

**LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR
GENOM
MOTIVERANDE SAMTAL**



FÖRFATTARE	Annika Olsson Thérèse Stiernstedt
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 120 p Omvårdnad – Eget arbete VT 2007
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Anna-Lena Hellström

Förord

*V*i vill tacka vår fantastiska handledare som motiverat oss under uppsatsens tillblivande. Tack för bra synpunkter, konstruktiv kritik, din positiva personlighet och en glädje som smittar!

Titel:	Livsstilsförändringar genom Motiverade Samtal
Title:	Lifestyle Changes Through Motivational Interviewing
Arbetes art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN7
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Annika Olsson Thérèse Stiernstedt
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Anna-Lena Hellstöm

SAMMANFATTNING

Många människor faller in i ohälsosamma livsstilmönster som kan vara svåra att ta sig ur. Bristande hälsa kan ofta relateras till felaktig kost, för lite motion och/eller sömnstörningar. För att göra en förändring kan det vara nödvändigt med professionell hjälp, där motiverande samtal kan vara en användbar metod. Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka möjligheter med och effekter av motiverande samtal vid livsstilsförändringar, främst beträffande kost, motion och sömn, samt att undersöka sjuksköterskans möjlighet att använda sig av denna metod. För att få svar på syftet har vi granskat 16 vetenskapliga artiklar beträffande motiverande samtal, kost och motion. De är deduktivt analyserade och Orems egenvårdsteori är den omvårdnadsteoretiska grund som vårt arbete har baserats på. I ovan nämnda artiklar framgår att motiverande samtal kan ha god effekt och vara en metod som uppskattas av många patienter. Dessutom har de interventioner som pågår under en längre tid visat sig ge ett bättre resultat på lång sikt. Sjuksköterskor talar ofta med patienter om livsstil, och kan fungera bra som professionellt stöd i processen mot en sundare livsstil. Sambandet mellan motiverande samtal och fysisk aktivitet verkar emellertid inte vara lika tydligt som det mellan motiverande samtal och kost. Forskning kring det motiverande samtalets inverkan på sömn är mycket begränsat. Det krävs även mer forskning under längre tid för att se om motiverande samtal kan ge långsiktiga resultat på kost- och motionsvanor. Därför tycker vi att det vore intressant att se mer forskning på ämnet i Norden, samt det motiverande samtalets effekt vid förändring av sömnvanor. Orem betonar egenvård och patientens delaktighet, vilket stämmer väl överens med det motiverande samtalets principer.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sida
1. INTRODUKTION	1
1.1 Inledning	1
1.2 Information och undervisning	1
1.3 Motiverande Samtal	2
1.4 Förutsättningar hos den professionelle	5
1.5 Kost	5
1.6 Motion	6
1.7 Sömn	6
1.8 Omvårdnadsteoretisk bakgrund	7
2. SYFTE	9
3. METOD	9
3.1 Presentation av artikelsökning	10
4. RESULTAT	12
4.1 Resultat och effekter av motiverande samtal	12
4.2 Sjuksköterskans möjligheter att använda motiverande samtal i sitt arbete	13
4.3 Empati, stöd och ”hjälp till självhjälp” i ett motiverande samtal	13
4.4 Patientens upplevelse av att delta i ett motiverande samtal	14
4.5 Motivational Interviewing och Transtheoretical Model	14
5. DISKUSSION	15
5.1 Metoddiskussion	15
5.2 Resultatdiskussion	16
6. REFERENSER	20

BILAGOR

1. ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

1. INTRODUKTION

1.1 Inledning

Är människan på väg att bli en fet, stillasittande sockerhög?

På Statistiska Centralbyrån går det att läsa om befolkningens förändrade motionsvanor och BMI-förändring. Generellt sett har BMI sedan 1980-talet ökat hos både kvinnor och män, samtidigt som båda könen har börjat motionera mer, och då främst ungdomar. Män i åldrarna 16-84 har under samma tid ökat med 6 kilo, medan motsvarande siffra för kvinnor är 4 kilo. Medellängden har dock inte ökat i proportion till vikten (1). Med tanke på detta funderar vi över varför människor inte förändrar sin livsstil när den uppenbarligen är så ohälsosam för dem. Via media blir människor upplysta om skadliga livsstilmönster. Det kan handla om rökning, alltför hög konsumtion av skadliga matvaror, alltför lite motion och sömn, eller andra komponenter som i fel proportioner orsakar illabefinnande. Vad är det som gör att människor inte blir motiverade trots detta flöde av upplysning? "Inget händer mig" och "Jag börjar äta bättre i morgon" är påståenden som man ofta hör folk ta till; det gäller även för en själv. Vi anar att motiverande samtal kan vara av stor betydelse vid livsstilsförändring. Man behöver någon som motiverar, likt en personlig tränare. Vi förmodar att en professionell person kan ge den struktur som behövs för att genomföra en livsstilsförändring. Men de som väl ändrar livsstil, vad driver dem till det? Vad får dem att ändra sig?

Vi har valt att fokusera på motiverande samtal som huvudkomponent och livsstilsfaktorerna kost, motion och sömn som delkomponenter. Anledningen till att vi valde dessa tre faktorer är att de är nära sammankopplade med varandra och alla är väsentliga för välbefinnandet. Själva har vi upplevt att kost, motion och sömn påverkar välbefinnandet. När de tre samverkar finner man sig en känsla av att må bra; personen i fråga har kommit in i en välmåendesprial. Beroende av personlighet kan det variera var i spiralen det är lämpligt att börjar arbeta. Vi tror också att det är avgörande att identifiera var problemet ligger och vad personen är mest villig att förändra. Det råder ett betydande samspel mellan kost, motion och sömn, vilket gör att de tre påverkar varandra i hög grad. Efter ett träningspass är det lättare att välja hälsosam kost och sömnen får bättre kvalitet. Inför att börja motionera mer har personen förmodligen tänkt över osunda delar i sitt leverne och kan förhoppningsvis motivera sig själv till att göra ytterligare positiva förändringar.

I utbildningen till sjuksköterska är hälsa och välbefinnande två centrala och återkommande begrepp. Att ha hälsa och känna välbefinnande beskrivs som att "må bra". Ett omvårdnadsstatus innefattar bland annat en kartläggning av patientens nutrition, sömn, aktivitet och välbefinnande, vilka alla är bidragande faktorer till upplevd hälsa. De är alltså begrepp som är allmänt erkända som viktiga faktorer i sjuksköterskans samarbete med patienten. Samtal som sjuksköterskan för kan under omvårdnadsåtgärder dokumenteras utifrån sökorden *medverkan, stöd, undervisning/information och träning* (2).

1.2 Information och undervisning i samtal med patienten

En sjuksköterska samtalar varje dag med patienten. Det är samtal kring hur han/hon känner sig för dagen, information eller frågor beträffande behandlingen, moment eller faktorer som kan skapa oro, och mycket mer.

I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor beskrivs att sjuksköterskan ska undervisa och stödja för att främja hälsa och förhindra ohälsa (3). Klang Söderkvist (4) beskriver en metod för att samtala med patienter om levnadsvanor. Författaren menar att samtalet ska vara

patientcentrerat och informationen ska vara värdeneutral. Sjuksköterskan bör efterfråga patientens egen uppfattning och diskutera fördelar och nackdelar med beteendet. I undervisningen ska patienten stå i centrum och *patient empowerment* är det förhållningssätt som ska tillämpas. Detta förhållningssätt är patientcentrerat och ska ge patienten möjlighet till medbestämmande. Bekräftelse och motivation återkommer som viktiga omvårdnadsåtgärder. Författaren menar att sjuksköterskor hittills har sagt åt patienten hur han/hon ska göra och att det är ett ineffektivt arbetssätt. Lyssna på patientens berättelse för att sedan när det är lägligt komma med råd (4).

1.3 Motiverande Samtal

Vårdpersonal uppmanar om och om igen patienter att byta en ohälsosam livsstil mot en sundare, utan önskvärda resultat. Patienten måste få en möjlighet att fundera kring sina vanor och vad en förändring skulle innebära för att sedan själv fatta beslutet om att ändra beteende. Människan har ett inre behov av att själv bestämma och känna att han/hon handskas med tillvaron. Att få bestämma själv ger motivation inifrån och skapar ett eget intresse (5). Forskning visar på att motiverande samtal har signifikanta effekter vid skadliga livsstilsbeteenden som t.ex. brist på motion och ohälsosamma kostvanor (6).

Flera författare beskriver att:

En avgörande del i det motiverande samtalet är att patienten är aktiv. Den professionelle ska inte leverera en färdig lösning utan samtalet ska leda fram till att patienten själv kan göra ett val. Beslutet ligger hos patienten medan den professionelle hjälper till att påvisa samband. Detta är ett sätt att använda samtalet som skiljer sig betydligt från att enkelt informera patienten. Vanlig information och undervisning som sjuksköterskor traditionellt ger beaktar inte patientens vilja att lyssna. Är patienten inte mottaglig för information når inte samtalet önskvärda resultat i form av en förändring hos patienten. Användningsområdet av motiverande samtal är främst vid enskilda samtal och inte i grupperapi. Metoden är inte riktad mot en särskild grupp och faktorer som ålder, etnicitet och genus har ingen betydelse. Alla källorna talar om att utbildning krävs för att leda motiverande samtal, men den professionelle kan tillhöra olika yrkeskategorier, däribland sjuksköterska (5,7,8,9).

Motiverande samtal är ett samlingsbegrepp på svenska. Det finns en specifik samtalsmetodik utarbetad av Miller och Rollnick som ofta översätts som motiverande samtal, denna kallas ”motivational interviewing – MI” (9,10).

Ett motiverande samtal strävar efter att patienten ska åta sig förändringar. Desto mer patienten talar om en förändring desto troligare är det att den blir av. Behandlaren stimulerar patientens egen inre vilja (6). Patienten är aktiv och bidrar med det material som behandlas under samtalets gång. Samarbete är nyckeln för en bra process, och det är patienten själv som ska komma på lösningar. Barth and Miller (9,10) menar att motiverande samtal har större effekt än traditionell rådgivning. Med rådgivning menas att man berättar för patienten hur han/hon ska göra.

När sjuksköterskan startar ett samarbete med patienten bör han/hon vara följsam för patientens förutsättningar men också ha en struktur att utgå ifrån. En mall för samtalet ger struktur både för sjuksköterskan och för patienten. Engquist (7) beskriver att en struktur kan bestå av följande delar:

- Identifiera problemet
- Vilka lösningar är redan prövade?

- Beskriv målet.
- Gör upp en plan.

Motiverande samtal kräver inte en viss samtalslängd utan är snarare ett förhållningssätt och en metod för att effektivt använda samtalet. Fyra övergripande principer vid ett motiverande samtal är att:

- visa empati.
- utveckla diskrepans, vilket innebär att se skillnaden emellan sitt nuvarande hälsovådliga beteende och ett bättre alternativ.
- stärka patientens tilltro till sin egen kompetens.
- reducera motstånd.

När sjuksköterskan möts av motstånd i samtalet är det en markör på att strategin bör bytas. Motstånd är en reaktion, som även kan användas för att hitta drivkrafterna som bibehåller det skadliga beteendet (6). I ett samtal där sjuksköterskan stöter på motstånd kan han/hon ha väckt det rebelliska beteendet hos patienten. Den rebelliska rösten är en av de röster vi alla har inom oss, tillsammans med den samvetsgranne, den auktoritära och den hälsobefrämjande. Inom hälsorådgivning strävar sjuksköterskan efter att föra samtalet med patientens hälsobefrämjande röst. Den karakteriseras av mogenhet, lugn och förnuft (5).

Engquist (7) menar att den professionella ska använda ett vanligt språk. Fackliga termer, diagnoser och analyser ska undvikas, då patienten inte ska distraheras av språket. Han beskriver att människor har två hjärnhalvor som uppfattar olika saker. Det kan vara mycket svårt att beskriva känslor på ett logiskt sätt. Hjärnan läser inte bara av orden utan även tonfall och kroppsspråk. I ett motiverande samtal kan den professionella använda sig av analoga språkmönster så som skämt, metaforer, poesi, aforismer (välformulerade korta, kärnfulla visdomsord), eufemism (förskönande omskrivning), fantasi och musik. Med deras hjälp blockeras förhoppningsvis den logiska analysen vilket stimulerar patienten att tänka större. Människor uppfattar och beskriver ofta sin vardag på ett alltför subjektivt och begränsat sätt. I ett motiverande samtal kan sjuksköterskan hjälpa patienten att tänka kring sig själv på ett nytt sätt (5,7). Ett bra hjälpmedel för att förtydliga tankar och beteenden är att göra en ”brådåligt”-lista eller använda ett arbetsblad, där en plan till förändring skrivs ner. På så sätt tar man hjälp av fler sinnen för att konkretisera sin situation (5).

I samtalet måste patienten mötas där han/hon befinner sig. Det är viktigt att ta reda på vilka kunskaper och föreställningar patienten har kring sina symtom och sin livsstil. Att förstå patientens uppfattning om sig själv underlättar förståelsen av hans/hennes beteende (5). Att konfirmera, eller bekräfta, patienten är viktigt. Ofta tolkar sjuksköterskan i stället och berättar för patienten vad han/hon egentligen menar. Det är förrädiskt och kan försätta patienten i en osäker situation. Tolkningar är att diskonfirmera, vilket inte är lämpligt enligt Engquist (7). I ett motiverande samtal upprepar och omformulerar i stället sjuksköterskan. Han/hon söker efter struktur och mening men gör ingen värdering om uttalandet är sant, falskt eller korrekt (9).

Människor har olika värderingssystem. En logisk och effektiv person har svårt att förstå den känslomässiga. När sjuksköterskan har sin samtalspartner framför sig bör han/hon ta reda på vilket värderingssystem den personen har, är det en logisk person eller möjligen mer av en känslomänniska. De värderingar patienten har är av betydelse för dennes attityd. När det gäller att påverka attityder menar Engquist (7) att följande punkter är viktiga:

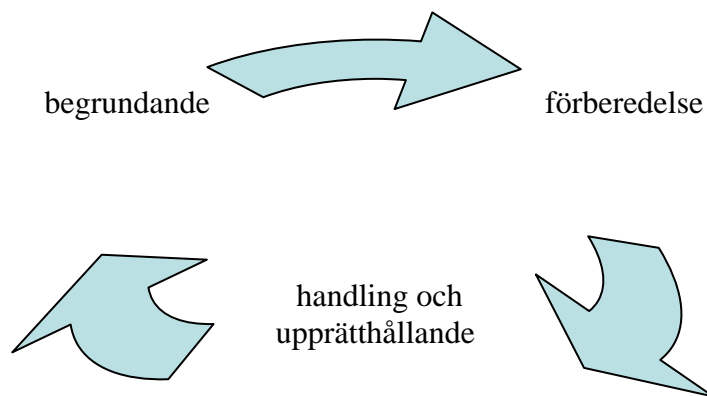
- Ge råd utifrån fackkunskaper.
- Ge patienten uppgifter att pröva.
- Hitta motivationen till förändring genom uppgifter och samtal.

- Behandlaren refererar till sig själv endast om han/hon är säker på att det uppfattas som positivt i patientens ögon.

Det är viktigt att påvisa samband mellan beteende och ohälsa, men beslutet till förändring måste ligga hos patienten. Annars blir det en tillsägelse som inte hör hemma i ett motiverande samtal (7).

Vanor som etablerats över flera år kan inte förändras över en natt. När patienten ska göra livsstilsförändringar är måttlighet positivt och lagom är bäst! Det som är måttligt och realistiskt är lättare att genomföra och bibehålla. Faskunger och Hemmingsson (8) beskriver motivationens betydelse för träning men deras strategi är applicerbar på flera andra livsstilsförändringar. Motivationen kan förändras beroende på situation, sammanhang och förhållanden. Motivationen är starkare när den kommer ur en vilja att uppnå för individen viktiga mål än från ett dåligt samvete eller från andras kontrollförsök. Motiven till att t.ex. motionera kan med tiden förändras. Det som först var en del i en större livsstilsförändring för att minska i vikt, kan sedan motiveras med att det är så skönt att bli trött i kroppen. Framsteg är positiva för motivationen.

Livsstilsförändringarna kan beskrivas i tre till fyra faser som alltid börjar med begrundande.



Om det blir ett avbrott eller uppehåll i förändringsarbetet är det bara att börja om igen, men patienten kanske kan hoppa över begrundandet ifall han/hon haft ett kortare avbrott. Faktakunskaper om fördelarna med förändringen stärker motivationen, sjuksköterskan kan ge information när patienten önskar veta mera fakta. När patienten väl satt igång krävs det strategier för att övervinna hinder och klara motgångar (8).

Faskunger och Hemmingsson (8) beskriver tio övergripande förändringsstrategier. Strategierna innefattar områden personen bör ha i åtanke under livsstilsförändringen.

- **insikt**, om nuvarande beteende samt fördelarna med en förändring.
- **känsloupplevelser**, känslomässigt inställd på förändring.
- **personlig omvärdering**, omvärderar nuvarande situation och framtidsmål.
- **social omvärdering**, betänka hur omgivningen påverkas av nuvarande beteende och framtida förändring.
- **närmiljö alternativ**, vad kan göras i närmiljön? Finns det parker, cykelleder, elljusspår?
- **engagemang**, engagera sig, planera och prioritera.
- **socialt stöd**, ta hjälp av andra, t. ex. någon att promenera med.
- **omgivningskontroll**, söka miljöer som främjar aktivitet och undvika stillasittande.
- **frestelsehantering**, ha en handlingsplan för frestelser, kunna hantera dem.
- **belöning**, hälsosamma belöningar som främjar det individuella välmåendet.

1.4 Förutsättningar hos den professionelle.

”Den som betraktar sig själv som högsta auktoritet bli lätt docerande och föreläser istället för att gå in i en dialog” (11 sid 14).

Det är viktigt att den professionelle finner sitt eget sätt att samtala och arbeta med människor, samt att han/hon kommer underfund med vari hans/hennes talang ligger och hur han/hon tidigare uppnått bäst resultat. En tidsplan underlättar för både patienten och den professionelle att disponera tiden vid ett samtal. Rummet ska vara så neutralt som möjligt och privata ting ska undvikas i möjligaste mån. Empati behövs för att förstå vad den andre menar, utan empati är det troligtvis ingen idé att börja samtalet (7).

Den professionelles kunskap om sig själv är viktig för att kunna vara öppen och lyhörd i kommunikationen med andra. Det blir då mindre störningar i samtalet (12). Metoden MI kräver träning för att vidmakthålla det man lärt sig. Korta kurser kan ge en hel del men det krävs utbildning och regelbunden träning för att inte tappa sin kompetens. Att få handledning har visat sig vara bra för behandlarens utveckling och utvärdering av samtalen (6).

1.5 Kost

Länge har människan funnits här på jorden, men det är först under de senaste 20-30 åren som hjärt-kärlsjukdomar, cancer, allergier, astma och reumatism utvecklats i sådan omfattning i många delar av världen. Under denna korta tid har matvanorna radikalt förändrats, sockerkonsumtionen kraftigt ökat och alltför många penicillinkurer använts. Hälften av västvärldens befolkning är nu överviktiga och den yngre befolkningen ökar rekordartat i vikt (13). Enligt Socialstyrelsen har diagnostiserade cancerfall ökat årligen under de två senaste decennierna. Åldersstrukturen kan endast förklara hälften av ökningen (3). Mat, övervikt, rökning och stillasittande är livsstilsfaktorer som i västvärlden sägs orsaka 65 % av dödsfallen i cancer. Endast 5 % sägs vara beroende av miljöfaktorer, arv och biologiska orsaker som virus. För att förändra denna livsstil krävs kunskaper och motivation (13).

Den nya maten som utvecklats under de senaste generationerna är raffinerad och industriellt framställd och är en föda som människan inte är skapad för. Egentligen är människan metaboliskt anpassad till de naturliga näringskällor som utgjorde födan förr i tiden, medan dagens behandlade och kemiskt manipulerade mat förgiftar kroppen inifrån. Precis som naturen blir människokroppen försurad, då kosten påverkar hela vårt biosystem. Hormoner och humör påverkas och kommer ur balans. Näringsfattig kost, socker, olika droger och kemiska ämnen inverkar negativt på signalsubstanser i hjärnan vilket leder till irritation, hyperaktivitet och stress. En allt för hög konsumtion av socker kan på sikt orsaka bland annat depression, försämrat proteinupptag, huvudvärk, migrän och en försämring av immunförsvaret (13).

Dagligen presenteras nya forskningsresultat beträffande kost. Vissa skolor förespråkar stenåldersdiet framför livsmedelsverkets tallriksmodell. Råd för bra matvanor och tallriksmodellens komposition går att finna på livsmedelsverkets hemsida och de är lätta för alla att följa (14). Flertalet teorier förespråkar dock inte en allmän diet för gemene man, utan delar in människan i olika typer utifrån exempelvis personlighet eller blodgrupp. En analys av individen ger svar på vilken typ personen är och därefter rekommenderas speciell kost och motion (15,16). Det är inte lätt att ge generella råd och det är svårt för den enskilde individen att veta vad som bör ätas och i vilken omfattning när kostråden är så många och tvetydiga. Vissa delar har dock de olika dieterna gemensamt; till exempel ska konsumtionen av snabba

kolhydrater, sötsaker och mättat fett minska. Gemensamt är också att samma kost kan ge olika effekt från person till person, då varje individ skiljer sig från den andre (15).

1.6 Motion

Sedan urminnes tider har fysisk aktivitet varit en viktig del av vardagen och nödvändig för människans överlevnad, liksom vila och återhämtning. Efterkrigstiden medförde dock stora förändringar i samhället och kravet på aktivitet blev lägre. Bidragande faktorer var bilar, fler stillasittande jobb och en allt lugnare fritid. På många vis var denna utveckling positiv men inte i allt (8).

Fysisk aktivitet är en livsstilsvana som individen själv kan styra över. Många sjukdomar kan förebyggas genom fysisk aktivitet. Även den lättare vardagsmotionen är värdefull. ”Regelbunden fysisk aktivitet kan bland annat

- öka konditionen och muskelstyrkan
- förebygga eller sänka högt blodtryck
- förebygga eller behandla hjärt- kärlsjukdomar
- förbättra benhälsan och förebygga benskörhet
- sänka blodsockret och förebygga typ 2 diabetes

Fysisk aktivitet kan även ha mycket positiva effekter på den mentala hälsan och upplevelsen av livskvalitet genom att

- förebygga depression
- förbättra humöret
- stärka självkänslan
- minska oro
- göra stress lättare att hantera
- förbättra sömnen
- höja livskvalitén för redan sjuka” (8 sid 16).

I en pilotstudie från Tyskland påvisades att fysisk träning förbättrar symtom och tecken på depression, och att den dessutom inte ger några biverkningar (17). Enbart kunskapen om fördelarna med ett aktivare liv gör ingen förändring utan det krävs motivation och strategier. Steget från intention till handling kan ibland vara stort, även om vetskapen finns om att det är ett steg i rätt riktning (8).

1.7 Sömn

När kroppen utsätts för påfrestningar svarar den med fysiologisk aktivering. Att vara vaken, utan att ens göra något särskilt fysiskt eller psykiskt påfrestande, är i sig en belastning. Sömn är en period av extrem återhämtning, vilket är nödvändigt för att återställa kroppen till den balanserade ursprungsnivån. Frekventa eller utdragna belastningsperioder ger emellertid inte den viktiga återhämtningen vilket skapar problem. Syftet med återhämtning under sömnen är att låta en rad livsviktiga processer aktiveras. Tillväxthormoner får ökad insöndring, likaså testosteron och prolaktin. Det sker en sänkning av katabola hormoner så som stresshormonet kortisol och thyroideahormoner (18). Sömn är ett anabolt tillstånd medan vakenhet är ett katabolt (19). Under sömnen vänder sig hjärnan inåt och ägnar sig åt återuppbyggnadsprocesser. Det finns inget speciellt sömncentrum i hjärnan, utan många delar av centrala nervsystemet är inblandade, framför allt hjärnstammen.

Vid sömnbrist ökar insöndringen av kortisol under dagen, vilket ger en ökad känsla av stress. Det sker en ökning av insulintolerans som också har en stresseffekt och som dessutom medverkar till utveckling av metabolt syndrom (18). Några timmars förkortning av sömn per natt kan ha negativa effekter på ämnesomsättningen med en ökning av blodfetter och insulinets effektivitet. På sikt medför total sömnbrist negativa effekter på immunförsvaret med ökad infektionskänslighet (20).

Att vara uppmärksam på förändrade sönmönster ingår vid diagnostisering av psykisk ohälsa. Sömnbesvär påverkar personens välbefinnande negativt med energibrist och minskat intresse som leder till psykosociala och arbetslivsrelaterade problem. Insomnier är ett sammanfattande begrepp för ofullständig sönmängd som leder till besvär under dagtid såsom trötthet, koncentrationsbesvär, nedstämdhet, oro och rastlöshet, huvudvärk, minnesbesvär, sömnighet och ofrivilligt insomnande. I 50-60 % av fallen är insomnia relaterat till psykiatrisk störning och depressiv grund ska alltid efterforskas vid långvariga insomnier. Bevis på effektiv behandling är om symtomen reduceras. I depressionssjukdomar föreligger insomnia till 90% och är även ett diagnostiskt kriterium (21).

1.8 Omvårdnadsteoretisk bakgrund

Dorothea Orem (22) beskriver människan som en aktiv varelse med hög grad av frihet. Förmågan att reflektera över sig själv och sin omgivning, att använda symboliska uttryck i tankar och kommunikation och för att beskriva upplevelser är kännetecknen på människan. Människan styr också sina handlingar för att försöka göra sådant som är till gagn för henne själv och/eller andra. Orem har utvecklat en omvårdnadsteori i form av en behovsmodell. Hennes övergripande teori består av tre delar: teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist samt teorin om egenvårdssystem. Vi har valt att fokusera på teorin om egenvårdsbrist.

Egenvård är de handlingar en människa tar initiativ till och utför på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Människan har en stark förmåga till att växa och utvecklas personligt som resultat av de resurser och möjligheter till problemlösning som hon besitter. Egenvårdshandlingar är medvetna och målinriktade och därmed motiverande. Det kan handla om att söka kunskap, stöd och resurser som sedan kan användas för att kontrollera egna tankar, känslor och reaktioner för att reglera inre förhållanden och yttre beteenden. Under sin uppväxt lär sig barnen egenvård och vad som behöver göras för att må bra. Föräldrar och andra med en lärande funktion i dagens samhälle spelar därmed en viktig roll beträffande att värna om barnen. Deras uppgift är att lära barnen att sträva efter ett tillstånd där kroppens funktion samspelar med välbefinnandet för att främja mänsklig värdighet och skönhet, även vid bristande funktionsförmåga och sjukdom. Som en del av egenvården och i människans natur ligger också att ta hand om hjälplösa i sin omgivning, att vårda barn, sjuka och äldre (22).

Hälsa och hälsosam används som ett kriterium för levande ting, och tillämpas för att beskriva människans helhet eller integritet. Det kan även berätta om tillståndet hos en kroppsdel. Viktiga faktorer för hälsan är således normal utveckling och funktion, såväl för enskilda organ som för människan som helhet. Förbindelsen mellan den fysiska formen och den psykiska funktionen samt interaktionen med andra människor påverkar och beskriver också hälsa. Människan är en enhet med både biologisk, symbolisk, fysiologisk och social funktion som skapar grundläggande behov, vilka tillgodoses på olika sätt i olika samhällen. Den övergripande synen på begreppen hälsa och hälsosam förändras tillsammans med den rådande människosynen. Vem som har hälsa och är hälsosam bestäms dock utifrån den enskilde

individens tankar och åsikter om vad hälsa är. Att må dåligt en dag, ha en förkylning eller ett brutet ben behöver inte betyda avsaknad av hälsa. Den subjektiva upplevelsen kan vara en känsla av hälsa trots skada på kroppen. Men egentligen ses en avvikelse från kroppens normala funktion som brist på hälsa hos människan som helhet. Hälsa är samhällets och varje individs ansvar, inte enbart sjukvårdens. Motgångar och sjukdom är oftast mycket svårt och bringar stor sorg, men kan också stärka individens förståelse för sig själv och andra (22).

Termen hälsa används för att beskriva en sund och hel människa med utvecklade kroppsliga och mentala funktioner. Välbefinnande, däremot, används för att beskriva individens subjektiva upplevelse av karaktären på sin existens och livssituation. Upplevelse av harmoni, självförverkligande och framgång tillsammans med olika källor till glädje, såsom utvecklandet av personligheten, spirituella upplevelser, uppfyllande av egna ideal, bidrar till känslan av välbefinnande (22).

En egenvård som omfattar sunda handlingar och handlingsmönster, såsom att utveckla goda vanor och förhållningsmönster, är förutsättningar för bibehållen hälsa eller återvinnande av hälsa. Nya behov kan dock kräva nya vägar för bibehållen hälsa hos individen som fordrar en öppenhet för förändringar (22).

Orem betonar egenvård och patientens delaktighet. Sjuksköterskan ska finnas tillhands för att kompensera när det är obalans mellan terapeutiska egenvårdskrav och egenvårdskapacitet hos patienten. Individens kapacitet till egenvård möter inte alltid de egenvårdskrav som patienten har. Det blir en obalans mellan behov av handling och personens förmåga att möta dessa behov. Sjuksköterskan har då en möjlighet att hjälpa patienten. Orem beskriver olika hjälpmetoder som sjuksköterskan använder för att främja patientens egenvårdskapacitet:

- *Hjälparen utför det som patienten inte kan.* En metod som kräver utvecklade färdigheter från hjälparens sida för att uppnå vissa resultat hos en person i behov av hjälp. Den som mottar hjälp, om fullt medveten, måste ge sitt tillåtande till hjälp. Hjälparen assisterar personen med att fatta beslut och göra upp planer, när än det anses nödvändigt och klokt. Dessutom bör den hjälpte få klarlagt vad som behöver bli gjort och vad han/hon kan förvänta sig. Användandet av denna metod är beroende av resultatet sjuksköterskan i samråd med patienten är ute efter.
- *Rådgivning*, eller guidning som metod, används för att hjälpa en person att fatta beslut, göra ett val eller för att driva på personen mot en speciell riktning, dock utan att övertala eller bli beordrande. Metoden kräver att de båda inblandade, den som handleder och den som tar emot, har en öppen kommunikation. Det erfordras också motivation från den handledde för att kunna utföra aktiviteterna. Det ställer krav på sjuksköterskan som måste ge adekvat handledning, såsom muntliga förslag och instruktioner. Guidning innefattar ofta stöd för patienten.
- *Stöd.* Fysiskt eller psykiskt stöd används för att förhindra personen från att misslyckas eller som hjälp för att undvika en otrevlig situation eller när ett svårt beslut ska fattas. Sjuksköterskan finns där som ett aktivt stöd, både fysiskt såsom vid promenad, uppstigning från sängen, och psykiskt i form av uppmuntrande ord och aktivt lyssnande. Sjuksköterskan måste dock avväga vad patienten klarar av själv och när det är lämpligt att hjälpa till. Det kräver visdom och förståelse. Patienten uttrycker inte alltid sitt behov i ord, utan vårdaren måste kunna läsa av andra uttryck för behov av hjälp så som kroppsspråk, blickar och fysisk närvaro. Den utförda handlingen kan vara att praktisera en ny teknik, fatta ett beslut eller ta sig igenom en stressande personlig- eller familjesituation. Patienten uppmuntras att fullfölja en handling, att tänka igenom

en situation eller att fatta ett beslut. Det psykologiska och fysiska stödet är inte detsamma som att förse en annan person med materiella resurser, även om de är nära besläktade.

- *Ordna en miljö som främjar utveckling.* Miljön i sin helhet, och inte enskilda delar av den, ses som utvecklande. Sjuksköterskan har till uppgift att skapa förhållanden i omgivningen som motiverar patienten, dels att sätta upp relevanta mål, dels att anpassa dennes beteende för att uppnå målen. Förhållanden i miljön kan vara av psykosocial eller fysisk karaktär. Utvecklingsbetingad hjälp kan leda till såväl förändrade som nyformande attityder och värderingar, samt kreativt användande av förmågor och möjligheter. Hjälparen söker alltid välja faktorer i omgivningen med patientens specifika behov i centrum för att möjliggöra de förändringar som är önskvärda beträffande patientens hälsa och levnadssätt. Patienten bör ofta få hjälp att se vilka resurser som finns i omgivningen och hur de ska användas. Hjälpare kan också behöva möjliggöra interaktion och kommunikation mellan patienten och andra. Att ordna en utvecklingsfrämjande miljö kan vara väldigt effektivt om hjälparen har en stor kreativ förmåga och goda kunskaper om, och respekt för andra människor. Utvecklande och kreativa miljöer borde finnas hos varje familj, inom barnomsorgen, på vårdhem, i skolor, på sjukhus och i alla miljöer där människor verkar eller arbetar tillsammans.
- *Undervisning* är en bra metod för att hjälpa en person att utveckla sina speciella färdigheter eller sin kunskap beträffande specifika områden. Det går dock inte att undervisa en person som inte är redo eller mottaglig för informationen. Det kräver också att hjälparen vet exakt vad personen behöver veta och redan vet. Sjuksköterskan måste ta hänsyn till patientens bakgrund, livsstil och dagliga vanor, erfarenheter, sätt att tänka och måste veta vilket behov av självhjälp patienten har för att kunna ge information. Undervisningen måste också anpassas till ålder och personens förkunskaper och erfarenheter (22).

2. SYFTE

Syftet är att undersöka möjligheter och effekter av motiverande samtal vid livsstilsförändringar främst beträffande kost, motion och sömn, samt att undersöka sjuksköterskans möjlighet att använda sig av denna metod.

3. METOD

Eftersom "motivational interviewing" (MI) är ett internationellt begrepp och finns med i bakgrunden valde vi att söka på detta begrepp. Bara "motivating" var alltför oprecist och gav för många träffar. Ord vi sökte på i kombination med "motivational interviewing" var "physical activity", "diet", "lifestyle changes", "sleep", "sleeping habits", "sleeping disorders", "nursing", "exercise", "depression" och "qualitative study". Vissa av dessa ord sökte vi även på separat, liksom författarnamn.

Främst sökte vi i CINHALL och PubMed, men för att vidga sökningens områdesfält gick vi även till ERIC och PsycINFO.

Majoriteten av sökresultat på MI var forskning på missbruk. Vi läste ett par introduktioner och förstod att MI är utvecklat och väl använt inom missbruksvården.

Artiklarna 26, 30, 32, 34-37 är inte peer-reviewed. Vi har ändå bedömt dem som tillförlitliga och av god kvalitet baserat på att de är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och har goda referenser. För en tydligare presentation av artiklarna, var god se bilaga 1.

Efter datasökningen bedömdes 14 artiklar som användbara. Därefter gjordes manuella sökningar på artiklarnas referenslistor, vilket gav 2 användbara artiklar. Vi satte inte upp några begränsningar beträffande geografiskt område eller ålder på medverkande i studierna.

Kvaliteten på artiklarna granskades med hjälp av checklistan från studiehandledningen. Artiklarna är deduktivt analyserade och Orems egenvårdsteori är den omvårdnadsteoretiska grund som arbetet baserats på. Vi sökte efter vilken effekt MI hade i interventionerna, patientens upplevelse av samtalen samt var, hur och av vem metoden hade använts. Utifrån dessa riktlinjer sökte vi svar på vårt syfte och delade in resultatet i områden som sedan omformulerades till de fem rubrikerna.

När vi analyserade artiklarna var vi noggranna med att läsa diskussionsdelen eftersom den tydliggjorde omständigheterna runt interventionen och gav större förståelse för resultatet.

Angående språket i uppsatsen har vi valt att behandla MI som en fackterm som betecknar en form av behandling. Motiverande samtal är därmed, enligt oss, något som patienten får samtidigt som han/hon är deltagande. I uppsatsen benämner vi den som mottar och den som håller i samtalen med många olika namn eftersom yrkeskategorierna varierat i artiklarna. De gånger det varit sjuksköterskor som givit MI samtal har vi använt "sjuksköterska" då det var den profession vi specifikt ville lyfta fram.

3.1 Presentation av artikelsökning.

Namn	Sök-datum	Databas/ Tidskrift	Sökord	Antal träffar	Limits/kommentar	Land	Art. nr
Healthy Aging Demonstration Project: Nurse Coaching for Behavior Change in Older Adults	2007-03-27	PsycINFO	Health + Motivational Interviewing	129	Peer-reviewed journal	USA	23
Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes	2007-03-27	PsycINFO	Lifestyle changes + motivational interviewing	3	Peer-reviewed journal	England	24
The effects of motivational interviewing on physiological outcomes	2007-03-23	CINAHL	Motivational interviewing	30	Peer-reviewed; Research article	USA	25
Results of the Healthy Body Healthy Spirit Trial	2007-03-30	CINAHL	Motivational interviewing	159	GU-holdings	USA	26
Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects (PHLAME)	2007-03-23	CINAHL	Motivational interviewing	159	Peer-reviewed GU-holdnings	USA	27
The PHLAME firefighter study: outcomes of two models of behavior change.	2007-04-10	PubMed	Motivational interviewing	401		USA	28

The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care	2007-03-30	CINAHL	Motivational Interviewing	159	Peer-reviewed GU-holdnings	UK	29
Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women with Type 2 Diabetes.	2007-03-23	PubMed	Motivational Interviewing	380	Field: Titel/Abstact Published in the last 10 years	USA	30
The effect of a brief motivational intervention on community psychiatric patients' attitudes to their care, motivation to change, compliance and outcome: A case control study	2007-03-30	CINAHL	Motivational interviewing	159	Peer-reviewed GU-holdnings	UK	31
How does Motivational Interviewing Work? Therapist Interpersonal Skill Predicts Client Involvement Within Motivational Interviewing Sessions	2007-03-27	ERIC	Motivational interviewing	30		USA	32
Motivational Interviewing: A Review	2007-03-27	PsycINFO	Health + motivational interviewing	129	Peer-reviewed journal	Nya Zeeland	33
Motivational Interviewing in Health Care Settings. Opportunities and Limitations	2007-04-10	Manuell Sökning. American Journal of Preventive Medicine			Från referenslista till "Healthy Body Healthy Spirit"	USA	34
Motivational Interviewing: Improving Patient Education	2007-03-23	PubMed	Motivational interviewing	380	Titel/Abstact Published in the last 10 years	USA	35
'Advise Yes, Dictate No'. Patients' Views on Health Promotion in the Consultation	2007-04-10	Manuell sökning I PubMed	Stott N		Från ref.lista till "Motivational interviewing in health settings: a review"	UK	36
The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health	2007-03-27	PubMED	Motivational interviewing	38	Title/Abstract Published in last 5 years Nursing Journals	USA	37
Influence Positive Change with Motivational Interviewing	2007-03-30	CINAHL	Motivational interviewing	159	Peer-reviewed GU-holdnings	USA	38

4. RESULTAT

4.1 Resultat och effekter av Motiverande Samtal

Flera studier visade att Motiverande Samtal (MI) resulterade i förbättrad kosthållning hos patienterna (23-28), samt ökad fysisk aktivitet (24, 26-29).

Vid kostförändringar gav MI klart positiva resultat (23,24,26,30). Både på kort och lång sikt sågs en ökning av frukt- och grönsakskonsumtion samt förbättrad kosthållning (27,28).

I en studie fick deltagarna själva välja vad de ville fokusera på angående sin hälsa. Att gå ner i vikt var det huvudsakliga målet för 29 %, 16 % önskade öka sin fysiska aktivitet och 3 % ville ändra sin diet. I studien användes inga objektiva mätinstrument för att mäta förändringarna, utan en självskattningsenkät användes för att mäta hälsoförbättringar. Resultatet visade inte på någon signifikant skillnad mellan MI-gruppen och kontrollgruppen, däremot sågs ett större bortfall i kontrollgruppen (23). Andra studier visar dock på goda korttids resultat, men samtalen måste fortgå under en längre tid för att effekten ska kvarstå (24,25,30).

I en studie ingick MI som en del i arbetet för en beteendeförändring hos kraftigt överviktiga kvinnor. I samtalen undersöktes motiverande faktorer relevanta för individen, och hur viktnedgång passade in med de framtidsmål hon ställt upp. Det förekom inga råd om nya viktminskningsmetoder under de individuella motiverande samtalen, utan det togs upp under gruppsamtal. Kvinnorna som deltog i MI-samtal gick ner betydligt mer i vikt än kontrollgruppen och behöll sin lägre vikt under en längre tid (30).

Sambandet mellan MI och ökad fysisk aktivitet var inte lika tydligt som mellan MI och kostförändringar (24,26). I en 12 veckor lång interventionsstudie beträffande fysisk aktivitet visades begränsad följsamhet. De flesta medverkande deltog i ungefär hälften av samtalen, men deltagare som hade fler samtal i tätare följd blev mer motiverade till fysisk aktivitet. Ytterst få deltagare fortsatte träna efter interventionen, varpå MI inte hade någon långvarig effekt (29). Pågår samtalen under en längre tid finns det dock goda chanser att etablera nya motionsvanor. I en studie fick brandmän MI-samtal kontinuerligt under ett år och på ettårsuppföljningen hade de ökat mindre i vikt i jämförelse med kontrollgruppen. De hade förbättrat sin fysiska aktivitet och kunde göra fler sit-ups per minut (28).

I ett försök att motivera patienter inom psykiatri att förändra sin livsstil framkom att patienterna som fick MI-samtal kände sig mer lyssnade till, mer nöjda, mer engagerade i sin egen vård och mer informerade angående sina problem än kontrollgruppen. I jämförelse mellan experimentgrupp och kontrollgrupp sågs efter en första skattning en trend hos experimentgruppen att vara mer motiverad att arbeta med sina livsstilsproblem. Det var ingen skillnad i grupperna beträffande följsamhet till möten eller mediciner. Då interventionen var slut blev patienterna remitterade till experter på problemområdet, som ej var tränade i MI. Effekterna av interventionen var ej stora vid uppföljningen efter tre till fyra månader (31).

Patienter som tidigare försökt göra kost och motionsförändringar med hjälp av olika metoder upplevde MI-samtal som en mer personligt utformad metod, vilket resulterade i önskade förändringar (24). Sammantaget kan sägas att MI-samtal förbättrade hälsan och positivt påverkade det allmänna välbefinnandet (27,28,30).

Flera författare beskriver att MI inte alltid gav önskvärda resultat, men metoden försämrade inte heller hälsoläget för individerna, och det framkom inga negativa effekter av MI (26-28,31).

Designen på studien och miljöfaktorer har i två studier påverkat resultatet. I den första fick män och kvinnor i ett samhälle med lågt socioekonomiskt status delta i MI-samtal. De fick

också gratiskuponger till träningsanläggningar och simhallar. Det kunde inte bekräftas att motivationen påverkades av samtalen, och följsamheten var låg. Två grupper erbjöds sex samtal, men de flesta utnyttjade endast tre. Deltagare som tog vara på samtalen utnyttjade också kupongerna i större utsträckning och tränade mer. Mätningarna bestod av subjektiv självrapporterad data. Forskarna diskuterade om det var samtalen eller gratiskupongerna som motiverade. De menade att det hade kunnat bli annorlunda i ett annat socioekonomiskt område, och att en intervention av denna art måste fortgå under en längre tid för att nå deltagarnas inre motivation (29).

I den andra undersökningen fick deltagarna i två interventionsgrupper varsin kulturanpassad motionsvideo, kokbok, kostvideo, träningsguide, stegräknare samt ett kassetband med gospelmusik anpassad i tempo för uppvärmning, träning och nedvarvning. Kontrollgruppen fick också material (hälsobrochyrer, videos - dock ingen om kost), men detta var inte kulturellt anpassat. Av de två interventionsgrupperna fick den ena dessutom MI-samtal. Resultatet visar dock ingen signifikant skillnad mellan gruppen som fick MI-samtal och den andra interventionsgruppen. Forskarna anar att materialet i sig var så omfattande att MI inte hade någon ytterligare effekt på resultatet (26).

4.2 Sjuksköterskans möjligheter att använda motiverande samtal i sitt arbete.

Några författare som arbetar på ett amerikanskt college för sjuksköterskor uttryckte en önskan om att använda MI inom vården. Värdegrunderna för MI är kompatibla med sjuksköterskans beträffande patientens autonomi, hälsopromotion och patientcentrerade vård (25).

I flera studier visar det sig att sjuksköterskor utövar metoden, ofta i ett team med andra yrkeskategorier (23,31,32). Som del av ett team eller som fristående ses, förutom sjuksköterska, många olika användare av MI så som psykiatriker (31,32), psykolog (24,26,30-32), terapeut (27,28,32), arbetsterapeut (31), socialarbetare (31,32), och hälsoinspektör (29). Utbildningen i MI varierade i längd. Några fick två dagars workshop andra var verksamma psykologer som under flera år använt och studerat metoden.

Skriftlig information och undervisningsmaterial visade sig vara ett återkommande tillägg till MI i flertalet studier (23,25,27,28,30). Patienterna fick information om diabetes och viktminskning (30), artiklar angående hälsa (23), fitnessguide innehållande information om nutrition och fysisk aktivitet och vanliga livsstilssjukdomar (27,28), material beträffande kost och motions inverkan på kroppen, mycket med fokus på hjärtat och blodfetter (25) varav det sistnämnda gavs på patientens begäran. Sjuksköterskor samtalar med patienter om livsstil och kan fungera väl som professionellt stöd i processen mot en sundare livsstil. En del av arbetet innefattar också att bistå patienterna med skriftlig information (23).

4.3 Empati, stöd och ”hjälp till självhjälp” i motiverande samtal.

Patienter kände sig mer lyssnade till när de fick MI, eftersom dessa samtal hade ett empatiskt och icke-dömande tonfall (31). Likaså kännetecknades samtalen av aktivt lyssnande och hjälp till självhjälp var ett tydligt uttalat mål (23,31-34).

Arbetet med MI var handledande och stödjande genom att behandlare och patient gemensamt tydliggjorde mål och lade upp en plan för förändring. Förändring med hjälp av MI upplevdes därmed inte som ett tvång för patienten, och han/hon fick själv formulera lösningen på sina problem (23,25,26,35). Behandlaren måste få klarhet i patientens antaganden och förväntningar och inte tro sig ha rätt att ge ogrundade råd (36). Förståelse för individens mogenhet för förändring måste alltid vara en del av interventionen (35). MI-terapeuten var stödjande och hjälpte till att hitta metoder för förändring och utveckling av medvetenhet och

motivation (27,28). Interventioner måste innefatta många nivåer och strategier för att motivera beteendeförändring. Fokus bör läggas på problemlösning och målsättning för att uppnå positiva beteendeförändringar (30).

I studierna genomfördes många olika interventioner för att underlätta patienternas hjälp till självhjälp/empowerment. I en intervention inbjöds deltagarna att delta i sociala tillställningar där gästtalare föreläste om hälsosamt åldrande (23).

När fokus lades på vad patienten själv kunde göra för att förändra i sin tillvaro underlättade det för processen. Patienterna fick beskriva och ge en bild av sin livsstil utifrån kost- och motionsvanor. Tillsammans identifierade sjuksköterskan och patienten målet med samtalen och de faktorer som utgjorde ett hinder för en livsstilsförändring. Patienterna uppgav att den personligt utformade vården hjälpte dem att bättre hantera sina kost- och motionsvanor än tidigare mer traditionella metoder. Denna studie var utformad så att patienterna medverkade vid målsättning, valde ut personligt anpassade strategier för att komma över hinder, fick utvärdera och gavs uppföljning på sina resultat (24).

I en studie framkom att kvinnor som fick MI var betydligt mer engagerade i programmet än kontrollgruppen. Under interventionen gick de på mötena i större utsträckning än kontrollgruppen och förde också dagbok betydligt bättre. MI hade mycket god effekt, både beträffande vikt och blodsockerkontroller (30). Deltagarna beskrev en upplevelse av delaktighet i planeringen av vården, vilket resulterade i ökat engagemang och intresse för den personliga hälsan (24,31). Det var snarare innehållet i samtalen än antalet som hade betydelse för resultatet (23). Det är därför relevant att patienterna själva får välja vad de vill fokusera på och vilka mål de har (26,35). Genom konsten att motivera kan hälso- och sjukvårdspersonal påverka patienter att göra positiva förändringar för sin hälsa (37).

4.4 Patientens upplevelse av att delta i motiverande samtal

Patienter som fick samtal av sjuksköterskor utifrån MI:s principer uttryckte stor tillfredsställelse. Bortfallet i interventionsgruppen var 15 % i jämförelse med kontrollgruppens 26 % (29). Dessutom ansåg de sig ha fått mer information angående sina problem (24,31). Humfress et al (31) applicerade MI på personliga brev som skickades till patientens bostad. I brevet listades hinder för förändring liksom faktorer som skulle kunna öka hopp om återhämtning. Det beskrev vad som samtalats om under mötet och valda citat av patientens egna formuleringar. De patienter som efter ett MI-samtal fick ett återkopplingsbrev hemskickat upplevde detta som väldigt positivt. Allt var skrivet med ett icke-formellt språk och flertalet patienter upplevde brevet som lättförståeligt (31). MI hade en positiv påverkan på det allmänna välbefinnandet (27,28), och metoden upplevdes som högt tillfredsställande och bra i jämförelse med traditionella metoder (24). Patienter välkomnade oftast känslig och omtänksam hjälp med förändring med livsstilen om det var relaterat till ett problem men struntade i råd från läkare som inte verkade bry sig (36).

4.5 Motivational Interviewing och Transtheoretical Model

I artiklarna görs stor skillnad på Motivational Interviewing (MI) och Transtheoretical Model (TTM). Modellerna används nästan uteslutande tillsammans, där TTM är en modell för förändring och MI kan användas för att åstadkomma denna förändring. Forskningen kring MI har varit inriktad på missbruksproblematik och det var inom detta område som metoden först användes. Nio av de artiklar som använts sammankopplar TTM med MI (23,27,31-38).

Flera författare beskriver att TTM har utvecklats av DiClemente och Prochaska, och består av fem steg (31,35,37,38,):

- "Precontemplation
- Contemplation
- Preparation
- Action
- Maintenance" (38 sid 45).

Shinitzky, Kub (37) och Lange (38) beskriver DiClemente och Prochaskas tio processer som möjliggör förflyttning till nästa steg.

- "Consciousness Raising
- Self-Evaluation
- Self-Liberation
- Counter Conditioning
- Stimulus Control
- Reinforcement Management
- Helping Relationships
- Dramatic Relief
- Environmental Reevaluation
- Social Liberation" (38 sid 45).

Det som gör att MI fungerar så bra jämfört med andra samtalsmodeller är att behandlaren har en speciell attityd eller ett förhållningssätt, som benämns "the spirit of MI". MI-tekniken kan appliceras i ett samtal utan att behandlaren har detta förhållningssätt, men det är då inget MI-samtal och utlöser antagligen motstånd och ger dåliga resultat (33). För att få den rätta attityden krävs tillämpning av de fyra viktiga principerna för MI: empati, utveckla diskrepans, stärka patientens tilltro till sin egen kompetens och reducera motstånd (23,31,33,34,37,38).

Shinitzky och Kub (37) säger om MI-processen:

"The art of motivational interviewing is therefore a dance between two individuals suspending judgement and avoiding a confrontational style thereby minimizing defensive reactions by the patient" (37 sid 181)

5. DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

Valet att begränsa sökningarna till begreppet MI var nödvändigt. Enbart sökordet *motivating* gav en mängd artiklar med olika motivationsteorier. För att kunna göra jämförelser mellan artiklarna krävdes samma teoretiska modell. Det blev mycket snart tydligt att MI är ett vedertaget begrepp som det finns mycket forskat kring. De studier som tagits med i uppsatsen svarade på våra frågeställningar och det fanns ingen kvalitativ studie som matchade vårt syfte. Artikeln av Stott och Pill (36) var dock delvis kvalitativ och behandlade patienters upplevelser av hälsosamtal med läkare, men läkarna i studien använde inte MI. Artikeln är relevant därför att den visar på hur patienter vill bli tilltalade och samtalade med. Den ger extra grund för att MI är en användbar metod. Det hade varit intressant att få ta del av patienternas upplevelser av MI. Utifrån de begränsningar vi valt för sökningarna fann vi inga artiklar som specifikt behandlade patientens upplevelse av MI, men det var inte relevant att göra ytterligare sökningar eftersom vårt syfte var att studera effekter och inte upplevelsen av MI-samtal.

Vi valde få begränsningar dels på grund av att det inte fanns många studier inom ämnet i Norden och dels för att vi inte ansåg att det var relevantt att begränsa sökningarna geografiskt. Det finns dock en svaghet i att artiklarna kommer från flera delar av världen och kanske inte är överförbara till svenska vården. Hade det funnits mer forskning på MI relaterat till kost, motion och sömn inom Norden så hade de prioriterats framför de utomnordiska. Det var inte möjligt att begränsa till en enhetlig grupp och därför har vi med artiklar där de medverkande varierar i ålder, kön, sjukdomsbild och social tillhörighet. Forskning i olika länder och inom olika grupper visar på en bredd i användningsområde. En sådan spridning och få studier på en och samma grupp gör det dock svårt att veta om resultaten är tillförlitliga. Reliabiliteten hade varit högre om vi kunnat begränsa litteraturöversikten till ett speciellt område eller grupp.

Vi fann inga studier på kost och motion var för sig. Kost- och motionsförändringar var tillsammans del i behandlingen av olika sjukdomar och som metod tillämpades MI. I några artiklar prövades MI även som hälsopromotion (26-28).

De litteraturöversikter (33-35,37,38) vi valt att ta med saknar syfte och metod, men tillförde bra fakta samt verifierade det som interventionsstudierna kommit fram till. Vi ansåg dem väl underbyggda då de publicerats i vetenskapliga tidskrifter och med gedigna referenslistor. Anledningen till att vi valde att ta med flera litteraturöversikter var att de tydliggjorde innebörden av MI och användningsområdena för metoden.

Vi började denna skrivandeprocess med inställningen att motiverande samtal var något rakt igenom positivt. En sådan inställning kan ha påverkat vår objektivitet.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att undersöka effekterna av motiverande samtal vid livsstilsförändringar. Det visade sig att MI främst hade kortsiktig effekt. Det kan bero på studiernas design då de pågick under en kort tid, eller utgjordes av ett fåtal tillfällen för MI. En längre tids intervention hade troligtvis kommit åt den inre motivationen och givit ett långsiktigt resultat. Studierna kan också ha varit bristande i sitt sätt att mäta resultaten. I flera studier mättes endast den subjektiva upplevelsen av förändring (23,29,30).

Något som förvånade oss efter att ha granskat materialet var att MI inte hade bättre effekt på motionsförändringar. En anledning till detta resultat kan vara att motion ofta kostar pengar och är tidskrävande, det kan vara svårt att göra plats för det i sitt schema. Kostförändringar tar däremot ingen ytterligare tid i anspråk. Förändringen ligger i att tänka om, vilket kan ta några extra minuter, och äta bör man annars dö. En timmes träning efter en slitsam arbetsdag prioriteras lätt bort till fördel för något mer vilsamt.

Det har gjorts forskning på sömn, dock mycket begränsat vad det gäller sömn och MI. En trolig förklaring till detta kan vara att sömnvanor finns med som en liten del i en större livsstilsförändring och därför inte ges så mycket uppmärksamhet. Uppenbarligen är det viktigare att fokusera på andra beteenden. På vårdcentraler i Sverige är det vanligt med distriktssköterskor som jobbar med patienter som till exempel har en övervikt. Sömnen är då inte den faktor de främst arbetar med utan fokus riktas naturligt mot kost och motion. En god natts sömn lägger en bra grund för dagen, men brister det i sömnen infinner sig obalans och trötthet i vardagen vilket kanske leder till att man varken orkar träna eller äta nyttigt (21). Vad vi önskar är att sjuksköterskan har ett vidare perspektiv vid samtal med patienterna. Vårdpersonalen ska se till helheten och uppmärksamma att små förändringar på flera olika

områden kan underlätta större förändringar eftersom de påverkar varandra. Att gå och lägga sig bara en halvtimme tidigare kan leda till att individen orkar med både ett litet träningspass kommande dag och planera något gott och nyttigt till middag. Den lilla förändringen kan vara öppningen för att komma in i en spiral av välmående. Vi sökte inte efter studier som visade på sömnens betydelse för välbefinnandet eftersom det inte matchade vårt syfte.

I de studier vi läst var det ett fåtal där den professionelle var sjuksköterska. Det fanns dock många artiklar om MI i sjuksköterske- tidskrifter och MI är kompatibelt med sjuksköterskans värdegrund. Flera av interventionerna skulle mycket väl kunnat utföras av sjuksköterskor eftersom det inte finns några hinder för att han/hon utbildar sig i MI. Att gå en kurs är inte ett stort steg att ta och den färdigheten skulle underlätta för sjuksköterskans i hans/hennes arbete. Information och undervisning fanns med som tillägg till MI i studierna. Sjuksköterskor har ofta samtal om livsstilsförändringar och undervisar patienter. Att få undervisa och ge information till en patient som under samtalets gång finner motivationen och verkligen vill lyssna måste vara mer tillfredsställande och mer effektivt än att tala till en patient som inte vill lyssna. Med hjälp av MI kan sjuksköterskan göra patienten mer engagerad i sin vård (24,31). Patienter ska få den faktainformation som är nödvändig för det aktuella hälsotillståndet och i samråd med dietist och sjukgymnast kan sjuksköterskan hjälpa patienten att hitta material beträffande kost och motion som denne kan tänkas behöva. Sjuksköterskan kan sedan bistå med ytterligare information samt svara på frågor.

Miljön på många av Sveriges sjukhus ger inte utrymme för långa samtal mellan patient och sjuksköterska. Den höga arbetsbelastningen och tempot gör att samtalen blir få och korta, men inte mindre betydelsefulla för det. Det vore effektivt om sjuksköterskan använde sig av MI-metoden under de korta mötena. Förhållningssättet som karakteriserar MI kan sjuksköterskan, liksom övrig vårdpersonal, alltid ha med sig. Förhoppningsvis väcks en tanke hos patienten och en vilja att fortsätta att arbeta med sina problem. Vidare skulle det vara värdefullt om patienten fick möjlighet att fortställa samtalen med en sjuksköterska efter vårdtiden, om så önskas. Under den korta tid patienten befinner sig på sjukhus kan det vara lönsamt att låta honom/henne få fortsätta bestämma över sitt eget liv, eftersom det är patienten som ska ta hand om sig själv efter utskrivning. Detta synsätt, att människan är kapabel att ta hand om sig själv präglar även Orems (22) människosyn. Vår erfarenhet är att vårdpersonal oftast säger åt patienten vad han/hon ska göra. Det kan vara väldigt kränkande för en patient som nyss kommit till sjukhuset om vårdpersonalen plötsligt börjar fatta beslut åt denne. Vilken effekt har ett sådant förhållningssätt? Ett samtal utifrån principerna för MI hade kanske inte heller haft någon effekt vid samma tillfälle, men jämfört med tillsägelsen ser vi många fördelar med att i stället tillämpa det empatiska, motiverande samtalet.

På vårdcentraler där sjuksköterskan arbetar mycket med livsstilsförändringar, är det i allra högsta grad eftersträvanvärt att finna en strategi för samtalen.

Orems (22) teori är användbar som grund och ram för ett omvårdnadsarbete där motiverande samtal ingår. Det finns stora likheter mellan Orems teori och principerna för MI. Hon betonar egenvård och patientens delaktighet, och uppfattar människan som kapabel att ta hand om sig själv. Behovet av livsstilsförändring hos de patienter vi kommer att möta är varierande men likväl krävs det att patienten själv är delaktig och vill göra en förändring. Det motiverande samtalet blir redskapet för att uppnå balans i egenvårdskapacitet och egenvårdsbehov. Likheter som MI har med Orems hjälpmetoder för att främja patientens egenvårdskapacitet är att de ser människan som en individ med förmåga att fatta egna beslut. De tar hänsyn till patientens personlighet och sätt att tänka, och båda menar att patienten måste vara redo för att kunna ta emot information. Vikten av att ta reda på vad patienten redan vet och skulle vilja

veta inför en förändring betonas. Hjälpmedel i omgivningen väljs utifrån patientens specifika behov för att underlätta förändringar beträffande patientens levnadssätt och hälsa. De förespråkar aktivt och reflektivt lyssnande, där rådgivning ges för att hjälpa en person att fatta ett beslut, men utan att bli beordrande. För att kunna föra en öppen diskussion med patienten krävs, enligt Orem, att handledaren är motiverande. På en avdelning där man arbetar utefter Orems teori skulle det vara möjligt att införa MI, eftersom de inte krockar på någon punkt.

I sjuksköterskeutbildningen i Göteborg lär vi oss omvårdnadsteorier, men det hade varit önskvärt om vi också fick möjligheten till fler tillfällen att öva på dem med varandra. Skolan har fina salar där vi tränar på våra praktiska färdigheter men där vi även borde fokusera på hur vi samtalar med varandra. Aktivt handlande utifrån en omvårdnadsteori blir mer konkret och enklare att ta till sig. Orems (22) teori och MI visade sig kompatibla, och att fördjupa sig i MI ger en ytterligare dimension i förhållningssättet mot patienten. Har man detta förhållningssätt med sig tror vi att det kommer vara lättare att hantera problem i arbetet. Samarbetet med patienten gynnas av att vi inte säger åt dem vad de ska göra. Det är också viktigt att vara medveten om skillnaden i att försöka vara motiverande och verkligen följa principerna för MI i samtalet, så som att känna empati, verkligen fråga efter patientens egen önskan och inte gå in i en argumentation. Vi ser MI som tilltalande eftersom den bygger på ett empatiskt och hjälpanande förhållningssätt och att den inte bara är en handfull tekniker.

Faskunger och Hemmingsson (8) beskriver tio förändringsstrategier. Dessa stämmer mycket väl överens med de tio processerna för TTM. Anledningen till att vi inte har definierat TTM i introduktionen är att varken Klang Söderqvist (4), Aborelius (5), Enquist (7) eller Faskunger (8) beskrev den som en separat teori utan invävd i motiverings arbete. Det var inte förrän vi läst artiklarna som det blev tydligt att det är två separata teorier, som utvecklats parallellt. Teorierna förstärker och kompletterar varandra. Övergripande var litteraturen till inledningen (4-9) skriven som handböcker för praktisk tillämpning av motiverande samtal och motivering.

I studierna användes MI nästan uteslutande tillsammans med olika patientgrupper, såsom diabetespatienter, hjärt-kärlsjuka, multisjuka, psykiskt sjuka och listan kan göras mycket längre. MI är därmed inte en metod som endast går att applicera på en viss population eller vid ett visst sjukdomstillstånd och är inte genusberoende. Patientens intellektuella förmåga utgör inte en begränsning för användandet av MI. Den professionelle har till uppgift att lotsa patienten bland tankar, att vrida och vända på problemet för att finna en plan för förändring som är motiverande. Begränsningen i MI ligger i att patienten måste kunna kommunicera.

Det hade varit intressant att se inom vilka områden MI tillämpas i Sverige och hur utbrett användandet är. Vi hade gärna gjort en enkät och undersökt hur många av t.ex. vårdcentralerna i vårt närområde som använder MI och med vilka patienter.

Vi hoppas se mer forskning från Norden med interventioner riktade mot kost, motion och sömn som pågår under mer än ett år. Den forskning vi tagit del av är främst från Storbritannien och USA, och är sannolikt överförbar på Sverige. Frågor som vidare forskning skulle kunna ge svar på är om svensken är redo för detta förhållningssätt.

För att själva använda MI skulle vi behöva en utbildning i metoden. Det vi tar med oss från den här studien är viktiga förkunskaper och tankar kring samtal. Vi har dragit slutsatsen att MI är en användbar metod samt att den stämmer väl överens med sjuksköterskans värdegrunder. Det finns stora möjligheter för sjuksköterskor att använda metoden, om inte i sin helhet så åtminstone utifrån detta förhållningssätt. Som vi diskuterat tidigare kan det

finnas hinder i form av tidsbrist, men man kan försöka att vara i "the spirit of MI" under det korta samtalet. Vi ser inga hinder för att använda MI inom sjukvårdens alla områden när det handlar om att lotsa patienten mot ett sundare leverne.

I vårt framtida yrkesutövande kommer vi att tänka på hur vi samtalar med patienterna, och troligtvis leta upp en MI-utbildning samt försöka motivera våra kollegor att också gå kursen. Kunskapen ger oss en fastare grund att stå på för att inte själva falla in i mönster av att säga åt patienten utan istället vara lyhörd för hans/hennes tankar och vilja. Som patienter skulle vi själva vilja bli bemötta av ett förhållningssätt som är motiverande. Det skulle ge en känsla av att vara sedd, bli bekräftad och respekterad för den jag är. Det är så lätt att som vårdare försätta patienten i underläge. Vi hoppas i framtiden kunna hjälpa våra patienter till en sundare livsstil genom ett motiverande förhållningssätt.

REFERENSER

1. Statistiska centralbyrån: www.scb.se
[www.scb.se/Grupp/Omscb/ Dokument/Halsorelaterade levnadsvanor.ppt och www.scb.se/templates/pressinfo_149797.asp-17k](http://www.scb.se/Grupp/Omscb/Dokument/Halsorelaterade_levnadsvanor.ppt_och_www.scb.se/templates/pressinfo_149797.asp-17k) (Tillgänglig 2007-03-21)
2. VIPS-boken. Ehnfors M, Ahrensberg A, Thorell-Ekstrand I. Stockholm: Vårdförbundet – Forskning och Utveckling; 2000.
3. Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>, samt:
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9514/Sammanfattning.htm> (Tillgänglig 2007-03-21)
4. Klang Söderkvist B red. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur;2001
5. Aborelius E. Varför gör dom inte som vi säger?? Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum; 1993.
6. Forsberg L. Motiverande samtal bättre än råd. Läkartidningen 2006; 103 (42): 3178-80.
7. Engquist A. Konsten att samtala. 3 uppl. Uppsala: Rabén prisma;1997)
8. Faskunger J, Hemmingsson E. Vardagsmotion. Stockholm: Forum; 2005.
9. Barth T. Motiverande samtal-MI. Lund: Studentlitteratur; 2006
10. Miller W R, Rollnick S. Motiverande Samtal. 2 uppl. Norrköping: Kriminalvårdens förlag; 2003. (Originaltitel: Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York: The Guilford Press; 2002.)
11. Salomon B. Sam-tal. Stockholm: Liber; 1988.
12. Damgaard I, Norreykke H. Det personliga samtalet. Stockholm: Liber; 2000.
13. Ehdin S. Den självläkande människan. Stockholm: Forum; 1999.
14. Livsmedelsverket:
http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=13900&epslanguage=SV (Tillgänglig 2007-03-21).
15. Hälsosidorna: <http://www.halsosidorna.se/> (Tillgänglig 2007-03-21)
16. Holisticonline: http://www.anderssonforlag.se/eat_right.htm (Tillgänglig 2007-03-21)
17. Diemo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. Br. J. Sports Med. 2001;35:114-117.
18. Åkerstedt T. Stress, sömn och återhämtning. Incitement. 2002;11(1):27-9.
19. Hetta J. Om sömn och dröm. Uppsala: Akademiska sjukhuset; 1998.

20. Åkerstedt T. Sömnens betydelse för hälsa och arbete. Järvsö: Bauer Bok; 2006.
21. Hetta J, Adam N. Depression, Ångest, Sömn. Västra Frölunda: Organon AB; 1998.
22. Orem D. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book;1991.
23. Bennett JA, Perrin NA, Hansson G, Bennett D, Gaynor W, Flaherty-Robb M, et al. Healthy Aging Demonstration Project: Nurse Coaching for Behavior Change in Older Adults. *Research in Nursing and Health* 2005;28:187-197.
24. Clark M, Hampson SE. Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling* 2001;42:247-256.
25. Kreman R, Yates BC, Agrawal S, Fiandt K, Briner W, Shurmur S. The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. *Applied Nursing Research* 2006;19:167-170.
26. Resnicow K, Jackson A, Blissett D, Wang T, McCarty F, Rahotep S, et al. Results of the Healthy Body Healthy Spirit Trial. *Health Psychology* 2005;24(4):339-348.
27. Moe EL, Elliot DL, Goldberg L, Kuehl KS, Stevens VJ, Breger RK. R, et al. Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects (PHLAME). *Health Education Research* 2002;17(5):586-596.
28. Elliot DL, Goldberg L, Kuehl KS, Moe EL, Breger RK, Pickering MA.. The PHLAME firefighter study: outcomes of two models of behavior change. *J. Occup. Environ. Med.* 2007;49(2):204-13.
29. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *MBJ* 1999;319:828-32.
30. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore AA, Greene PG. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30(5):1081-7.
31. Humfress H, Igel V, Lamont A, Tanner M, Morgan J, Schmidt U. The effect of a brief motivational intervention on community psychiatric patients' attitudes to their care, motivation to change, compliance and outcome: A case control study. *Journal of Mental Health* 2002;11(2):155-166.
32. Moyes TB, Miller WR, Hendrickson SML. How does Motivational Interviewing Work? Therapist Interpersonal Skill Predicts Client Involvement Within Motivational Interviewing Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(4):590-598.

33. Britt E, Blampied NM, Hudson SM. Motivational Interviewing: A Review. *Australian Psychologist* 2003;38(3):193-201.
34. Emmons KM, Rollnick S. Motivational Interviewing in Health Care Settings. Opportunities and Limitations. *Am J Prev Med* 2001;20(1):68-74.
35. Gance-Cleveland B. Motivational Interviewing: Improving Patient Education. *J Pediatr Health Care* 2007;21:81-88.
36. Stott NCH, Pill RM. 'Advise Yes, Dictate No'. Patients' Views on Health Promotion in the Consultation. *Family Practice* 1990;7(2):125-131.
37. Shinitzky HE, Kub J. The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing* 2001;18(3):178-185.
38. Lange N, Tigges BB. Influence Positive Change with Motivational Interviewing. *The Nurse Practitioner* 2005;30(3):44-53.

BILAGA 1

ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

23. Healty Aging Demonstration Projekt: Nurse Coaching for Behavior Change in Older Adults. Bennett J. A. et al. 2005

Syfte: Att beskriva ett kliniskt projekt "Healthy Aging Project", och att rapportera effekterna av coaching från sjuksköterskor på hälsostatus och förändringar hos relativt friska äldre vuxna.

Urval: Interventionsgruppen är tydligt beskriven. Svårt att utläsa hur kontrollgruppen har valts ut. Båda grupper innehåller patienter inom sjukvården, över 60 år som diagnostiserats med en eller flera kroniska tillstånd: diabetes, lungsjukdom, hjärtsjukdom, artrit, neuromuskulär sjukdom. Exkluderade de som ej talar engelska och som var förståndshandikappade. Antal deltagare i interventionsgrupp 66 personer, i kontrollgrupp 45 personer. Pågick minst 6 månader och max 9 månader.

Metod: Kvantitativ interventionsstudie.

Teoretisk modell: MI och TTM

Resultat: Bortfall beskrivs och det är högre bortfall i kontrollgrupp. De har mätt förändringar i hälsa och välmående mm, men ej själva graden av beteende förändring. Mätte enbart den subjektivt upplevda statusen. Författarna ej utvärderat själva samtalen.

Interventionen hade ingen negativ effekt, men ej heller någon tydlig positiv effekt.

Referenser: 38 stycken

24. Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patient with Type 2 diabetes. Clark M, Hampson S. E. 2000

Syfte: Att utveckla en kort, skraddarsydd självhjälps behandling för att förbättra följsamheten till rekommenderade livsstilsförändringar vid diabetes typ 2.

Urval: Patienter mellan 40-70 år med typ 2 diabetes, med eller utan höga blodfetter men med tillräckligt stabilt tillstånd för att kunna delta i ett kontinuerligt promenadprogram.

Metod: Randomiserat försök, där man använde en databas vid ett diabetescenter och sedan bjöd in dessa patienter att delta i studien. 573 patienter skickades ett brev, 357 svarade varav 206 var intresserade av att vara med. Tillslut 100 patienter som faktiskt deltog.

När patienten kom till mottagningen gjordes en grundlig undersökning av hälsohistoria, matvanor, livsstilsbeteenden mm. Informationen användes för att guida diskussionen. Telefonsamtal genomfördes 1, 3 och 7 veckor efter första mötet. Sedan av feedback vid 12, 24 och 52 veckor efter start, med utvärdering av mål för att se om de uppfyllts eller hur patienten skulle kunna gå vidare, nya mål eller nya vinklar för att uppfylla målen. Komplementärt skriftligt material som fokuserade på misslyckande och avbrott och återfall gavs till patienten. Psykologer höll i interventionen.

Teoretisk modell: MI

Resultat: MI är ineffektivt såvida det inte fortgår under en längre period. Patienterna var mer följsamma i ändringen av kostvanor än i den fysiska aktiviteten.

De uppnår sina mål både på en och tre veckors uppföljning, rapporterar 68 %, beträffande fysisk aktivitet.

Referenser: 43 stycken

25. The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. Kreman R, et al. 2006

Syfte: Vill utforska effekten av MI på fysiologiska mätvärden vid hyperlipidemi.

Urval: Interventionsgrupp med 12 randomiserat utvalda patienter med höga blodfetter och 12 patienter i kontrollgruppen. Mätvärden avgjorde vilka som fick ingå. Deltagare fick vara diagnostiserade med kardiovaskulär sjukdom. De som inte kunde läsa, skriva eller tala engelska samt de som inte hade tillgång till telefon exkluderades.

Metod: Kvantitativ interventionsstudie. Båda grupper fick samma material. De i MI gruppen fick uppföljningssamtal via telefon. Kontrollgruppen fick också de ett samtal, utan motiverande attityd. Blodprover togs och ett särskilt gångtest gjordes vid start och 3 månader efter.

Teoretisk modell: MI

Resultat: Båda grupper hade ökat sin lungkapacitet, och MI gruppen hade bättre kolesterolvärden. MI gruppen fick överlag bättre resultat. Bortfall är inte redovisat.

Referenser: 15 stycken

26. Results of the Healthy Body Healthy Spirit Trial. Resnicow K, et al. 2005

Syfte: Pröva effektiviteten av en självhjälpsdiet och fysisk aktivitet gentemot en specifik målgrupp (african-americans, black churches), i jämförelse med vanlig hälsoinformation. Samt att undersöka effektiviteten av MI via telefon, för motivation av ökat frukt och grönsaksintag samt ökad fysisk aktivitet. Övergripande syfte var också att undersöka mönstren av förändring hos individer som ombetts att förändra mer än 1 hälso(o)vana.

Urval: 16 kyrkor valdes randomiserat ut i Atlanta (USA) och indelades i tre grupper. Grupp 1 fick vanligt standardiserat kost- och FA-material. Grupp 2 fick kulturellt anpassat material. Grupp 3 fick samma som tvåan samt 4 MI-samtal.

Metod: kvantitativ interventionsstudie. Alla medverkande i grupp 2 och 3 fick varsin motionsvideo, kokbok, kostvideo, träningsguide, stegräknare samt ett kassetband med gospelmusik anpassad i tempo för uppvärmning, träning och nedvarvning.

För att maximera validiteten mellan grupperna var det innehållet i mötena som skulle variera och inte längden av dem. Kontrollgruppen (grupp 1) fick också flertalet hälsobroschyrer, videos (dock ingen nutrition), men som ej var kulturellt anpassat. Efter att interventionen avslutats fick kontrollgruppen samma material som de andra grupperna fått.

Inte peer-reviewed, men har tydligt redovisat syfte, metod och har refererat till vetenskapliga artiklar.

Teoretisk modell: MI

Resultat: De som fick kulturellt anpassad information samt MI lyckades öka sin motion och förändra sin kost i större utsträckning. De som använde sig av tilldelat material ändrade också kost och motion mer än de som inte använde materialet. De som nyttjade stegräknaren motionerade mer. Somliga lade om sina kostvanor, men inte motionen och vice versa. De i grupp 2 och 3 ökade dock överlag den fysiska aktiviteten samt intaget av frukt och grönt. Med alla grupper inräknade gjorde 45 % en större eller medelmåttig förändring inom något av områdena. MI hade stort effekt beträffande grönsaks-fruktkonsumtionen med ingen betydande skillnad gällande fysiska aktiviteten. Möjligtvis kan det ha att göra med hur behandlaren utförde samtalet, eller materialet som delats ut. 70 % av de medverkande hade någon form av collegeutbildning. De som hoppade av tenderade att vara yngre och ha lägre utbildning. Bortfallet var litet.

Referenser: 46 stycken

27. Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects (PHLAME). Moe E. et al. 2002.

Syfte: Implementera två olika interventions alternativ för hälsopromotion, från två olika teorier men med inriktning på hälsosam kost och regelbunden fysisk aktivitet.

Urval: Studien placerades till fem brandstationer i Oregon och Washington.

Metod: Totalt deltog 600 brandmän, några få kvinnor, från 12 stationer. De delades i tre grupper, en kontrollgrupp, en som fick MI och en tredje som fick gruppsamtal.

Teoretisk modell: MI samt TTM och SLT- social learning theory

Resultat: Interventionen påbörjad. Se vidare artikel nr 28

Referenser: 67 stycken

28. The PHLAME firefighter study: outcomes of two models of behavior change. Moe E. et al. 2007.

Syfte: Samma som artikel 27.

Urval: Samma som artikel 27.

Metod: Samma som artikel 27.

Teoretisk modell: MI, TTM och SLT.

Resultat: Artikel nr 28 är resultatet av studie nr 27 som har publicerats separat.

Båda grupperna; ökade sitt frukt och gröntintag, mindre viktökning, ökade antalet sit-ups/minut, ökade inte sin syreupptagnings förmåga, förbättrade sin kosthållning, välmåendet ökade. MI kostade mer pengar än gruppsamtalen. Bortfallet var litet.

Referenser: 64 stycken

29. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. Harlan J. et al. 1999

Syfte: Att undersöka effektiviteten av kombinationen av tre metoder för att främja fysisk aktivitet.

Urval: 523 vuxna, 40-64 år, från en mottagning i ett område i Newcastle med lågt socioekonomisk status. Med hjälp av ett specifikt träningstest exkluderades vissa, samt de som redan motionerade mycket.

Metod: Kvantitativ interventionsstudie. Beroende av interventionsgrupp erbjöds deltagarna 1-6 motiverande samtal, varav hälften i tillägg fick gratiskuponger till träningsanläggningar. Patienterna utvärderades vid startpunkt, efter första interventionen samt ett år efter första interventionen. Interventionen varade i max 12 veckor.

Teoretisk modell: MI

Resultat: Kontinuerliga samtal i kombination med gratis kuponger gav bäst resultat. Kupongerna i sig var en motivation. Ytterst få fortsatte ned fysisk aktivitet efter studien. Den inre motivationen lyckades man inte nå. Följsamheten till samtalen var låg.

Diskussion: Författarna utvärderar resultatet med att det hade kunnat bli annorlunda i ett annat socioekonomiskt område. Mätningarna baserades på subjektiv självrapporterad data.

En intervention av denna art måste fortgå under en längre tid.

Referenser: 27 stycken

30. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women with Type 2 Diabetes. Smith West, D. et al. 2007

Syfte: Att undersöka om individuell MI hade ytterligare effekt vid gruppbaserad beteende terapi.

Urval: Diabetespatienter, överviktiga men för övrigt generellt friska och med möjlighet att promenera som motion, under 18 månader med i ett viktprogram i gruppbaserad beteende terapi. 217 personer totalt, 109 personer fick MI. De var alla frivilliga och hade kontaktats via

klirik, brev eller genom läkaren. De som valdes bort var patienter som behandlades med insulin, var gravid, nyligen gått ner i vikt, eller annan sjukdom som hindrade dem att delta fullt ut. Vita och afro-amerikanska kvinnor.

Metod: Kvantitativ interventionsstudie. Under 18 månader träffades grupperna, varje vecka första 6 mån, varannan vecka andra 6 mån och en gång i månaden sista 6 månaderna. Ca 14 personer i varje grupp. De fick föra kost- och motionsdagbok som gavs feedback på varje vecka. Samtalen antagligen gjorda av läkare eller dietist, det framkommer ej tydligt.

Teoretisk modell: MI

Resultat: Samtalen hade god effekt. Jämfört med kontrollgrupp så sågs återfallande i viktuppgång först efter 12 mån medan kontrollgruppen påbörjade viktökning efter 6 månader. Vita kvinnor gick ner mer i vikt och kunde bibehålla den lägre vikten under längre tid jämfört med de afro-amerikanska kvinnorna. MI samtalen gavs av psykologer. Bortfallet var 7 %

Referenser: 44 stycken

31. The effect of a motivational intervention on community psychiatric patients' attitudes to their care, motivation to change, compliance and outcome: A case control study. Humfress H, et al. 2002.

Syfte: Utvärdera inverkan av korta MI vid den första konsultationen med psykiatriska patienter.

Urval: 45 matchningspar med kontakt hos ett "mentalhealth team". Jämfördes med en grupp som mottog standardiserad psykisk bedömning, och dom matchades noga samman.

Metod: Kvantitativ interventionsstudie. Initialt MI som följdes av ett feedback brev. Därefter 2 återbesök antingen hemma, på instansen eller via telefon.

Intervjuade patienten om hur han/hon hade uppfattat behandlingen, för att bedöma deras belåtenhet. Två mätningar gjordes: dels patientens syn på allvaret av sitt huvudproblem, dels graden av förändring. Det har inte kontrollerats att vårdpersonalen har använt MI vid samtalen.

Teoretisk modell: MI och TTM

Resultat: De patienter som hade fått samtal var mer motiverade till förändring och hade en mer positiv attityd gentemot sin behandling och konsultationen. Samtalen ökade försöken till självhjälp och det upplevdes positivt att få samtalen uppstrukturerade i brev, dock var det 24 % som blev upprörda av innehållet i brevet. Ingen skillnad iaktogs beroende av etnicitet eller socioekonomisk bakgrund. Experimentgruppen var mer nöjd med den första konsultationen än kontrollgruppen, då de kände att de hade blivit mer lyssnade till, fått vara mer delaktiga i planeringen av deras vård och fått mer information angående deras problem. Experimentgruppen verkade också göra större framsteg på egen hand med att lösa sina problem. Bortfallet var stort, författarna redovisar och diskuterar kring detta.

Referenser: 21 stycken

32. How Does Motivational Interviewing Work? Therapist Interpersonal Skill Predicts Client Involvement Within Motivational Interviewing Sessions. Moyers T, Miller W, Hendrickson S. 2005

Syfte: Hur terapeutens interpersonella färdigheter påverkar samtalets resultat. Samt att utveckla kunskapen om terapeutens karaktärsdrag som är extra viktiga vid MI och hur de påverkar klientens medverkan. Fokus på terapeuter i utbildning, för att se hur de bäst lär sig i olika faser av utbildningen, samt hur klienterna svarade på deras beteende. Hypotes att sådant beteende som ej matchar in i MI, såsom konfronterande, kommer ge ett sämre resultat av samtalet. De menar att samspelet är extremt viktigt.

Urval: Deltagare i EMMEE projektets inspelade MI-samtal. Både kvinnor och män deltog, och med olika lång erfarenhet samt olika utbildning.

Metod: En sekundär analys av data som insamlats till Miller W. et al's *EMMEE* projekt.

Teoretisk modell: MI

Diskussion: Ditt sätt att vara som behandlare påverkar stort hur patientens beteende utvecklas och förändras. Dina interpersonella färdigheter är betydelsefulla för patientarbetets utfall.

Referenser: 41 stycken

33. Motivational Interviewing: A Review. Britt E. 2003

Review

Teoretisk modell: MI och TTM

Sammanfattning: Definierar MI som "en instruerande, klientcentrerad rådgivnings stil för att locka fram beteendeförändring genom att hjälpa klienten utforska och analysera ambivalens". Principer och tekniker för MI presenteras. Skillnad görs på "the spirit of MI" och MI tekniker. Artikelgranskningen visar på studier där användningen av MI är tydligt använd (PubMed och PsycINFO). MI mycket användbart vid missbruksproblem och även andra beteende problem och livstilssjukdomar.

MI har anklagats för att vara manipulativt, men etiska bekymmer kan minskas om terapeuten betonar att klienten är ansvarig för sina egna beslut och om terapeuten försäkrar att han/hon arbetar utefter "the spirit of MI".

Referenser: 104 stycken.

34. Motivational Interviewing in Health Care Settings. Opportunities and Limitations. Emmons K, Rollnick S. 2001

Review

Teoretisk modell: MI

Sammanfattning: En kort beskrivning av MI och en kritisk granskning av litteraturen angående MI's effektivitet vid kostförändringar. Problem som uppstår när MI ska översättas från specialist metod till att användas inom hälsovården. Det blir viktigt att skilja på Motiverande samtal som ges utifrån "the spirit of MI" och ett samtal som försöker förstärka motivation, utan att följa MI's principer.

Referenser: 40 stycken

35. Motivational Interviewing: Improving Patient Education. Gance-Cleveland B. 2007

Review.

Teoretisk modell: TTM och MI

Sammanfattning: Beskriver möjligheten att skifta från det auktoritära sättet att ge råd till det mer familjecentrerade, samarbetande sättet i MI. Amerikanska studier har visat mycket bristande följsamhet hos barn, dålig compliance kan leda till feldiagnostisering. Artikeln problematiserar kring ett hypotetiskt scenario med en överviktig 13-årig pojke med diabetes typ 2 och hur sjuksköterskan kan applicera MI i en klinisk situation.

TTM beskrivs som en ram för att förstå hur folk ändrar beteende och som teorin bakom MI. Beskriver de fem stegen, och hur t.ex. sjuksköterskan kan med information utifrån detta skraddarsy en intervention för familjen. Huvudmålet med MI är att assistera familjen under deras arbete med ambivalens, fastställa vikten av förändring, öka självförtroendet och mogenheten inför förändring. Artikeln presenterar MI's principer, och komponenterna för MI processen.

Referenser: 17 stycken

36. 'Advise Yes, Dictate No'. Patients' Views on Health promotion in the Consultation. Stott N, Pill R. 1990.

Syfte: Att få fram data som beskriver varför somliga känner stort motstånd till livsstils konsultation. Att med hjälp av kvalitativa metoder jämföra data för att komma närmre detta problem.

Urval: Mödrar från en lägre social klass, vars hälsosyn och beteende tidigare studerades under 1982-83. Då var det 204 mödrar i åldrarna 25-40, som klassades socialt efter deras makars arbeten eller var icke klassificerbara då de både var singlar och ogifta. 1987 var 130 personer fortfarande tillgängliga för intervju. (25 ville inte bli intervjuade igen, 49 flyttat.)

Metod: Kvantitativ med frågeformulär och kvalitativa intervjuer. Intervjun ägde rum i kvinnans hem av en av författarna samt en forskningsassistent. Kvinnorna fick berätta om sina livsstilsvanor, förändringar de gjort i beteende för att främja hälsa, deras faktiska erfarenheter av konsultation av läkare och sjuksköterskor under de senaste fem åren samt deras syn på vilken roll primärvården skulle kunna och borde spela beträffande hälsobefrämjande arbete. De fick frågor angående hur de ansåg hur mycket hälsopersonal skulle lägga sig i deras vikt-, rök- och alkoholproblem och fick svara efter koder men fick också motivera sitt svar. Diskussionen bandades för att sedan transkriberas.

Resultat: Patienter brydde sig mindre om råd från läkare som inte verkade bry sig. Över lag tyckte kvinnorna att det var en del av läkarens jobb att ge råd angående livsstil och dåliga vanor. "Utän läkaren skulle vi inte veta vad vi skulle göra, han måste se efter dig." 27 % av kvinnorna sa att de inte alls tyckte om livsstilsrådgivning över huvud taget. De ansåg att bara för att läkaren är legitimerad betyder inte det att han är kvalificerad att berätta för sina patienter hur de ska leva sina liv. Patienter har en stereotyp bild av läkaren som är för upptagen för att åstadkomma mer än en diagnos och behandling för det aktuella problemet. Frågor beträffande livsstil kan vara lämpligt att ta upp om de är direkt relaterade till problemet, men rådgivning rörande riskfaktorer som inte kan relateras till problemet och som inte efterfrågas är troligen mindre uppskattat. Men patienter välkomnar sensitiv och omtänksam hjälp och livsstilsfrågan är kopplat till ett problem. Fortsätter läkare och patienter i sina invanda roller kommer de läkare som försöker sig på en patientcentrerad vård att marginaliseras och det positiva med att använda konsultation inom primärvården kan försummas när det viktiga blir att täcka en stor population i stället för att värna den individuella vården.

Referenser: 26 st.

37. The Art of Motivation Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. Shinitzky H. E, Kub J. 2001.

Review

Teoretisk modell: TTM och MI.

Sammanfattning: Genom att beskriva principerna för MI och TTM och presentera ett fallscenario vill författarna ge en integrerad bild av teori och praktik. MI och TTM kan användas för att underlätta för vårdpersonal att motivera till beteende förändring. Författarna resonerar kring varför MI är ett önskvärt förhållningssätt inom vården.

Sjuksköterskans roll utökas allt mer in i arenan för hälsoprevention. Det behövs förändringar på många områden om man ska uppnå en god hälsa hos befolkningen. Tar med WHO: s hälsomål. TTM och MI blir tillsammans ett optimalt sätt att möta patienten. Kan man konsten att motivera kan man också vara med att påverka individer att uppnå en bättre hälsa.

Artikeln är publicerad i en vetenskaplig tidskrift av författare vars namn har återkommit i litteraturen om MI. Författarna refererar till kända forskare inom området.

Referenser: 29 stycken

38. Influence Positive Change with Motivational Interviewing. Lange N, Baldwin Tigges B. 2005

Review

Teoretisk modell: MI och TTM

Sammanfattning: Artikeln riktar sig till sjuksköterskor som jobbar med livsstilsförändringar. Den beskriver MI och TTM samt exemplifierar och diskuterar kring hur sjuksköterskan kan använda sig av teorierna. Utgiven i en sjukskötersketidskrift och är skriven av sjuksköterskor. Peer-reviewed. De refererar till välkända forskare.

Referenser: 35 stycken
