och minskad patientsäkerhet. Det har visat sig att kvinnor generellt sett är missgynnade inom vården, då de inte sällan får sämre tillgång till vård än männen. Forskning visar att kvinnor får vänta längre än män för att få en läkartid eller stå längre i kö för att få tid till operation (Määttä & Öresland, 2009). Vi anser att det inte går att dra några generella slutsatser om MI fungerar bättre på män eller kvinnor. Det är så många fler faktorer än kön som man måste ta hänsyn till i vårdandet av en annan människa, som t.ex. ålder, socioekonomisk bakgrund, etnicitet, personlighet, och livserfarenheter. Varför inte bara börja se varje människa som den unika individ han eller hon är och anpassa vården efter det?

SLUTSATS

Resultatet visar på att motiverande samtal är en fungerande metod för att hjälpa överviktiga människor att gå ner i vikt, även om det inte hade effekt på alla. Faktorer som har betydelse för metodens effekt är bland annat deltagarnas etnicitet, genus och kulturella ursprung.

MI utgår ifrån personens egen drivkraft och motivation, vilket gör den väldigt användbar inom vården, då dagens sjukvård strävar efter att sätta individen i fokus och lyfta hans/hennes egen självständighet och självbestämmande. Metoden har fått mycket uppskattning av de personer som deltog. De flesta upplevde att samtalen gav dem stöd och motivation samtidigt som de fick möjligheten att reflektera över sin situation och hitta egna lösningar. Många uttryckte också önsknningar om fler samtal eller att samtalen skulle vara under en längre period, vilket också tyder på att upplevelsen av MI var positiv.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Forskning visar att MI har hjälpt och kommer att kunna hjälpa många människor att lyckas med sin viktnedgång. Vi tror att en stor anledning till att MI har så god effekt, är att människor känner sig sedda och värdefulla för dem de är och är det inte bland annat det vi sjuksköterskor är till för? Att acceptera patienterna för just de unika individer de är, se dem i den situation de befinner sig i just nu och bekräfta deras styrkor och förmågor så att de kan uppnå sin fulla potential och komma tillrätta med sina besvär? Vi hoppas och tror att vi med hjälp av MI och även en del andra viktminskningsmetoder kommer hjälpa människor vi vårdar att gå ner i vikt. Det är vårt ansvar som blivande sjuksköterskor att se till att trenden vänder. Övervikt och fetma, är som tidigare nämnt, ett folkhälsoproblem som skördar många liv varje år och bidrar till mycket lidande bland oss människor. Därför tycker vi att det borde ligga i alla sjuksköterskors intresse att lära sig hur man bedriver ett motiverande samtal. Kanske borde man lägga in några föreläsningar om MI redan i grundutbildningen?

REFERENSER

- Baggens, C., & Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (sid. 201-234). Lund: Studentlitteratur
- Befort, C. A., Nollen, N., Ellerbeck, E. F., Sullivan, D. K., Thomas, J. L., & Ahluwalia, J. S. (2008). Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *Journal of behavioral medicine, 31*(5), 367-77. doi: 10.1007/s10865-008-9161-8
- Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., ... Versland, A. (2007). Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: A Stepped-Care Approach. *Health Psychology, 26*(3), 369-374. doi: 10.1037/0278-6133.26.3.369
- Cox, M. E., Yancy Jr, W. S., Coffman, C. J., Østbye, T., Tulskey, J. A., Alexander, S. C., ... Pollak, K. I. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient Education and Counseling, 85*(3), 363-368. doi: 10.1016/j.pec.2011.01.024
- Davis Boykins, A. (2014). Core Communication Competencies in Patient-Centered Care. *The ABNF Journal, 25*(2), 40-45.
- Dobrow DiMarco, I., Klein, D. A., Clark, V. L., Wilson, G. T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating behaviors, 10*(2), 134-136. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.02.001
- Eldh, A.C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (sid. 45-62). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., & van Mechelen, W. (2010). Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: Results of a randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 51*(3-4), 240-246. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.07.021
- Hardcastle, S., & Hagger, M. S. (2011). "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(3), 314-323. doi: 10.1016/j.psychsport.2011.01.001
- Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International journal of behavioral nutrition and physical activity, 10*(40). doi: 10.1186/1479-5868-10-40
- Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2009). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (sid. 453-470). Lund:

Studentlitteratur.

Karlsen, K., Humaidan, P., Sørensen, L. H., Alsbjerg, B., & Ravn, P. (2013). Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment. *Gynecological endocrinology*, 29(9), 839-842. doi: 10.3109/09513590.2013.808326

Low, K. G., Giasson, H., Connors, S., Freeman, D., & Weiss, R. (2013). Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study. *International journal of behavioral medicine*, 20(1), 77-81. doi: 10.1007/s12529-011-9219-9

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Määttä, S., & Öresland, S. (2009). Genuskoll i omvårdnad. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (sid. 89-106). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Pearson, E.S., Irwin, J. D., Morrow, D., Battram, D. S., & Melling, J. (2013). The CHANGE Program: Comparing an Interactive Vs. Prescriptive Approach to Self-Management among University Students with Obesity. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(1), 4-11. doi: 10.1016/j.jcjd.2012.12.002

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulskey, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., ... Østbye, T. (2010). Physician Communication Techniques and Weight Loss in Adults – Project CHAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(4), 321-328. doi: 10.1016/j.amepre.2010.06.005

Rautalinko, E. (2012). *Samtalsfärdigheter – Stöd, vägledning och ledarskap*. Stockholm: Liber.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2012) *Omvårdnadens etik – Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Skolin, I. (2010). *Näringslära för sjuksköterskor – teori och praktik*. Stockholm: Norstedt

Smith West, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30(5), 1081-1087. doi: 10.2337/dc06-1966

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (sid. 377-407). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-05-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen. (2007). *Motiverande samtal*. Hämtad 2014-03-25, från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – Stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*. Hämtad 2014-03-26, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-26>

Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (sid. 29-65). Lund: Studentlitteratur.

Warner, W. A., & Washington, G. (2011). The Role of Effective Communication in Reducing Health Care Disparities. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*, 7(7), 612-614. doi: 10.1016/j.nurpra.2011.05.021

WHO. (2005). *The World Health Organization warns of the rising threat of heart disease and stroke as overweight and obesity rapidly increase*. Hämtad 2014-03-26, från <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/en/>

WHO. (2013a). *Overweight / obesity: Obesity (Body mass index > 30) Data by country*. Hämtad 2014-03-26, från <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900?lang=en>

WHO. (2013b). *Obesity and overweight*. Hämtad 2014-03-26, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WHO, Western Pacific Region. (2012). *Obesity*. Hämtad 2014-03-26, från <http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/obesity/en/>

Bilaga 1. Översikt över litteratursökning.

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Pubmed	14-03-16	“Motivational interviewing” AND obesity AND “weight loss”	10 years	33	12	12	9
Pubmed	14-03-16	“Motivational interviewing” AND overweight AND “weight loss”	10 years	35	11	11	8
Pubmed	14-03-25	“Motivational interviewing” AND obesity AND “weight reduction programs”	10 years	3	1	1	1
Pubmed	14-03-25	“Motivational interviewing” AND overweight AND “weight reduction programs”	10 years	3	1	1	1
Cinahl	14-03-13	“Motivational interviewing” AND obesity AND “weight loss”	Peer reviewed, research article, English language, human	20	9	9	5
Cinahl	14-03-21	“Motivational interviewing” AND overweight AND “weight loss”	Peer reviewed, research article, English language, human	8	2	2	2

Cinahl	14-03-21	“Motivational interviewing” AND obesity AND “weight reduction programs”	Peer reviewed, research article, English language, human	6	2	2	2
Cinahl	14-03-21	“Motivational interviewing” AND overweight AND “weight reduction programs”	Peer reviewed, research article, English language, human	3	0	0	0
Scopus	14-03-21	“Motivational interviewing” AND obesity AND “weight loss”	10 years, article	47	14	14	11
Scopus	14-03-21	“Motivational interviewing” AND overweight AND “weight loss”	10 years, article	27	10	10	7
Scopus	14-03-25	“Motivational interviewing” AND obesity AND “weight reduction programs”	10 years, article	3	1	1	1
Scopus	14-03-25	“Motivational interviewing” AND overweight AND “weight reduction programs”	10 years, article	1	1	1	1

Bilaga 2. Artikelsammanfattning

Författare Titel	Tidskrift Land Årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Befort, C. A., Nollen, N., Ellerbeck, E. F., Sullivan, D. K., Thomas, J. L., & Ahluwalia, J. S. “Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial”.	“Journal of behavioral medicine” USA 2008	Att undersöka huruvida överviktiga afroamerikans ka kvinnor får en ökad följsamhet till viktnings programmet och lyckas ändra sina kost- och motionsvanor, med hjälp av MI.	44 överviktiga kvinnor skrevs in i ett viktnings program genom ett randomiserat urval. Deltagarna hade en genomsnittsåld er på 44.3 år och ett BMI på i genomsnitt 39.8.	Deltagarna randomiserade s till två grupper där 21 fick MI (motivational interviewing) och 23 fick HE (health education).	Det visade sig att både MI- deltagarna och HE-deltagarna minskade sitt dagliga intag av kalorier, mindre andel kalorier kom från fett, de ökade intaget av frukt och grönsaker och de förlorade en hel del i vikt. Ingen signifikant skillnad fanns mellan de båda grupperna när det kom till hur mycket tid de lade på fysisk aktivitet. Dessvärre resulterade programmet i minskad motivation och sämre självförtroende hos deltagarna i de båda grupperna.

<p>Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., ... Versland, A “Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: A Stepped-Care Approach”.</p>	<p>“Health Psychology” USA 2007</p>	<p>Att undersöka om MI kan öka deltagarnas motivation till en beteendeförändring kring kost och motion.</p>	<p>55 överviktiga stillasittande vuxna blev rekryterade genom lokala tidningar och e-mail. Inklusionskriterier: BMI över 30, stillasittande, tränade mindre än två gånger i veckan, ickerökare.</p>	<p>Deltagarna delades in i två grupper, de som uppnådde målen i viktminskningsprogrammet och de som inte gjorde det. De som inte uppnådde målen delades i sin tur in i två grupper där en grupp fick MI och den andra fungerade som en kontrollgrupp.</p>	<p>Resultatet visade att den gruppen som fick MI gick ner mer i vikt än de som inte fick det och dessutom ägnade de 68 min mer i veckan åt fysisk aktivitet.</p>
<p>Cox, M. E., Yancy Jr, W. S., Coffman, C. J., Østbye, T., Tulskey, J. A., Alexander, S. C., ... Pollak, K. I. “Effects of counseling techniques on patients’ weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic”.</p>	<p>“Patient Education and Counseling” USA 2011</p>	<p>Att bestämma huruvida användning av patientcentrerade tekniker, såsom MI, ökar patientens självförtroende och motivation till att förbättra kost- och motionsvanor och på så sätt gå ner i vikt.</p>	<p>Deltagarna valdes ut ur läkarnas elektroniska journaler och blev kontaktade genom brev eller telefon. 461 patienter med BMI över 25 deltog i studien.</p>	<p>Både läkarna och patienterna var blindade. De visste varken att studien undersökte vikt eller effekten av MI. Forskarna undersökte om läkarna använde MI och om det i så fall resulterade i att patienterna gick ner mer i vikt.</p>	<p>Studiens resultat visar att när läkarna använde sig av MI så ökade deltagarnas tro på sig själva när det gäller livsstilsförändringar såsom kost och motion. Det resulterade i att deras chanser att gå ner i vikt ökade.</p>

<p>Dobrow DiMarco, I., Klein, D. A., Clark, V. L., Wilson, G. T.</p> <p>“The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment”.</p>	<p>“Eating behaviors” USA 2009</p>	<p>Att bedöma om MI, applicerad som en del av standard guided self-help (GSH) behavioral weight loss treatment, kan minska bortfall och förbättra deltagarnas viktnedgång och andra kostrelaterade och generella psykologiska mätvärden, jämfört med endast GSH.</p>	<p>Deltagarna rekryterades via mail. Inklusionskriterier: mellan 18-55 år och BMI mellan 27-40. 39 människor deltog i studien (32 kvinnor och 7 män)</p>	<p>Deltagarna randomiserades till två jämförbara grupper där interventionsgruppen fick GSH + MI och kontrollgruppen endast fick GSH. Interventionsgruppen fick 2 st MI samtal utöver GSH mötena. Mätvärden som bland annat BMI, mättes vid baseline och efter interventionen</p>	<p>Båda grupperna gick ner i vikt men MI - gruppen gick ner mer. Forskarna blev kritiska till resultatet då fler män råkade hamna i MI – gruppen, jämfört med kontrollgruppen. Resultatet mättes om, då utifrån kvinnornas resultat. Resultatet visade fortfarande att MI-gruppen hade förlorat mer i vikt, trots skillnaden mellan grupperna inte var lika stor.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., & van Mechelen, W. “Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: Results of a randomized controlled trial”.</p>	<p>“Preventive Medicine” Nederländerna 2010</p>	<p>Att utvärdera effekten av en livsstilsintervention för manliga arbetare inom byggnadsbranschen som löper risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom.</p>	<p>Manliga byggarbetare som var mellan 18-65 år och löpte ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom fick möjligheten att delta i studien. Inklusionskriterier: Högre än måttlig risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom och en eller flera riskfaktorer för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom, som t.ex. högt BMI.</p>	<p>Deltagarna blev randomiserade till två olika grupper, 408 i interventionsgruppen som fick MI och 408 i kontrollgruppen som endast hade tillgång till vanlig vård. Därefter delades de in i subgrupper, där en subgrupp fokuserade på viktning (Energy balance group) och en som fokuserade på rökavvänjning (smoking cessation group). De som valde att tillhöra ”Energy balance group” blev randomiserade i två grupper. En som fick MI och en som hade tillgång till vanlig vård.</p>	<p>De tre mätningarna (vid baseline, 6 månader och 12 månader) visade tydliga skillnader i viktning mellan grupperna i ”Energy balance group”, då gruppen som fick MI hade gått ner 1,4 kg i snitt efter 12 månader, medan kontrollgruppen hade gått upp 0,8 kg.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hardcastle, S., & Hagger, M. S. "“You Can’t Do It on Your Own”: Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior”.</p>	<p>“Psychology of Sport and Exercise” Storbritannien 2011</p>	<p>Att ta reda på överviktiga patienters erfarenheter och upplevelser av att ha fått MI som hjälpmedel för att gå ner i vikt samt försöka ta reda på varför vissa lyckades gå ner i vikt och behålla sin vikt nedgång och andra misslyckades.</p>	<p>Samtliga deltagare hade tidigare deltagit i en kvantitativ studie där de hade fått MI och gick nu med på att delta i den här kvalitativa studien. 14 personer deltog i studien, några som hade lyckats och några som hade misslyckats.</p>	<p>Studien är en kvalitativ studie där varje deltagare, under en 40 minuter lång intervju, fick möjligheten att berätta om sina erfarenheter och upplevelser av MI. Samtliga intervjuer spelades in och analyserades. Fyra teman återkom frekvent under analysen var: ”Monitoring and support”, ”Listening support”, ”Motivation and self-regulation” och ”Barriers”</p>	<p>Många deltagare uttryckte vikten av att ha täta uppföljningar och stöd under behandlingens gång. Att känna sig hörd och tagen på allvar var också ett viktigt tema. De som lyckades allra bäst uttryckte att motivationen måste komma inifrån. De som misslyckades hävdade att det till stor del berodde på vardagliga hinder.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, M. S.</p> <p>“Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up.”</p>	<p>“International journal of behavioral nutrition and physical activity” Storbritannien 2013</p>	<p>Att ta reda på om MI:s effekt gällande vikt, BMI, fysisk aktivitet och kardiovaskulära riskfaktorer kvarstod ett år efter interventionen.</p>	<p>Deltagarna valdes ut slumpmässigt ur en databas på en vårdcentral. Inklusionskriterier: 18-65 år, minst en kardiovaskulär riskfaktor, såsom BMI över 28 eller förhöjt kolesterol. Till slut deltog 334 personer i studien.</p>	<p>Studien är en RCT – studie där deltagarna randomiserades till två grupper. Båda grupperna fick standardinformation om kost och motion, men interventionsgruppen fick utöver detta 5 motiverande samtal. Tre mätningar gjordes (vid baseline, 6 månader och 18 månader).</p>	<p>Överlag visade det sig att personerna i MI-gruppen gick ner signifikant i vikt från baseline till 6 månader, men gick upp all sin vikt igen när de motiverande samtalen upphörde. Kontrollgruppen gick däremot stadigt upp i vikt under hela perioden.</p>
<p>Karlsen, K., Humaidan, P., Sørensen, L. H., Alsbjerg, B., & Ravn, P.</p> <p>”Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment.”</p>	<p>”Gynecological endocrinology” Danmark 2013</p>	<p>Att avgöra huruvida MI ökar viktnedgången hos överviktiga och feta kvinnor som söker fertilitetsbehandling.</p>	<p>Kvinnor som sökt frekvent hjälp på ett fertilitetscenter i Danmark mellan 2006-2011, samt hade ett BMI över 30, kunde delta i studien. Till slut valdes 187 kvinnor vars data analyserades.</p>	<p>Studien är en retrospektiv studie där forskarna har analyserat data från deltagarnas möten under de senaste åren. Kvinnorna delades upp i två grupper, beroende på om de hade fått MI eller inte.</p>	<p>Resultatet visar att båda grupperna gick ner i vikt, men att gruppen som fick MI gick ner mer.</p>

<p>Low, K. G., Giasson, H., Connors, S., Freeman, D., & Weiss, R. "Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study."</p>	<p>"International journal of behavioral medicine." USA 2012</p>	<p>Att undersöka om MI har större effekt än vanlig kostrådgivning på överviktiga människors viktnedgång.</p>	<p>Deltagarna rekryterades från en kardiologisk vårdinrättning i nordöstra USA. 56 patienter deltog i studien.</p>	<p>Deltagarna delades upp i två grupper, där interventionsgruppen fick MI och kontrollgruppen fick vanlig kostrådgivning.</p>	<p>Studiens resultat visar att kvinnorna i MI-gruppen gick ner signifikant mer än kvinnorna i kontrollgruppen, men varken männen i MI eller kontrollgruppen fick någon betydande viktnedgång.</p>
<p>Pearson, E.S., Irwin, J. D., Morrow, D., Battram, D. S., & Melling, J. "The CHANGE Program: Comparing an Interactive Vs. Prescriptive Approach to Self-Management among University Students with Obesity."</p>	<p>"Canadian Journal of Diabetes." Canada 2013</p>	<p>Att undersöka huruvida MI, via Co-Active Life Coaching (MI via CALC), hade större effekt än "the LEARN program" när det kommer till viktnedgång.</p>	<p>Deltagarna var universitetsstudenter mellan 18-24 år, med ett BMI över 30.</p>	<p>Deltagarna blev randomiserade till två olika grupper, en som fick MI via Co-Active Life Coaching (MI via CALC), där de skulle uppnå personliga mål genom dialog och de andra som deltog i "The LEARN program", där de undervisades av en specialist om kost och motion, livsstil och värderingar.</p>	<p>Resultatet visade att deltagarna i "the LEARN group" gick ner mer i vikt, trots att de som tillhörde "MI-via-CALC"-gruppen lyckades minska på sitt dagliga kaloriintag mer. Båda behandlingsmetoderna verkar därför vara effektiva, eftersom deltagarna oavsett grupp började äta nyttigare och träna mer.</p>

<p>Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulskey, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., ... Østbye, T. "Physician Communication Techniques and Weight Loss in Adults – Project CHAT."</p>	<p>"American Journal of Preventive Medicine." USA 2010</p>	<p>Att undersöka i vilken utsträckning läkare diskuterar vikt med patienterna samt huruvida det finns ett samband mellan dessa viktsamtal innehållande MI-tekniker och en viktnedgång hos patienten efter tre månader.</p>	<p>Inklusionskriterier: 18 år eller äldre, engelsktalande, inga kognitiva svårigheter, ej gravid samt BMI över 25. 461 patienter med övervikt eller fetma deltog i studien.</p>	<p>Både läkarna och patienterna var blindade. Forskarna undersökte skillnaden i vikt nedgång mellan de patienter som fick MI-consistent techniques och de som fick MI-inconsistent techniques.</p>	<p>Studiens resultat visade att de patienter vars läkare använde MI – consistent techniques under viktrelaterade samtal förlorade vikt, till skillnad från de patienter vars läkare använde MI - inconsistent techniques som bibehöll eller gick upp i vikt. Om man endast tittade på MI som helhet hade metoden god effekt.</p>
<p>Smith West, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. "Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes."</p>	<p>"Diabetes Care" USA 2007</p>	<p>Att undersöka huruvida överviktiga kvinnor med diabetes typ II, kan gå ner mer i vikt samt förbättra sin blodsockerroll, om de blir behandlade med MI i viktminskningsprogrammet.</p>	<p>Totalt 217 kvinnor med övervikt eller fetma samt diabetes typ II skrevs in i ett viktminskningsprogram.</p>	<p>Deltagarna blev randomiserade till antingen fem MI-lektioner eller fem lektioner om hälsa, omedvetna om vilken grupp de tillhörde.</p>	<p>Studiens resultat visade att deltagarna i båda grupperna förlorade vikt under viktminskningsprogrammet, men att kvinnorna i MI-gruppen tappade mer vikt än kontrollgruppen. Dock hade kvinnorna i MI-gruppen svårt att hålla vikten, efter att samtalen upphört.</p>