

Motiverande samtal som metod för att främja livsstilsförändringar

Kan sjuksköterskan förmå patienter att övervinna osunda levnadsvanor?

En litteraturöversikt

FÖRFATTARE	Lillemor Mauritz Mikael Nilsson Roland Hasan
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Irma Lindström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Till eftertanke

*Om jag vill lyckas med att föra en människa
mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne
där hon är och börja just där. Den som inte kan det,
lurar sig själv när hon tror, att hon kan hjälpa andra.*

*För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer,
än vad hon gör, men först och främst förstå, vad hon förstår.
Om jag inte kan det, så hjälper det inte, att jag kan och vet mer*

*Vill jag ändå visa, hur mycket jag kan, beror det på att jag är
fåfäng och högmodig och egentligen vill bli beundrad av den
andre istället för att hjälpa honom*

*All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag
vill hjälpa, och därför måste jag förstå, att detta med att hjälpa
inte är att vilja härska utan att vilja tjäna.*

Kan jag inte detta så kan jag inte heller hjälpa någon.

Søren Kirkegaard (1813-1855)

Orden ovan av Kierkegaard kan bedömas som essensen i sjuksköterskans omvårdnadsarbete, då det berör hur sjuksköterskan ska möta patienten. Detta förhållningssätt bör forma sjuksköterskans relation till patienter, då hon i mötet med patienten och genom sina evidensbaserade kunskaper, måste försöka förstå vad patienten förstår och därmed hjälpa honom/henne på ett ödmjukt och respektfullt sätt.



Ett stort tack till vår handledare Bodil Augustsson för de konstruktiva råd samt det intresse och engagemang Du visat oss under arbetets gång!

Titel: Motiverande samtal som metod för att främja livsstilsförändringar
English title: Motivational interviewing as a method of promoting lifestyle changes

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/
kursbeteckning: Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete i omvårdnad, OM5250

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 24

Författare: Lillemor Mauritz
Mikael Nilsson
Roland Hasan

Handledare: Bodil Augustsson

Examinator: Irma Lindström

SAMMANFATTNING

Ohälsosamma levnadsvanor är ett omfattande problem som kan leda till sjukdom, sänkt livskvalitet och tidigare död för människor. Det ligger i sjuksköterskans yrkesfunktion att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker samt vid behov motivera till förändrad livsstil. Det finns fyra särskilt prioriterade ohälsosamma levnadsvanor att förebygga och motivera till förändring vilka är tobaksbruk, alkoholkonsumtion, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Dessa levnadsvanor är vanligt förekommande, berör därmed många människors hälsa och välbefinnande vilket också resulterar i stora samhällskostnader I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder konstateras att det finns behov av mer effektiva strategier för livsstilsförändringar än de traditionella. En modern och evidensbaserad sådan metod är Motiverande samtal. Syftet var att belysa användbarheten och effekten av MI vid livsstilsförändringar för att främja hälsa och välbefinnande hos patienter. Som vetenskaplig modell valdes litteraturöversikt och 16 vetenskapliga studier användes. Resultatet visade att effekterna av MI vid livsstilsförändringar i många fall gynnade hälsa och välbefinnande. MI-metoden har ett brett användningsområde, är flexibel att kombineras med andra strategier för livsstilsförändringar och innehåller en kommunikationsstil som efterfrågas av sjuksköterskor.

Nyckelord: hälsa, livsstilsförändring, motiverande samtal, rådgivning, sjuksköterska

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Folkhälsoläget	2
Rådgivning för livsstilsförändringar	3
De fyra stora ohälsfaktorerna – ansvar och evidens på effekt	3
Förändringsprocessen	4
Motiverande samtal	5
<i>Historik</i>	5
<i>Teoretiskt perspektiv</i>	5
<i>Praktiska strategier</i>	5
<i>Ambivalens</i>	6
Överensstämmelse mellan MI och sjuksköterskans styrdokument	6
Centrala omvårdnadsbegrepp	7
<i>Omvårdnad</i>	7
<i>Hälsa</i>	7
<i>Välbefinnande</i>	8
<i>Delaktighet</i>	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
DESIGN	9
URVAL	9
DATAINSAMLING	10
<i>Inklusionskriterier</i>	10
<i>Exklusionskriterier</i>	11
DATAANALYS	12
RESULTAT	12
EFFEKTERNA AV MI-METODEN PÅ ALKOHOLKONSUMTION	12
EFFEKTERNA AV MI-METODEN PÅ RÖKNING	12
EFFEKTERNA AV MI-METODEN PÅ FYSISK AKTIVITET, KOSTVANOR & VIKT	13
KULTURELLA ASPEKTER	14
ANVÄNDBARHETEN AV MI-METODEN I SJUKSKÖTERSANS ARBETE	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
Effekterna av motiverande samtal på levnadsvanor	17
Hur MI kan användas	18
MI för socioekonomiskt utsatta grupper	19
Konklusion	20

REFERENSER
BILAGOR
1 Artikelöversikt

21

INTRODUKTION

INLEDNING

Vi människor lever våra liv med en mängd olika vanor och livsstilar. Aktuell forskning visar att livsstilen påverkar vår livslängd mer än den ärftliga faktorn (Wilhelmsen et al., 2010).

Det är aktuellt och angeläget att beskriva hur sjuksköterskan kan arbeta med livsstilsförändringar hos patienter. Socialstyrelsen har under hösten 2010 arbetat fram ett preliminärt dokument om för sjukdomsförebyggande metoder och till våren 2011 skall en slutlig version av riktlinjerna publiceras (Socialstyrelsen, 2010a). Socialstyrelsen har i sina framtagna riktlinjer valt att fokusera på fyra ohälsosamma levnadsvanor nämligen tobaksbruk, alkoholkonsumtion, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Vi tycker att dessa ohälsosamma faktorer är ett intressant och viktigt område att lägga tyngdpunkt på i vår litteraturoversikt.

Sjuksköterskan har i sin yrkesroll som uppgift att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2005). Det hälsofrämjande arbetet sjuksköterskan utför bör präglas av att han/hon tar tillvara på och stödjer patientens egna resurser, ser det friska hos patienten, tror på hans eller hennes egen förmåga samt respekterar patientens värderingar och meningsupplevelser (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Under vår sjuksköterskeutbildning har vi varit på många olika VFU-placeringar där vi har upplevt hur hälsofrämjande åtgärder varit mer eller mindre svåra att tillämpa i mötet med patienten. Enligt vår mening har sjuksköterskan dock en unik möjlighet att motivera personer till förändrade levnadsvanor. Vi menar att gängse förhållningssätt kanske inte alltid är optimalt. En av författarna upplevde under en av sina verksamhetsförlagda utbildningar en patient som utbrast av glädje och lycka i mötet med distriktssköterskan angående patientens tobaksbruk. ”Jag har träffat ett tiotal sjuksköterskor, ingen annan kunde förstå mig och få mig att må så här bra som du gjorde!” sa patienten och syftade på distriktssköterskans motiverande roll i samtalet om rökavvänjning.

Vi har upplevt att när sjuksköterskan är lyssnande får patienten stor möjlighet att sätta ord på sin tankar och upplevelser vilka kan vara hjälpmedel till att hitta de bakomliggande orsakerna till patientens ohälsa. Vi tror att en patient kanske inte minns exakt vad en sjuksköterska gjorde eller sa, men kommer däremot ihåg hur sjuksköterskan fick henne/honom att känna sig. Vi tror att grunden till ett lyckat möte är att patienten känner sig delaktig, autonom, respekterad, lyssnad på och bekräftad som en unik person. Detta möjliggörs genom att sjuksköterskan är empatiskt lyssnande, respektfull och möter patienten där han/hon är.

Grundläggande för vår sjuksköterskeutbildning har varit att vi lärt oss att värna om samt främja patienters hälsa, delaktighet och välbefinnande och en möjlighet i det arbetet har sjuksköterskan i samtalet med patienten. För att nå hälsa hos den unika patienten har sjuksköterskan olika förhållningssätt att arbeta utifrån, där bland annat begreppet ”personcentrerad vård” är ett modernt sådant. Denna typ av omvårdnad innebär att sjuksköterskan respekterar och bekräftar personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom. Sjuksköterskan arbetar för att främja hälsa och välbefinnande med hänsyn till den unika personens upplevelser och definitioner (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Omvårdnad med ett sådant förhållningssätt tilltalar oss som blivande sjuksköterskor.

En metod som intresserar oss och som bygger på samma förhållningssätt är Motivational Interviewing (MI), Motiverande samtal på svenska. MI är en evidensbaserad metod som de

senaste åren har ökat i popularitet inom hälso- och sjukvården. Enligt folkhälsoinstitutet är MI:s huvudsakliga mål att hjälpa människor till förändring. Motiverande samtal är en förändringsinriktad, klientcentrerad och samtidigt målinriktad samtalsmetodik, som främst används på livsstilsområden (Statens Folkhälsoinstitut, 2009).

Metoden kan tillämpas inom olika sammanhang, men vi sjuksköterskor är intresserade av hur den kan tillämpas i omvårdnadsarbetet, i synnerhet när det gäller sjukdomstillstånd relaterade till ogynnsamma levnadsvanor. Under vår sjuksköterskeutbildning har vi fascinerats av de varierande resultat livsstilssamtal lett till i syfte att bidra till hälsa och välbefinnande. Det ligger därför i vårt intresse att undersöka och belysa användbarheten och effekten av MI som metod i sjuksköterskans arbete med livsstilsförändringar för att öka hälsa och välbefinnande hos patienten. I vårt arbete har vi använt uttrycket Motivational Interviewing, förkortat MI, omväxlande och synonymt med den svenska benämningen Motiverande samtal. I fortsättningen används förkortningen MI för motiverande samtal samt benämningarna sjuksköterska och patient motsvarar rådgivare och klient.

BAKGRUND

Folkhälsoläget

I Folkhälsorapporten (Socialstyrelsen, 2009) och i Folkhälsoinstitutets lägesrapport (2010) beskrivs att hälsoutvecklingen sedan början av 1990-talet varit positiv för de äldre medan den varit och fortfarande är oroande för den unga befolkningen. Svenskarna har en ökande medellivslängd med bättre funktionsförmåga hos äldre och där färre personer idag dör i hjärt- och kärlsjukdomar än tidigare. Oroande är att den psykiska ohälsan ökar kraftigt bland unga, ofta med behov av slutenvård för det stigande antalet unga människor med ångest, depressioner och självmordsförsök samt diagnoser relaterade till alkoholkonsumtion (a.a.).

Ojämligheten i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper har ökat vilket syns på både ett nationellt och internationellt plan. (World Health Organization, 2010 & Socialstyrelsen, 2009). Människor med dålig ekonomi, kort eller utebliven utbildning eller som av andra orsaker har bristande inflytande över sin livssituation, har sämre möjligheter att förändra sina levnadsvanor åt rätt håll än andra (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Socialstyrelsen (2009) konstaterar också att ohälsosamma levnadsvanor utgör ett hälsoproblem som delas av stora delar av Sveriges befolkning, dvs. är ett folkhälsoproblem. Enligt en granskning gjord av Statens Folkhälsoinstitut (2010), beträffande svenskars levnadsvanor, är en tredjedel av befolkningen inte fysiskt aktiva enligt de nationella rekommendationer som finns. Samma rapport visar att många personer med ohälsosamma levnadsvanor uttrycker en önskan om att förändra sina levnadsvanor och många vill ha stöd för att göra det. Folkhälsoinstitutet (2010) redovisar också att endast var tredje man och varannan kvinna i befolkningen har hälsosamma levnadsvanor.

De fyra osunda levnadsvanor som tas upp i Socialstyrelsens (2010a) nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, utgör de livsstilsfaktorer som bidrar allra mest till den totala sjukdomsburden i vårt land, nämligen till cirka en femtedel av ohälsan i Sverige. Denna ohälsa renderar stora samhällskostnader. Att ändra ohälsosamma levnadsvanor leder initialt till kostnadsökningar för att genomföra sådana interventioner. På sikt är sådana satsningar dock kostnadseffektiva för samhället och ger stora hälsovinster för individen. De nationella riktlinjerna har utarbetats av Socialstyrelsen (2010b) med bakgrund av att det sjukdomsförebyggande arbetet inte har någon självklar ställning i hälso- och sjukvården. Vidare menar Socialstyrelsen att det inte finns någon enhetligt praxis utan stora skillnader

mellan landsting och mellan vårdenheter. Detta trots att området är klart beskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen och utgör en av hälso- och sjukvårdens viktigaste uppgifter (HSL, SFS 1982;763).

Regeringen har i januari 2011 gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja införandet av dessa framtagna riktlinjer, vars syfte är att stärka sjukvårdens hälsofrämjande insatser. Uppdraget innefattar bl.a. att sjukvården bättre ska ta vara på möjligheterna att använda hälsoförebyggande åtgärder inom sin verksamhet, sprida information om dessa åtgärder och ytterligare utveckla metoder för hälsopromotion. Regeringskansliet uttrycker följande: ”Hälso- och sjukvårdens höga förtroende hos allmänheten och även de många patientkontakterna som vården har, är en stor tillgång som vi på ett bättre sätt behöver använda oss av för att stötta och motivera människor.” (Regeringskansliet januari 2011, Pressmeddelande, 2011, sid. 1).

Rådgivning för livsstilsförändringar

I folkhälsorapporten (Socialstyrelsen, 2009) framgår tydligt att en stor del av befolkningen skulle kunna förbättra sin hälsa genom livsstilsförändringar. Det är bekräftat att människor i sämre gynnade sociala skikt ofta har bristfälliga hälsokunskaper och förutsättningar att förbättra sin livsstil och hälsa (Pellmer & Wramner, 2007).

Socialstyrelsens (2010) redovisning av befolkningsundersökningar visar att människor vill bli tillfrågade av sjukvården om sina levnadsvanor. Detta är också nödvändigt för att vårdpersonal ska kunna göra bedömningar och adekvata stödinsatser för sina patienter. Dock finns en etisk problematik genom att människor kan uppleva livsstilsfrågor och förslag på förändringsåtgärder som kränkande för integriteten. När en livsstilsrelaterad sjukdom redan förekommer är risken för en sådan upplevelse mindre än om personen fortfarande är frisk. Men sjukvårdens och därmed sjuksköterskans uppgift är också att arbeta förebyggande. Frågor om levnadsvanor måste alltid ställas med respekt och känslighet. Det kan vara kontraproduktivt att ge livsstils råd som inte har efterfrågats, men Socialstyrelsen anser ändå att åtgärder bör erbjudas, dock med en öppenhet för att patienten tackar nej. Behandlare måste, påpekas det i riktlinjerna, noga bedöma vilka råd som är lämpliga för var och en då det inte alltid finns personliga resurser att genomföra livsstilsförändringar i den takt som skulle vara önskvärt (a.a.).

Rådgivning som syftar till beteendeförändring skall få patienten att upptäcka sin egen ambivalens och reflektera över denna. På sikt kan detta medvetandegörande utmynna i ett aktivt förändringsarbete från patientens sida (Barth & Näsholm, 2006).

De fyra stora ohälsfaktorerna – ansvar och evidens på effekt

I Socialstyrelsens riktlinjer (2010a) betonas hälso- och sjukvårdens ansvar att stödja människor i förändringsprocessen beträffande tobaksanvändande, alkoholkonsumtion, bristande motion samt olämpliga matvanor. Den metod som Socialstyrelsen rekommenderar för att hjälpa den enskilde att genomföra förändringar av ohälsosamma levnadsvanor, är rådgivning. Tre nivåer av rådgivning förespråkas i riktlinjerna – kort rådgivning, rådgivning och kvalificerad rådgivning. I kvalificerad rådgivning ingår en tidsmässigt mer krävande insats än i de övriga alternativen vilket ofta innebär rådgivning enligt en teoribaserad modell som t.ex. MI. Ytterligare åtgärder finns, t.ex. medicinering, akupunktur, fysisk aktivitet i sjukvårdens regi men då alltid i tillägg till någon grad av rådgivning. Riktlinjerna utvärderar också hur stor effekt åtgärden förväntas ha när det gäller att förändra ett beteende (a.a.).

Statens folkhälsoinstitut (2009) har utifrån en stor metaanalys undersökt evidensen för effekten av motiverande samtal beträffande levnadsvanor. MI har visat goda effekter i synnerhet på problembeteenden som alkohol- och drogproblem. Vidare konstateras att effekten är starkare på kort sikt jämfört med en längre period och MI tillsammans med andra interventioner ger en ökad effekt i arbetet med nykterhet eller reducerat drickande. Effekterna av motiverande samtal i rökavvänjningssyfte är inte helt klara men evidens finns för att kort rådgivning är effektivt. Motiverande samtal har visat sig ha goda effekter på följsamheten för program som främjar fysisk aktivitet och sunda kostvanor men antalet studier inom området är inte omfattande (a.a.).

Förändringsprocessen

Att genomföra en beteendeförändring är en process som inte är helt oproblematisk. Det visar forskning, bl.a. då det gäller att byta beteende från att vara fysiskt passiv till att bli fysiskt aktiv (Wester-Wedman, 1988; Wester, 2001; Prochaska, Norcross & DiClemente, 2002; Faskunger, 2002). Vid en stor konferens med namnet "Att förändra levnadssätt", kunde forskare från ett flertal hälso- och livsstilsområden enas om att det är svårt att förändra sitt beteende, oavsett vilket beteende det handlar om (FYSS, 2010).

Det förekommer därför ett flertal olika teorier och modeller för att förklara och underlätta att genomföra mänskliga beteendeförändringar (Glanz, Rimer & Lewis, 2002). Den vanligaste och inom många områden använda, är den transteoretiska modellen, utformad under 80-talet av tre amerikanska forskare vid namn Prochaska, Di Clemente och Norcross. En grundtanke i modellen är att personlig beteendeförändring sker i olika stadier samt att graden av motivation och självförtroende att kunna genomföra förändringen, avgör vilket stadium man befinner sig i. Den transteoretiska modellen är en kombination av förändringsprinciper och aktiva, stödjande handlingsstrategier (Spencer, Admans, Malone, Roy & Yost, 2006). De olika förändringsstadierna kräver olika strategier. För att stödja förändring är det därför viktigt att förstå vilket stadium personen befinner sig i (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 2002; Prochaska, Redding, & Evers, 2002).

MI kan användas helt oberoende av den transteoretiska modellen, samtidigt som de flesta MI-praktiker använder den som ett redskap i arbetet. Kunskap om förändringsstadierna bidrar till fördjupad förståelse av särskilt de tidiga faserna i motivationsprocessen. Många av huvudprinciperna i den transteoretiska modellen är också centrala i MI. En huvudprincip är exempelvis betydelsen av ambivalensbearbetning för att komma vidare i en förändringsprocess (Barth & Näsholm, 2006).

Ett annat viktigt begrepp vid förändringsprocesser är self-efficacy, vilket på svenska betyder tilltro till den egna förmågan. Det är inte en allmän tilltro till sig själv som avses, utan hur en individ tror på en *viss förmåga* hos sig själv, som t.ex. att minska sina matportioner eller att börja motionera. Det är tilltron till sin förmåga att förändra ett beteende som avgör om individen tar ett sådant initiativ, hur uthållig han/hon är och vilken motståndskraft denne har i mötet med svårigheter i förändringsarbetet (Fossum, 2007).

Studier om olika livsstilsförändringar har visat att graden av self-efficacy är en starkt påverkande faktor för hur en person kommer att lyckas. Vid en låg grad av self-efficacy kommer personen mer sannolikt att misslyckas, visar erfarenheten. Den tilltro han/hon har med sig grundar sig till stor del på personliga erfarenheter av att tidigare ha lyckats eller misslyckats i liknande situationer. Även hur patienten sett andra klara av motsvarande situationer påverkar förutsättningen att lyckas, särskilt om det är personer som patienten

identifierar sig med. Det är dock möjligt att genom små förändringssteg öka tilltron till sin förmåga. Avgörande för ett lyckat resultat är att personen själv har kontrollen och är motiverad, dvs. bestämmer vad som ska förändras och på vilket sätt. Att däremot, vilket är det traditionella, tala om för en person vad och hur den skall förändra ett beteende, har visat sig sänka graden av self-efficacy och därmed försämra resultatet (Fossum, 2007).

Motiverande samtal

Historik

Motiverande samtal är en samtalsteknik som bygger på den amerikanske professorn och missbruksforskaren William R. Millers arbete gällande motivation och förändring, ett arbete som pågått sedan början av 1980-talet. Metoden utvecklades ursprungligen för att öka den inre motivationen till förändring hos människor som fastnat i beroendebeteende som var till skada för dem själva och för andra, främst inom missbruk (Barth & Näsholm, 2006). MI tillämpas även inom flera andra områden där förändring är påkallad, exempelvis inom hälso- och sjukvården kring livsstilsrelaterade problem med till exempel alkohol, tobak, kost och motion. MI som förhållningssätt och samtalsmetodik utvecklades av Miller tillsammans med dr. Steven Rollnick (Miller & Rollnick, 2010). Den första MI-boken publicerades år 1991 (Barth & Näsholm, 2006).

Teoretiskt perspektiv

Miller skapade en modell för hur man kan bygga motivation för förändring med utgångspunkt i patientens diskrepansupplevelser. Diskrepans innebär skillnaden mellan hur patienten skulle vilja leva -fördelar, kontra hur hans/hennes liv ser ut -nackdelar. Modellen är baserad på en humanistisk människosyn vilken förespråkas av Carl Rogers och betonar respekt för patienten och en förståelse av patientens motstånd till förändring. Även samtalsmetodiken i MI bygger på Carl Rogers patientcentrerade samtal och aktivt lyssnande (Barth & Näsholm, 2006).

Motiverande samtal som förs mellan en sjuksköterska och en patient har alltid sin utgångspunkt i patientens egna tankar och uppfattningar (Holm Ivarsson, 2007; Barth & Näsholm, 2006). Motiverande samtal är inställt på att öka motivationen hos patienten och att finna den punkt där patienten kan basera sitt beslut till förändring. Att använda MI som metod är ett sätt att tillsammans med patienten och utifrån en reflekterande position utbyta tankar, funderingar och synpunkter som kan bidra till att skapa förändring hos patienten. MI utgår från tanken att lyssnandet är en viktig del i alla hjälprelationer och att det finns en läkande kraft i att bli accepterad av andra och att bli lyssnad på. MI grundar sig på en människosyn som utgår från att människan inom sig har förutsättningar att fatta egna beslut och göra egna val. Stor hänsyn tas till patientens autonomi och patienten har hela tiden rätt att ta ställning, att acceptera eller förkasta de moment och förslag som sjuksköterskan ser som betydelsefulla (Barth & Näsholm, 2006).

Praktiska strategier

Den grundläggande idén med MI är att individen får hjälp att ta fram och att stärka sin motivation som senare kan ligga till grund för en eventuell beteendeförändring (Holm Ivarsson, 2009). Stor vikt läggs vid klientens autonomi i motsats till ett mer konfrontativt och paternalistiskt förhållningssätt, där patienten blir tillsagd vad hon bör göra och där hennes val ibland inte accepteras utan betraktas som ett resultat av bristande insikt (Folkhälsoinstitutet, 2009).

En sjuksköterska, med en samtalsteknik där empatiskt lyssnande och reflekterande speglingar utgör denna teknik, har uppgiften att skapa en tillåtande och inbjudande atmosfär där patienten får en genuin känsla av trygghet. Centralt i MI-metoden är att etablera en förtroendefull relation där patienten kommer i kontakt med sina idéer, känslor och uppfattningar. Det bli ett möte som gör det möjligt för patienten att se och möta sig själv (Barth & Näsholm, 2006). I samtalet kan hinder och låsningar för beteendeförändringar framträda hos patienten, vilket kan tolkas som motvilja. I MI definieras dessa som ”motstånd” och MI har en teknik som heter ”rulla med motstånd” som används i dessa fall (Holm Ivarsson, 2007; Ortiz, 2009; Barth & Näsholm, 2006). Det innebär enligt Barth och Näsholm (2006) att sjuksköterskan använder sig av ett icke-konfrontativt förhållningssätt gentemot patienten, samtidigt som sjuksköterskan i stället försöker ”gå runt” och återspegla motståndet på ett neutralt sätt för att på så vis lösa upp motståndet.

Ambivalens

Rollnick och Miller (2010) beskriver ambivalenssamtalet som helt centralt i motivationsbyggande och förändringsinriktade samtal och det används av sjuksköterskan då hon har för avsikt att utvidga eller skifta perspektiv och sätta igång en process i riktning mot förändring. Det är när patienten fastnar i ambivalensen som problemen kan fortgå och intensifieras. För att nå en beteendeförändring krävs att patientens ambivalens löses upp och att de fyra MI-principerna följs. Dessa principer är:

- Empati – skall uttryckas
- Diskrepans – skall utvecklas
- Rulla med motstånd – undvik att argumentera
- Kompetens – utveckla upplevelse (a.a.).

Barth och Näsholm (2006) anser att själva essensen i MI är att patienten får hjälp att skapa en upplevelse av sin ambivalens som kan bidra till att komma vidare i en större eller mindre utvecklingsprocess. MI-metoden utgår från förståelse av och respekt för människans motstånd och ambivalens inför förändringar. Det innebär att en accepterande och empatisk sjuksköterska stödjer patienten på vägen till förändring (a.a.).

Överensstämmelse mellan MI och sjuksköterskans styrdokument

MI är en metod för kommunikation med flera tekniker samtidigt och ett sätt att vara med och för människor. Metodens människosyn och förhållningssätt stämmer väl överens med sjuksköterskans styrdokument. I *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) betonas vikten av sjuksköterskans förmåga att samtala på ett empatiskt och respektfullt sätt samt att kunna ge stöd och vägledning. Detta förhållningssätt ska bl.a. användas i möte med patienter och närstående för att förebygga, identifiera och åtgärda ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). I *Värdegrund för omvårdnad* (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) betonas och fördjupas betydelsen av begrepp som vi återfinner inom MI-metoden; begrepp som integritet, vilket betyder hel och okränkbar, självbestämmande, värdighet och upplevelse av tillit. Också betydelsen av kvalitén på mötet mellan patient och vårdare understryks.

Att som sjuksköterska arbeta med livsstilsförändringar har en tydlig överensstämmelse med etiska kodens fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och minska lidande. Motiverande samtal utgör ett kommunikationssätt för att ”erbjuda omvårdnad som respekterar och tar hänsyn till människors värderingar, vanor och tro” (Svensk sjuksköterskeförening, 2002).

Centrala omvårdnadsbegrepp

Vi har valt att fördjupa oss i omvårdnadsbegreppen omvårdnad, hälsa, välbefinnande och delaktighet. Dessa begrepp är viktiga inom sjuksköterskans arbete med livsstilsförändringar och återfinns i sjuksköterskans styrdokument som t.ex. *Internationella etiska koden för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2002) *Värdegrund för omvårdnad* (Svensk sjuksköterskeförening, 2010), *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) och *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 1982:763). Här följer en redogörelse för dessa begrepp.

Omvårdnad

”Omvårdnadens mål är att främja patientens hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för ett fridfullt och värdigt avslut av livet med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor.” (Svensk sjuksköterskeförening, 2010, sid 6)

”Omvårdnad bedrivs vanligen på personnivå och innehåller då en relationsaspekt och en sakaspekt” (Svensk sjuksköterskeförening, 2010, sid 6)

Orem (1991) menar i sin egenvårdsteori att människan besitter en inre kraft och motivation att utföra handlingar som säkerställer hälsa och välbefinnande. Omvårdnad ses när den ges från samhällets institutioner, som en ersättning när varken individen eller dess närstående kan klara individens egenvård. Omvårdnadens mål är att i så stor utsträckning som möjligt hjälpa patienten till självständighet. Alltså hjälper någon individen att utföra de egenvårdsaktiviteter som individen inte klarar själv, medan målet alltid är att individen ska klara av att utföra dessa aktiviteter själv så småningom (a.a.).

Omvårdnadsteoretikern Eriksson (1997) framhåller att omvårdnad innebär att ”ansa”, att ”leka” och att ”lära”. Att ansa innebär att ta hand om den kroppsliga vården, som hygien, men också att ge värme och närhet. Att leka är något rekreationellt och kreativt som utvecklar tilliten och bekräftar karaktären hos en människa. Lärande är något näraliggande, anser hon, men att lära leder till självständighet, mognad och självförverkligande. Eriksson (1997) säger även att vårdande innebär att dela; för att kunna vårda någon måste det finnas en delaktighet hos vårdgivaren och en närhet till vårdtagaren. Enligt hennes synsätt kan vårdande födas ur brist på vård och hälsa kan födas ur ohälsa. Det betyder att människan emellanåt måste erfara ohälsa eller sjukdom innan hon uppnår hälsa. Det innebär på samma gång att människan inte förmått ge sig själv den naturliga egenvård hon behövt och att hon inte heller fått en sådan omvårdnad utifrån. När människan får omvårdnad kan hälsa återvinnas. Äkta vård bör vara något mer än ett arbete eller ett praktiserande av teknik. Att verkligen vårda är ett konstutövande och inbegriper en känsla, en inlevelse i handlingen (a.a.).

Hälsa

Hälsobegreppet är inte entydigt utan mångfacetterat. Det genomgår, i takt med samhället i stort, en ständig förändring (Pellmer & Wramner, 2007). Idag är the World Health Organization's (WHO, 1948) definition den mest kända. Formuleringen lyder ”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp”. WHO betonar också att begreppet innebär såväl fysisk som psykisk hälsa och ska ses i ett sammanhang av personlig utveckling genom livet. Hälsa ses här som en resurs för livet och inte som livets mål (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009).

Inom omvårdnadsvetenskapen definieras hälsa som ett filosofiskt och inte bara ett medicinskt begrepp. Hälsa är något mer och kan vara något annat än frånvaro av sjukdom. Dess motsats beskrivs därför som ohälsa. Hälsa ses även som en fortlöpande process som människor under livets gång kan uppleva och skapa. Det är därför ett viktigt ansvar för vården att stärka människors resurser och förutsättningar att skapa hälsa och mening (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Eriksson (1996) hävdar att hälsa måste sättas in i ett helhetssammanhang och att hälsans grund är den helhet som själva livet utgör. Hälsa är en naturlig del av det mänskliga livet men för att hälsan ska ha betydelse måste själva livet ha en mening. Vidare anser författaren att hälsan har tre komponenter; sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet innebär den psykiska hälsan och friskhet den fysiska (a.a.).

Omvårdnadsvetenskapen undersöker och beskriver hälsan som ett eget unikt väsen och inte som en kontrast till sjukdom. Omvårdnadsforskaren Wiklund (2003) betonar att grunden för hur vi ser på begreppet hälsa är vår människosyn, det hon kallar människobild. Då vårdvetenskapens syn på människan är att hon är en mångdimensionell varelse, ses hälsan också som mångdimensionell. Hälsa kan därför inte ges en exakt betydelse utan definieras olika beroende på person, tid och sammanhang.

Välbefinnande

Eriksson (1996) anger *välbefinnande* som en av de tre komponenterna i begreppet hälsa, och definierar det som ett tillstånd av upplevt välbehag. Det är den fenomenologiska och subjektiva hälsokomponenten och Eriksson anser att välbefinnande är det som utgör individens upplevda hälsa. Den positiva känslan av välbefinnande kan liknas vid och jämföras med ett tillstånd av hälsa men den kan upplevas trots sjukdom. För Eriksson har välbefinnande två dimensioner – välmåga och välbehag. Det första ordet liknar hon vid välstånd, det andra är en personlig upplevelse av tillfredsställelse och behag (a.a.).

Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) skriver att ett av huvudsyftena med vård är att återskapa, upprätthålla och stärka välbefinnandet hos människor. Författarna reflekterar över välbefinnande som de skriver betyder att människan har en upplevelse av att ha det bra och må bra. Välbefinnandet har fysiska, psykiska och sociala dimensioner och grundar sig, menar de, dels i behovstillfredsställelse, dels i individens upplevelse av att ha resurser och att kunna använda dessa. Att återskapa, upprätthålla och stärka välbefinnandet hos människor är ett av vårdens främsta mål, skriver författarna. Hos den som vårdar krävs känslighet inför patientens upplevelse av välbefinnande eller brist därpå, vilket skapar omsorg och en vilja att hjälpa (a.a.).

Delaktighet

Delaktighet betyder enligt Svenska Akademiens ordlista (Svenska Akademien, 2007) deltagande i t.ex. en handling, att medverka vid något som sker. Ett fundament för den moderna sjukvården i Sverige och i många länder, är den på moralisk grund vilande ståndpunkten att patienten ska vara autonom och delaktig. Denna hållning fastslås i Hälso- och sjukvårdslagen (1982) och i flera av sjuksköterskans övriga styrdokument vilka tidigare nämnts (Socialstyrelsen, 2005; Svensk Sjuksköterskeförening, 2002; Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I sjukvårdspersonalens ansvar ligger därför att möjliggöra sådan delaktighet (Eldh, 2010). En viktig förutsättning för delaktighet är att patienten får situations- och personanpassad information som kan bli till kunskap. För att uppnå delaktighet behövs inte ensidigt utan ömsesidigt kunskapsutbyte mellan t.ex. sjuksköterska och patient. Där ett respektfullt lyssnande kan skapa delaktighet på flera plan – delaktighet i beslut likväl som delaktighet i att dela och samverka (Eldh, 2010).

När Eriksson (1997) hävdar att vårdande innebär delande, förtydligar hon att vårdaren och patienten är delaktiga i samma helhet, vilket sker när båda tar del av, delar med sig, närvarar och meddelar sig. Hon ger även delandet innebörden att känna med, leva med, sympatisera med, vara intresserad av och uppleva. Ett sådant delande kan variera i djup och omfattning vilket beror på graden av de involverades insikt och förståelse. Att på detta sätt gemensamt dela någonting utgör grunden för de handlingar som utförs (a.a.). Hälso- och sjukvården arbetar fortlöpande med att förskjuta sitt perspektiv från att ha varit professions- och organisationsorienterat till att bli mer patientorienterat. Patientperspektivet innebär bl.a. just delaktighet hos och respekt för patienten. Aktuell forskning visar att delaktighet är en viktig faktor för vårdens resultat (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Problemformulering

Osunda livsstilsfaktorer kan skapa hälsoproblem och låg livskvalitet hos befolkningen. Ohälsosamma levnadsvanor som t.ex. fysisk inaktivitet, rökning, dåliga kostvanor, för hög alkoholkonsumtion och drogmissbruk skapar växande folkhälsoproblem som sjuksköterskan ofta möter. Sjuksköterskan har ett yrkesansvar och en nyckelroll att förebygga och åtgärda sådan ohälsa, bl. a. genom att påverka livsstilen hos sina patienter. Sjuksköterskan måste därför behärska och tillämpa evidensbaserade metoder med syfte att lyfta fram patientens egen inre motivation till förändring. Den patientcentrerade metoden Motiverande samtal är på frammarsch och det är av stor vikt att undersöka metoden MI som redskap i sjuksköterskans arbete med livsstilsförändringar för hälsa och välbefinnande.

SYFTE

Syftet är att belysa användbarheten och effekten av MI som metod i sjuksköterskans arbete med patienters livsstilsförändringar för att främja hälsa och välbefinnande.

METOD

DESIGN

Denna litteraturöversikt bygger på en metod som ger en bred analys av ett visst område som kan påverka kunskapen i omvårdnadsarbetet (Friberg, 2006). Det innebär att ha ett brett spektrum i sökandet efter vetenskapliga artiklar, en lika bred analys och en sammanställning av dessa. Litteraturöversikten har fokus på samtalet mellan sjuksköterskan och patienten. Metoden syftar till att använda omvårdnadsforskningens vetenskapliga resultat som tillägg till andra kunskaper för att tillsammans med patienten komma fram till bästa befintliga omvårdnadsinsatser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Studien inleddes med att formulera ett tydligt syfte. Insamling av data gjordes systematiskt vilket enligt Friberg (2006) ger förutsättningar för ett kritiskt granskande arbetssätt där författarna följer sin arbetsplan och tar vara på nya erfarenheter under arbetets gång. Litteratursökningen kompletterades med en manuell sökning.

URVAL

Litteratursökningar genomfördes för att få kunskap om bakgrundsmaterial och få en översikt över forskningen inom området. Inledande artikelsökningar gjordes för att få en överblick över lämpliga sökord. Dessa sökningar gjordes i databaserna CINAHL och PUBMED som innehåller artiklar inom omvårdnadsvetenskap och medicin. En kompletterande sökning utfördes på manuellt vis genom referenslistan från en tidigare litteraturöversikt. Artiklar som valdes belyste MI:s användbarhet som ett sätt att motivera till förändrad livsstil vid olika riskbeteenden.

DATAINSAMLING

De vetenskapliga studier som omfattade sökningen är hämtade från vetenskapligt erkända databaser som PubMed och Cinahl. En förutsättning för att dessa artiklar valdes var att de svarade mot syftet med vår litteraturöversikt. I PubMed gjordes flera sökningar varav det första använda sökordet var *motivational interviewing*. Denna sökning begränsades av meta-analys och att artiklarna var publicerade de senaste 10 åren på engelska och svenska. Detta gav 15 träffar varav en artikel valdes (Rubak et al., 2005). I andra PubMed-sökningen användes sökorden *motivational interviewing* som kombinerades med *nurse*, *health*, och *physical activity* vilket gav 13 artiklar. Av dessa artiklar granskades 8 varvid 5 stycken valdes (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn, & Grol, 2010; Koelewijn-van Loon, van Steenkiste, Ronda, Winkens, Severens, & Grol, 2009; Sims, Smith, Duffy & Hilton, 1999; Brodie & Inoue 2005). I tredje PubMed-sökningen kombinerades *motivational interviewing* med *alcohol* och *young adults* vilket gav 41 artiklar, där 5 artiklar granskades varav 2 slutligen användes (Gray et al., 2005; Monti et al., 2007), se Tabell 1. I den fjärde PubMed-sökningen kombinerades *motivational interviewing* med *ethnicity* och *lifestyle* vilket gav 5 artiklar där samtliga granskades varav 2 valdes (Rocha-Goldberg, Corsino, Batch, Voils, Thorpe, Bosworth, & Svetkey, 2010; Befort, Nollen, Ellerbeck, Sullivan, Thomas & Ahluwalia 2008).

I databasen Cinahl genomfördes artikelsökningen med två kombinationer av sökord. Den ena kombinationen var *motivational interviewing* med *nursing* och *alcohol*, vilken gav 8 artiklar, där 2 användes (Beckham, 2007; Nyamathi, Shoptaw, Cohen, Greengold, Nyamathi, Marfisee & ... Leake, 2010). Den andra kombinationen var *motivational interviewing* med *health* och *smoking*. Denna sökning resulterade i 55 artiklar, varav 2 användes (Erol & Erdogan, 2008; Hokanson et al., 2006). Den tredje sökningen som gjordes på Cinahl innehöll sökorden *usefulness* med *motivational interviewing*. Antalet träffar som sökningen resulterade i blev 8 varav 3 granskades och slutligen valdes 1 artikel (Pfister-Minogue & Salveson, 2010). I den fjärde Cinahlsökningen använde vi sökorden *motivational interviewing* and *behavior change* and *nursing*. Sökningen gav 9 träffar och vi granskade tre artiklar av vilka vi valde att använda en artikel (Shinitzky & Kub 2001), se Tabell 1. Alla sökorden som användes i databaserna valdes med tanke på syftets innehåll. Artiklarnas titlar överblickades där ett urval gjordes varefter abstracts lästes noggrant för att kunna välja relevanta artiklar. Många artiklar granskades och slutligen valdes 15 artiklar. Dessutom valdes en artikel via en manuell sökning vilken genomfördes på en litteraturöversikt och gav följande studie (Lightfoot, Rotherham-Borus, Comulada, Reddy & Duan, 2010).

Inklusionskriterier

Sökta artiklar ska vara peer-reviewed vilket betyder att områdesexpertis vetenskapligt har granskat studierna innan de publicerats (Willman et al., 2006).

Inklusionskriterierna för de valda artiklarna i den första och andra sökningen i Cinahl begränsades till peer reviewed, research article, english och publicerade mellan 2000 -2010, respektive peer reviewed, english och publicerade 2000-2010. Målet var att vår studie skulle innehålla aktuell forskning. Den tredje sökningen på Cinahl begränsades till peer reviewed, engelska och artiklar publicerade mellan 2004-2010. Den fjärde sökningen på Cinahl begränsades till peer reviewed, engelska och artiklar publicerade mellan åren 2001-2010. Författarnas intention var att ha ett omfattande humanistiskt perspektiv där variationer beträffande genus, ålder, etniska, kulturella och socioekonomiska aspekter belystes. Ett ytterligare inklusionskriterium var artiklar som var etiskt granskade för att hålla god kvalitet.

Exklusionskriterier

Sökningen i databaserna exkluderade artiklar som inte svarade på studiens syfte, artiklar äldre än tio år samt artiklar som inte genomsyrades av MI metoden. Ett ytterligare exklusionskriterium var artiklar som inte var vetenskapligt uppställda eller kompletta.

Tabell 1. Sökhistoria

Sökningsdatum	Databas	Valda Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar
110203	Pubmed	Motivational Interviewing	Humans, Meta-Analysis, English, Swedish, published in the last 10 years	15	3	1
110204	Pubmed	Nurse +motivational interviewing +health +physical activity	English,	12	8	4
110205	Pubmed	Motivational interviewing + alcohol +young adults	English, published in the last 10 years	42	5	2
110208	Pubmed	Motivational Interviewing + Ethnicity + Lifestyle	Humans, English, published in the last 10 years	5	5	2
110212	Cinahl	Motivational interviewing AND Nursing AND Alcohol	Peer reviewed, research article, English Year 2006-2010	13	5	2
110216	Cinahl	Motivational interviewing AND health AND smoking	Peer reviewed, English Year 2000-2010	55	7	2
110218	Cinahl	Usefulness AND Motivational interviewing	Peer Reviewed, English Year 2004-2010	8	3	1
110218	Cinahl	Motivational interviewing AND behavior change AND nursing	Peer Reviewed, English 2001-2010	9	3	1

DATAANALYS

De valda artiklarna analyserades och övergripande områden identifierades enligt ett av Fribergs olika sätt att analysera (Friberg, 2006) vilket innebär i detta fall att undersöka likheter och skillnader i artiklarnas resultat innehåll. Under analysen lästes först artiklarnas titlar och vid intresse lästes även abstrakts. Artiklarna lästes förutsättningslöst av alla författarna för att få en objektiv bild av innehållet. Därefter lästes artiklarna på nytt för att hitta eventuella sammankopplingar med vårt syfte. Därpå bearbetades, analyserades och sammanfattades artiklarnas olika resultat och resultaten sammanställdes för att kunna välja ut de mest centrala delarna. För att bygga upp vårt resultat identifierades övergripande områden som svarat på syftet. Likheter respektive skillnader i artiklarnas resultat innehåll analyserades och dessa utgjorde sedan studiens resultat. Artiklarna sammanställdes i en artikelöversikt, se bilaga 1.

RESULTAT

Nedan följer en redogörelse för de resultat som framkommit beträffande interventioner med MI gällande alkoholkonsumtion, rökning, fysisk aktivitet, kostvanor och vikt. Därefter redogörs för några kulturella aspekter. Slutligen presenteras resultaten avseende MI:s användbarhet i sjuksköterskans arbete.

EFFEKTERNA AV MI-METODEN PÅ ALKOHOLKONSUMTION

Nyamathi et al. (2010) har i en studie undersökt effekten av MI för att reducera alkoholkonsumtion hos deltagarna i studien. Det framgår i studien att behandlingsgruppen fick positiva resultat. Efter sex månader hade 50 % av deltagarna minskat sin alkoholkonsumtion medan 20 % hade slutat helt med alkohol (a.a.).

En amerikansk studie gjord av Beckham (2006) om motiverande samtal för riskfyllt alkoholdrickande personer konstaterar att deltagarna som ingick i interventionsgruppen med MI drack betydligt mindre än vid studiens början. Alkoholkonsumtionen minskades från 4.65 drinkar till knappt två drinkar varje dag. Ytterligare en positiv effekt hos interventionsgruppen kunde ses vid en mätning av leverfunktionen (a.a.). I de två nyss nämnda studierna belystes användandet av MI hos äldre alkoholkonsumenter medan två andra studier belyser effekterna av MI hos yngre. I de två senare studierna framgår det att MI påverkade ungdomarna till att minska sin alkoholkonsumtion markant i jämförelse med deltagarna i kontrollgrupperna där alkoholkonsumtionen reducerades obetydligt (Gray et al., 2005; Monti et al., 2007).

EFFEKTERNA AV MI-METODEN PÅ RÖKNING

I en studie som gjordes i Turkiet med avsikten att få turkiska ungdomar att sluta röka användes MI som metod vilket resulterade i att en tredjedel efter behandlingen hade slutat röka. Deltagarna i studien tyckte att det positiva med MI var att en detaljerad handlingsplan upprättades, strategier mot möjliga hinder togs upp och deltagarna kände en ökad self-efficacy för förändring eftersom deras personliga framgångar och motivationsfaktorer stärktes i processen med MI-metoden (Erol, S., & Erdogan, S., 2008).

MI-metodens effekt undersöktes också vid rökavvänjning hos ungdomar, vilket visade att det inte fanns någon statistisk signifikant skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Det framgår däremot att deltagarna i behandlingsgruppen där MI användes uttryckte en fyra gånger så stor vilja och self-efficacy att ändra sitt beteende jämfört med kontrollgruppen. Uppföljningen visar att en majoritet av dessa försök beträffande rökavvänjning visade på bra resultat till en början. Resultaten saknade dock varaktighet. (Gray et al., 2005)

En amerikansk studie (Hokanson et al., 2006) beskriver rökande personer med diabetes typ-2 vars behandling genomsyrades av MI. Kontrollgruppen fick standardbehandling vid rökavvänjning. Resultatet från studien visar att behandlingsgruppen med MI hade en större avhållsamhet från cigaretter efter 3 månaders tid men efter 6 månaders uppföljning fanns det inga större skillnader mellan grupperna. Studien visar även att deltagarna i behandlingsgruppen uppskattade sig ha en statistiskt högre selfefficacy-poäng än kontrollgruppen efter 3 månader. Men efter 6 månader hade deltagarna från båda grupperna lika hög grad av self-efficacy att sluta röka. De kliniska värdena av HbA1c förbättrades avsevärt för båda grupperna och värdena visade sig vara fortsatt bra efter den sista uppföljningen som gjordes. Viktminskning och sänkning av blodfetterna sågs i båda grupperna men ingen signifikant skillnad upptäcktes dem emellan (a.a.).

EFFEKTERNA AV MI-METODEN PÅ FYSISK AKTIVITET, KOSTVANOR & VIKT

En meta-analys av Rubak et al., (2005) visar att motiverande samtal inriktade på fysiska problem som övervikt, höga lipidnivåer, diabetes och astma och på ohälsosamma vanor som fysisk inaktivitet och rökning har visat en positiv effekt i 18 av 25 studier.

I meta-analysen kunde konstateras att rökavvänjningsstudier rapporterade en positiv effekt av MI hos 67 % av studierna. En positiv effekt har även påvisats hos två av tre studier om behandling av diabetes och astma. I 80 % av de studier som avsåg viktminskning och ökad fysisk aktivitet kunde en ännu mer positiv effekt ses. Rubak et al., (2005) påvisar även signifikant positiva resultat av motiverande samtal på samtliga av följande parametrar: BMI, systoliskt blodtryck, alkoholkoncentration och kolesterolvärde i blodet. I synnerhet visar de tre förstnämnda variablerna en klinisk relevans.

Brodie & Inoue (2005) har studerat fysisk aktivitet för hjärtviktpatienter. De jämför effekten mellan tre olika behandlingsinstrument avsedda för målgruppen. De tre typer av behandlingsmetoder som utfärdades delades in i en med standard behandling, en med MI i kombination med standardbehandling och en med enbart MI. Studien visar inga signifikanta skillnader mellan grupperna, men samtliga behandlingsformer resulterade i en ökad fysisk aktivitet hos deltagarna. Den ökade fysiska aktiviteten kunde ses i att energiförbrukningen, motionskapaciteten och rörligheten hos deltagarna förbättrades i samtliga grupper, oavsett om MI användes som kommunikationsteknik (a.a.).

En engelsk studie omfattande 20 personer hade som syfte att undersöka om MI är en lämplig metod för sjuksköterskan att använda för att öka äldres fysiska aktivitet (Sims, Smith, Duffy, & Hilton 1999). Efter ett motiverande samtal där det även gjordes en personlig plan för varje deltagares motion, genomfördes planen under sex veckor efter deltagarnas förmåga. Två uppföljande telefonkontakter med MI-samtal ingick i interventionen. Mängden och graden av fysisk aktivitet redovisades genom deltagarnas egna rapporter i kombination med de värden de mätt med hjälp av bärbara hjärtfrekvensmätare. Undersökningens resultat visar att förändringen i motionsvanor var obefintlig för interventionsgruppen som helhet, likaså för kontrollgruppen. Sims et al., (1999) drar också slutsatser som ligger utanför artikelns syfte, nämligen att deltagarna i studien överskattar graden av sin motion. Detta visas genom dålig överensstämmelse mellan egen angiven motion/ansträngningsgrad och uppmätt hjärtfrekvens. Forskarna har valt att använda de objektiva hjärtfrekvensmätningarna som grund för studiens resultat angående motionsvanor. Deltagarna uttryckte att de ändå haft viss nytta av att vara med i studien, bl.a. större medvetenhet om hur man kan vara fysiskt aktiv. Sjuksköterskorna

tyckte att det tagit mer tid än de förväntat sig att genomföra arbetet med de motiverande samtalen (a.a.).

I en holländsk studie (Koelewijn-van Loon et al., 2009) undersökte man livsstilsförändringar hos patienter med hjärt-kärlsjukdom. Forskarna jämförde hur patienterna klarade att förbättra sina vanor beträffande alkohol, rökning, kost och motion i interventionsgrupper och kontrollgrupper, alla ledda av sjuksköterskor. Gemensamt för båda typerna av grupper var att sjuksköterskorna även genomförde en riskbedömning för mortalitet inom tio år. Denna gjordes utifrån patientens livsstil med hjälp av ett specifikt bedömningsinstrument. Kontrollgruppens deltagare fick därefter sedvanlig behandling inklusive livsstilsrådgivning medan interventionsgruppens deltagare fick två kortare personliga samtal baserade på MI-metoden, kombinerad med två andra strategier. Mellan samtalen gjordes en kortare telefonkonsultation, även den i motiverande samtalsstil. Uppnådda förändringar i livsstil rapporterades vid studiens slut av deltagarna själva. I interventionsgruppen konstaterades små ökningar i fysisk aktivitet och intag av grönsaker. Konsumtionen av frukt likväl som intag av fett, alkohol och cigaretter förändrades obetydligt. Resultatet av denna studie visar att det blev vissa skillnader inom varje grupp men däremot ingen nämnvärd skillnad mellan grupperna vad gäller livsstilsförändringar och ingen skillnad alls beträffande överlevnadsprognos för 10 år (a.a.).

KULTURELLA ASPEKTER

Två studier på livsstilsinterventioner med hjälp av MI riktades i USA till specifika etniska grupper (Rocha-Goldberg et al., 2010 & Befort et al., 2008). Den ena studien var riktad till spansktalande befolkning och kulturanpassad för att bättre möta behoven hos denna målgrupp (Rocha-Goldberg et al., 2010). I den andra studien har Befort et al., (2008) undersökt effekten av att kombinera motiverande samtal med ett viktningsprogram för afroamerikanska kvinnor och ställt detta mot en kontrollgrupp där standardiserad hälsoutbildning kombinerades med viktningsprogrammet. Avsikten med att använda MI var att öka följsamheten till viktningsprogrammet. De afroamerikanska kvinnorna upplevde i inledningen en högre grad av self-efficacy och tillfredsställelse än kontrollgruppen. Studien manifesterar att MI inte gav någon skillnad på följsamheten jämfört med kontrollgruppen. Det ses däremot att viktningsprogrammet, ett reducerat kaloriintag och ändrade kostvanor blev utfallet i båda grupperna. Uppföljningen efter studiens gång visar även att de afroamerikanska kvinnorna upplevde en sänkning av self-efficacy och välbefinnandet jämfört med kontrollgruppen (a.a.).

Den kulturanpassade studien av Rocha-Goldberg et al. (2010) berörde personer med hypertoni och ingick i The Hypertension Improvement Project (HIP). Det har inom projektet framgångsrikt provats att, med hjälp av olika strategier, engagera patienter från olika folkgrupper i livsstilsförändringar för att reducera högt blodtryck. En pilotstudie riktade sig specifikt mot befolkning med spansk och latinamerikansk bakgrund. Pilotstudien var liten och saknade kontrollgrupp men gav entydigt positiva resultat varför forskarna önskar genomföra en storskalig och mer långvarig randomiserad undersökning på huvudsakligen samma premisser.

Syftet var att undersöka möjligheten att skapa önskade beteendeförändringar i befolkningsgruppen om detta gjordes på ett kulturanpassat sätt. Eftersträvat resultat var viktningsprogrammet, ökad fysisk aktivitet och förbättrade kostvanor. Interventionerna bestod i att det genomfördes ett par timmar långa träffar med två grupper på sammanlagt 17 personer, en

gång i veckan i sex veckor. Motiverande samtalsteknik användes genomgående under träffarna och kombinerades med andra metoder för att sätta mål och hantera egna beteenden. Det ingick även undervisning om högt blodtryck och fysisk aktivitet i grupp och provsmakning av kulturkongruenta maträtter, dock anpassade för att passa patienter med högt blodtryck. Förutom förbättrade fysiologiska värden och kostvanor var samtliga deltagare positiva till kursens upplägg och upplevde ökad self-efficacy vid studiens slut. Rocha-Goldberg et al. (2010) summerar att deltagarna kände sig säkra på att efter studiens slut kunna tillämpa förvärvade kunskaper och fortsätta med sina nya, mer hälsosamma vanor (a.a.).

ANVÄNDBARHETEN AV MI-METODEN I SJUKSKÖTERSANS ARBETE

I mötet med patienten har sjuksköterskan en möjlighet att påverka patientens livsstil genom att använda specifika kommunikationsfärdigheter som stärker patientens delaktighet. MI har visat sig vara användbar i konsten att motivera patienter till livsstilsförändringar med ökad hälsa och välbefinnande som resultat (Shinitzky HE, & Kub J, 2001). Metoden är mångsidigt användbar och kan tillämpas individuellt och i grupp samt appliceras som dataprogram och vid telefonkonsultationer (Lightfoot et al., 2010; Rocha-Goldberg et al. 2010; Sims et al., 1999 & Koelewijn-van Loon et al. 2009).

Jansink et al. 2010 belyser i sin intervjustudie med sjuksköterskor från 12 vårdcentraler i Nederländerna bristen på kommunikationsfärdigheter hos sjuksköterskor. Syftet med intervjustudien var att undersöka de hinder som sjuksköterskor upplever att de möter i sitt arbete med traditionell livsstilsrådgivning för patienter med typ 2 diabetes. En majoritet av sjuksköterskorna uttryckte att de emellanåt saknar engagemang för att motivera patienten att förändra sin livsstil. Studien belyser att vanlig rådgivning är otillräcklig på flera sätt och ofta leder till låg följsamhet hos patienterna samt frustration, uppgivenhet och negativitet hos både sjuksköterskor och patienter. Sjuksköterskorna efterfrågar effektiva samtalsmetoder och kunskaper om hur patienter kan motiveras på ett respektfullt sätt. Detta talar för, menar forskarna, att en patientcentrerad metod som MI skulle kunna ge bättre resultat. Studien utmynnar i att sjuksköterskorna kommer att få utbildning i bland annat MI (a.a.). Ett ytterligare viktigt fynd i studien var att vissa sjuksköterskor saknar tillräckligt med kunskap om fysisk aktivitet, rökavvänjning och även om specifika kostråd för att tillämpa adekvata livsstilsförändringar. En liknande kunskapsbrist framkom även i en studie av Brodie & Inoue (2005).

I en studie av Pfister-Minogue och Salveson (2010) undersöktes effekten och användbarheten av beteendeförändrings rådgivning i mötet mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskorna i studien fick en endags utbildning i beteendeförändringssamtal som baserades på MI-metodens grundprinciper. Sjuksköterskorna blev uppmuntrade att använda sig av MI-metoden som redskap i mötet med patienterna och sedermera gjorde forskarna två uppföljningar, 3 veckor och 7 veckor efter utbildningen, för att utvärdera effekten och användbarheten. Sjuksköterskorna upplevde efter utbildningen:

- Lättare att uppmuntra patienten att tala om livsstilsförändring/beteendeförändring
- Lättare att kunna prata om känsliga frågor
- Det empatiska lyssnandet förstärktes
- Bättre på att sammanfatta och förstå patienten och erkänna de utmaningar som finns på patientens väg till beteendeförändring

Samtliga tolv sjuksköterskor i studien tyckte efter utbildningsdagen att den gav med sig mycket användbart i yrket. Två sjuksköterskor uttryckte följande:

”Jag är glad som gick på detta. Detta kommer verkligen att öka mina kommunikationsfärdigheter. Det kommer att hjälpa mig mycket i mötet med nya människor.” (Pfister-Minogue & Salveson, 2010, s. 548)

”Den inledande dagen var mycket till stor nytta. Jag upptäckte att de samtalstekniker jag använde blev förbättrade och efter utbildningen ändrade jag mitt förhållningssätt till patienten.” (Pfister-Minogue & Salveson, 2010, s. 549)

Fritt översatt av författarna

Sjuksköterskorna upplevde att vissa strategier liknande MI:s redan användes i mötet med patienten - exempelvis att identifiera ambivalens och motstånd från patienten och uppmuntra patienten att prata mer öppet (Pfister-Minogue & Salveson, 2010)

Ett av de viktigaste fynden som Pfister-Minogue och Salveson, (2010) kom fram till var att sjuksköterskor ansåg att tidsbrist gör det svårt att tillämpa förhållningssättet i praktiken. Flera sjuksköterskor menade att de behövde en mer kvalificerad utbildning innan de kunde känna att de behärskar samtalstekniken. Sjuksköterskorna tyckte att utbildningen var användbar i professionen men upplevde den ibland svår att genomföra. Många av sjuksköterskorna uttryckte att de ville fortsätta använda sig av förhållningssättet i framtiden (a.a.)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna valde att inte göra någon avgränsning mot kvantitativa eller kvalitativa studier utan använde en öppen ansats. Artiklarna som har valts ut till denna litteraturöversikt har kvalitetsgranskats och då visat sig bestå av relevant innehåll vilket varit till hjälp för att besvara vårt syfte. Det hade varit mer intressant om vårt fördjupningsarbete i omvårdnad fick mer tid och större ekonomiska resurser för att finansiera beställningen av vetenskapliga artiklar. Förutsättningarna skulle kunna ha blivit annorlunda och författarna hade kunnat bidra till en ännu djupare kunskap i omvårdnad.

Databaserna PubMed och CINAHL användes då de innehåller medicinsk- och omvårdnadsforskning som ansågs vara relevant till denna litteraturöversikt. Sökfältet i dessa två databaser var brett vilket gör vår studie mer trovärdig. Sökord som användes valdes utifrån syftet vilket ledde till att relevanta artiklar hittades. Eftersom sökningarna begränsades för det mesta till engelska kan relevanta artiklar ha missats. Eftersom även artiklarna publicerade tidigare än år 1999 uteslöts finns det risk att viktiga artiklar har missats.

Alla funna artiklar på CINAHL är peer-reviewed vilket betyder att dessa artiklar är kvalitetsgranskade av experter på området innan de publicerats. Detta innebär att det finns goda förutsättningar för att litteraturöversiktens kvalitet blir hög. Beträffande artiklar hittade på PUBMED kunde författarna inte se om de var peer-reviewed. Detta medför att felbedömning av kvaliteten kan ha uppstått vilket kan ses som en svaghet i studien. Dock utgår författarna från att PubMed:s publicerade artiklar är kvalitetssäkrade och godkända för publicering. Författarna valde artiklar bl.a. genom att kontrollera att de följer en bestämd mall, där följande moment ingår: Abstract, Introduktion, Metod, Resultat, Diskussion och Referenser. Granskning av dessa artiklars kvalitet gjordes med ett kritiskt tänkande för att författarna skulle kunna bedöma om artiklarnas material är pålitligt att basera litteraturöversikten på (Friberg, 2006).

Litteratursökningen omfattade nationella och internationella vetenskapliga artiklar inom det valda området. Inga av de 16 valda artiklarna i studien var från Sverige. Litteraturöversikten styrks bl.a. av att 5 artiklar kommer från Europa (Rubak et al. 2005; Brodie, D., & Inoue, A. 2005; Sims et al. 1999; Koelewijn-van Loon et al. 2009 & Jansink et al. 2010). Genom att flera av artiklarna handlar om populationer som är lika den egna, blir dessa artiklars resultat mer överförbara. Nio artiklar kommer från USA (Hokanson et al. 2006; Nyamathi et al. 2010; Beckham 2007; Monti et al. 2007; Belfort et al. 2008; Rocha-Goldberg et al. 2010; Shinitzky & Kub 2001; Pfister-Minogue & Salveson 2010; Lightfoot et al., 2010). Två av dessa artiklar handlade om två etniska grupper som bor i USA, afroamerikanska kvinnor och spansktalande grupper i USA (Befort et al. 2008 & Rocha-Goldberg et al. 2010). En artikel (Erol & Erdogan 2008) från Turkiet visar i likhet med många andra artiklar på möjligheten att på ett effektivt sätt kombinera MI med andra metoder i syfte att nå en beteendeförändring.

Att fem artiklar kommer från europeiska länder ses som en styrka för litteraturöversikten då flera av dessa länders förhållanden påminner om de svenska. En ytterligare styrka är att använd litteratur kommer från många olika länder vilket enligt författarna medför att studiens resultat får ett brett perspektiv med relevans i andra kulturer i världen.

Den manuella sökningen gällde en studie vars innehåll väckt författarnas intresse då den beskrev ett modernt webbaserat användande av MI-metoden som uppskattats av interventionsgruppen (Lightfoot, Rotherham-Borus, Comulada, Reddy & Duan, 2010).

Författarna är tre till antalet och fört med sig både fördelar och nackdelar i arbetsprocessen. Det har ställts större krav på samarbetsförmågan genom att tre olika synsätt, språkstilar och individuella tidsscheman behövts vägas ihop. Fördelarna med att vara tre författare har bestått i att vi har kompletterat varandras kunskaper och idéer. Det positiva har även varit att någon av oss alltid hållit inspirationen uppe och att en tredimensionell diskussion ägt rum.

RESULTATDISKUSSION

Effekterna av motiverande samtal på levnadsvanor

Denna litteraturöversikt har haft som syfte att belysa användbarheten och effekten av MI som metod i livsstilsamtal för att främja hälsa och välbefinnande hos patienten. De levnadsvanor som har utgjort grunden i litteraturöversikten har varit tobaksbruk, alkoholkonsumtion, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor vilka är de 4 levnadsvanor som Socialstyrelsen belyser i nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete (Socialstyrelsen, 2010a).

De effekter MI-interventionerna gav i de studier som undersökts bestod av varierande resultat, där skillnader av effekterna kan ses beroende på vilka levnadsvanor som föranlett studien. Resultatet av de fyra artiklar om alkohol som vi har granskat påvisar att MI-interventioner har god effekt för att reducera alkoholkonsumtion (Gray et al., 2005; Monti et al., 2007; Beckham, 2007; Nyamathi et al., 2010). Det har visat sig att MI som intervention har positiv effekt på både yngre och äldre alkoholkonsumenter. Den positiva effekten som MI-metoden har resulterat i ger oss som framtida sjuksköterskor anledning att tillämpa denna metod i mötet med denna patientgrupp. Det har inte kunnat konstateras att MI som intervention har påvisat negativa effekter avseende alkoholkonsumtion men det finns skäl till en mer omfattande litteraturöversikt där sådana studier undersöks. De studier om alkohol som har undersökts i denna litteraturgenomgång visar på liknande effekter av MI som folkhälsoinstitutet presenterar. Det finns alltså en god grund gällande vetenskaplig evidens

som ger anledning att tillämpa MI i omvårdnadsarbetet för att underlätta nykterhet eller åtminstone ett reducerat alkoholintag, vilket främjar människors hälsa.

Resultatet gör gällande att effekterna av MI som interventionsmetod för rökavvänjning är skiftande (Gray et al., 2005; Hokansson et al., 2006; Erol & Erdogan, 2008). Det finns evidens för att kort rådgivning är effektivt mot rökavvänjning (Statens folkhälsoinstitut, 2009) och en av de studier som har granskats visar också detta (Hokansson et al., 2006). De resultat som presenteras påvisar dock att effekterna av MI som metod mot rökavvänjning inte är tillräckligt hållbara. Uppföljningen av en studie som gjordes visade att den positiva effekten av MI minskade eller uteblev efter 6 månaders tid (Gray et al., 2005). Det är av betydande intresse att fastslå varför motiverande samtal inte ger en varaktig positiv effekt vid rökavvänjning eftersom rökare är en stor patientgrupp som sjuksköterskor möter.

De slutsatser som kan dras utifrån resultatet i vår litteraturöversikt är att MI-metoden har gett olika effekt i studierna om fysisk aktivitet, kostvanor och viktminskning. Brodie & Inoue (2005) har i sin studie undersökt effekten av att applicera MI som redskap avseende fysisk aktivitet hos hjärtsviktspatienter. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp men intressant var att den fysiska aktiviteten ökade i samtliga grupper oavsett om MI användes som kommunikationsteknik. Det ställer oss frågan om MI alltid är det självklara behandlingsinstrumentet då det uppenbarligen har visat sig att andra metoder än MI har givit samma eller bättre effekt på fysisk aktivitet.

Det centrala under detta fördjupningsarbete i omvårdnad har varit att presentera effekterna av MI för att påverka människors liv i en hälsosam riktning. Författarna upplever detta som ett relevant område att belysa eftersom sjuksköterskor i sin profession har ett ansvar att undervisa och stödja patienter och närstående i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Resultatet från ett flertal studier (Hokansson et al., 2006; Gray et al., 2005; Befort et al., 2008) visar att patienters tilltro till sin egen förmåga ökar i mötet med sjuksköterskor som använder sig av MI-metoden i hälsosamtal. Orem (1991) menar att människan äger en inre kraft och motivation att utföra gärningar som garanterar hälsa och välbefinnande. Denna utgångspunkt överensstämmer med den som MI utgår ifrån. Detta är enligt oss något som varje sjuksköterska bör ha i åtanke i mötet med patienter, för att stärka deras delaktighet och tilltro till egen förmåga för att uppleva hälsa och välbefinnande.

Sammanfattningsvis har effekterna av MI vid livsstilsförändringar varit övervägande positiva. Artiklarna har dock i obetydlig grad belyst metodens kostnadseffektivitet. De hälsobringande MI-interventionerna har potential att främja hälso- och sjukvårdens kostnadseffektivitet eftersom de ofta leder till en minskad sjuklighet för stora grupper av patienter med ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2010a).

Hur MI kan användas

Motiverande samtal kan genomföras enskilt, vilket är mest förekommande, eller också i grupp. Det vanligaste är att använda metoden vid personliga möten t.ex. med en sjuksköterska. I flera studier ingår också MI-samtal per telefon (Sims, Smith, Duffy & Hilton, 1999; Koelewijn-van Loon). I en studie (Lightfoot, Rotherham-Borus, Comulada, Reddy & Duan et al., 2010) nämns att patienter själva kan arbeta med MI genom ett dataprogram vilket fått både tydligt positiv och dito negativ respons från patienter. Inga studier visade på att motiverande samtal kan vara skadliga eller har någon form av negativa effekter. Däremot har ingen studie haft för avsikt att uttryckligen undersöka detta (Rubak et al., 2005).

Beträffande MI-samtal via dator var den positiva responsen att många patienter uppskattade att de var anonyma och upplevde en större integritet jämfört med vid en personlig konsultation. I en annan studie hade patienter med alkoholmissbruk en benägenhet att vilja träffa en sjuksköterska som använder sig av MI hellre än en specialist inriktad på alkoholbehandling (Beckham, 2007).

I arbetet med denna litteraturoversikt har det framkommit att en mängd olika instrument för livsstilsförändringar redan finns och används, t ex rökavvänjningsprogram, viktreduceringsprogram, dieter för blodsockerkontroll, informationsbroschyrer om kost, motion etc. MI är alltså endast en av många metoder för livsstilsinterventioner. Det har framkommit i flera studier (Befort et al., 2008; Hokansson et al., 2006; Sims et al., 1999; Koelewijn-van Loon et al., 2009; & Rocha-Goldberg et al., 2010) att Motiverande samtal inte används enskilt utan i kombination med en eller flera sådana nyss nämnda program. MI-metodiken blir då ett komplement genom att vara en kommunikationsstil som är avsedd att genomsyra livsstilssamtalet. Det har även noterats att MI kan användas som enda metod men samtidigt att den lämpar sig att kombinera med någon typ av handlingsprogram för det livsstilsproblem som ska förändras. Detta kan tolkas som att det inte är tillräckligt med enbart motivation och självkänedom - en konkret strategi och sakkunskap om hälsoproblemet behövs också.

I flera studier har det konstaterats att sjuksköterskor är positiva till samtalsstilen som genomsyrar MI-metoden (Pfister-Minogue & Salveson, 2010; Jansink et al., 2010). Jansink et al's studie är av intresse genom att den visar att sjuksköterskor som intervjuats angående svårigheter med livsstilssamtal, själva så tydligt efterfrågar en metod som bättre än traditionell rådgivning, på ett respektfullt och uppmuntrande sätt kan möta patienten - dennes egen vilja, förutsättningar och motivation. Dessa sjuksköterskor har alla erfarenhet av samtal som utmynnat i en känsla av misslyckande för båda parter och ibland till en försämrad relation mellan patient och sjuksköterska. De uttrycker också frustration över att inte kunna hjälpa patienterna med det som i detta sammanhang är deras uppgift, nämligen att stärka dem i sin egenvård och för att hitta vägen mot förbättrad hälsa och välbefinnande vilket stämmer överens med Orem's egenvårdsteori (Orem, 1991). Om primärvårdssjuksköterskorna i denna studie är representativa för sin grupp, ser författarna det som något hoppfullt att efterfrågan på en patientcentrerad metod kommer från sjuksköterskorna själva. Författarna anser att de kvalitéer som sjuksköterskan genom MI vill tillföra livsstilssamtalet, ligger i tiden och utgör en hållbar grund för att i yrkesutövningen förebygga ohälsa, återställa hälsa och lindra lidande.

MI för socioekonomiskt utsatta grupper

Flera studier har visat att MI som komplement till behandling för livsstilsförändringar inte är tillräckligt för att ge önskad effekt hos deltagarna. Det krävs ytterligare forskning för att utreda hur bra MI fungerar som metod på befolkningsgrupper med lägre socioekonomisk status. Det är intressant att försöka förstå varför MI inte haft avsedd effekt på följsamheten i studien om afroamerikanska kvinnor (Befort et al., 2008). Är det så att grupper med högre utbildning har större nytta av MI? Kanske kan i så fall en förklaring finnas i att dessa mer gynnade sociala skikt kan ha större kunskap och förståelse för hur hälsa skapas. Det är möjligt att dessa samhällsskikt har större vana att ta eget hälsoansvar framför att förlita sig på auktoriteter. Är det så att det är svårare att bygga motivation för hälsa när levnadsomständigheterna är sämre? Erikssons (1993) ståndpunkt att hälsa endast har betydelse om livet upplevs meningsfullt, talar för att det är så. Författarna hävdar att i sådana fall är extra viktigt för sjuksköterskan att behärska en teknik som MI, vilken lyfter fram och förstärker motivationen för hälsa.

Studien om afroamerikanska kvinnor (Befort et al., 2008) kan jämföras med den om spansktalande i USA (Rocha-Goldberg et al., 2010). I den senare studien hade den kulturellt anpassade interventionen lyckats väl beträffande livsstilsförändringar. Den kulturella anpassningen tros stärkte känslan av delaktighet hos deltagarna. Att vara delaktig ger en upplevelse av att vara respekterad, bekräftad och stärker därför tilliten till sig själv och sin kraft – self-efficacy. Även MI-metoden, som var en del av behandlingen i studien, stärker de egna resurserna och känslan av delaktighet. Detta sammantaget skulle kunna vara en viktig faktor för deltagarnas ökade hälsa och välbefinnande.

Studien av Jansink et al. (2010) anses vara viktig i den bemärkelse då den har gott resultat och därför att behovet för liknande kombinerade interventioner finns även i Sverige. Behovet är uppenbart eftersom de socio-ekonomiska klyftorna nu, enligt senaste folkhälsorapporten, ökar i Sverige inom hela befolkningen. Detta kommer att påverka sjuksköterskans arbete då det är allmänt känt att grupper med sämre ekonomi och utbildning vanligen har sämre hälsa och mindre hälsosamma levnadsvanor (Pellmer & Wramner, 2007 och Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Sjuksköterskan har enligt *Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor*, i sin yrkesroll som uppgift att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer, (Socialstyrelsen, 2005). Utifrån denna litteraturgenomgång ser MI ut att ha ett brett användningsområde, innehålla kvalitéer som sjuksköterskor efterfrågar samt i de flesta av författarna undersökta studierna ha goda resultat på hälsa. Tillämpandet av metoden ligger i linje med de nationella riktlinjernas (Socialstyrelsen, 2010a) uppmaning till personal inom hälso- och sjukvården. Det är därför nödvändigt att sjuksköterskor behärskar tekniken för motiverande samtal, en metod som enligt upphovsmännen kräver kvalificerad utbildning och uppföljande lärotillfällen med coachning (Miller & Rollnick, 2010). Det är därför angeläget att sjuksköterskor får utbildning och att grunderna för Motiverande samtal inkluderas i grundutbildningen för sjuksköterskor.

När människor kommer till vården med behov av stöd i sin egenvårdsförmåga, visar vårt resultat att MI eller andra metoder som involverar patienterna och gör dem delaktiga, ofta lyckas. För att framgångsrikt kunna hjälpa patienterna måste sjuksköterskan, vilket Eriksson (1997) uttrycker, kunna dela patientens upplevelser. Viktigt för resultatet blir sjuksköterskans förmåga att reflektera tillsammans med patienten och därmed bidra till självreflektion. Delandet är enligt Eriksson (1997) en konst för vilken krävs personlig mognad och öppenhet att relatera. Hon sammanfattar det med att människans förmåga till delande bottnar i förmågan att tro på sig själv och andra.

Konklusion

Effekterna av MI är i många fall hälsobringande och sjuksköterskorna i två studier upplever metoden som mer tillfredsställande att tillämpa än traditionell rådgivning. Det framgår även att MI är en användbar och flexibel metod genom att den kan kombineras med andra lämpliga omvårdnadsinterventioner. Detta skapar ökade möjligheter för sjuksköterskor att rikta sina interventioner utifrån patienters specifika behov och önskemål för att stärka hälsa och välbefinnande.

REFERENSER

* = Vetenskapliga artiklar vilka ingår i resultatet

Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

*Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(2), 103-110.

*Befort, C., Nollen, N., Ellerbeck, E., Sullivan, D., Thomas, J., & Ahluwalia, J. (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), 367-377.

*Brodie, D., & Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 518-527

Eldh A C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I: Edberg, Wijk.(red). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (1 uppl.) (s. 41 - 58) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1996[1989]). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin.

Eriksson, K. (1997[1987]). *Vårdandets idé*. (1. uppl.) Stockholm: Liber AB.

*Erol, S., & Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the Transtheoretical Model-based study. *Patient Education & Counseling*, 72(1), 42-48.

Faskunger J. *Motivation för motion. En handbok för hälsovägledning steg för steg*. Farsta: SISU Idrottsböcker; 2002.

Folkhälsoinstitutet (2009) *Motivational Interviewing*. Hämtad 12 februari, 2011, från <http://www.fhi.se/mi>

Folkhälsoinstitutet (2010). *Folkhälsoinstitutets lägesrapport om levnadsvanor 2010*. Hämtad 20 februari, 2011 från <http://www.fhi.se/PageFiles/10796/A2010-13-Levnadsvanor-lagesrapport-2010.pdf>

Fossum, B. (2007). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I Fossum, B. (red.). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (1. uppl.) (s. 187-198) (s. 199-230) Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. 3. uppl. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.

*Gray E., McCambridge J. & Strang J. (2005). The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette and cannabis smoking among young people: quasi-experimental pilot study. *Alcohol Alcohol*, 40(6):535-9.

Hedelin B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I: Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. (1 uppl.) (s. 237-260) Lund: Studentlitteratur.

*Hokanson, J., Anderson, R., Hennrikus, D., Lando, H., & Kendall, D. (2006). Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educator*, 32(4), 562-570.

Holm Ivarsson, B. (2007) Motiverande samtal, MI. I Fossum, B. (red.). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (1. uppl.) (s. 199-230) Lund: Studentlitteratur.

Holm Ivarsson B. (2009). *MI- motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Gothia förlag AB 2009.

International Council of Nurses Svensk sjuksköterskeförening (2002). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

*Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 1141-47.

*Koelewijn-van Loon, M., T, van Steenkiste, B., Ronda, G., Winkens, B., Severens, J., & ... Grol, R. (2009). Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 181(12), E267-74.

*Lightfoot, M. Rotherham-Borus, M. J. Comulada, W. S. Reddy, V. S. Duan, N. (2010). Efficacy of Brief Interventions in Clinical Care Settings for Persons Living With HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 53 (3), 348-356

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (3., rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur

*Monti, P., Barnett, N., Colby, S., Gwaltney, C., Spirito, A., Rohsenow, D., & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*, 102(8), 1234-1243.

*Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., & ... Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug & Alcohol Dependence*, 107(1), 23-30.

Orem, D. Nursing concepts of practice. 4 uppl. St. Louis: Mosby –Year Book; 1991.

Ortiz L. (2009). *När förändring är svårt : att hantera motstånd med motiverande samtal / Liria Ortiz*. – Stockholm :Natur och kultur.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (2., [utök. och uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

*Pfister-Minogue, K., & Salveson, C. (2010). Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. *Public Health Nursing*, 27(6), 544-551.

Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good. A revolutionary sixstage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Quill; 2002.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. I: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. Health behavior and health education. Theory, research and practice. 3. uppl. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. ss. 99-120.

Regeringskansliet (2011) *Regeringskansliet, pressmeddelande 13 januari 2011*, Socialdepartementet . Hämtad 12 februari, 2011 från <http://www.regeringen.se/sb/d/14020/a/158747>)

*Rocha-Goldberg, M., Corsino, L., Batch, B., Voils, C., Thorpe, C., Bosworth, H., & Svetkey, L. (2010). Hypertension Improvement Project (HIP) Latino: results of a pilot study of lifestyle intervention for lowering blood pressure in Latino adults. *Ethnicity & Health*, 15(3), 269-282.

*Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 55(513): 305–312.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård: ett uttryck för omsorg*. (2., omarb. uppl.) Stockholm: Liber.

SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 10 februari, 2011 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

*Shinitzky, H., & Kub, J. (2001). The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing*, 18(3), 178-185.

*Sims, J., Smith, F., Duffy, A., & Hilton, S. (1999). The vagaries of self-reports of physical activity: a problem revisited and addressed in a study of exercise promotion in the over 65s in general practice. *Fam Pract*. 16(2): 152–157.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 26 februari, 2011 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2009) *Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009*. Hämtad 10 februari, 2011 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Socialstyrelsen (2010 a) *Socialstyrelsen Nationella Riktlinjer*. Hämtad 10 februari, 2011 från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

Socialstyrelsen (2010b) *Bakgrund till varför nationella riktlinjer tas fram*. Hämtad 2011-02-13 Från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1015/Documents/metodbilaga.pdf>

Spencer L, Admans TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise. A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice* 2006;7:428-43.

Svenska Akademien – SAOL på nätet (2007). Hämtad 2 februari, 2011 från http://www.svenskaakademien.se/web/SAOL_pa_natet.aspx

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2008. Hämtad 5 februari, 2011 från <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening, (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm. Hämtad 10 februari, 2011 från http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf

Wester-Wedman A. *Den svårfångande motionären. En studie avseende etablerandet av regelbundna motionsvanor*. Diss. Umeå: Umeå universitet; 1988.

Wester A. *Den svårfångade motionären*. I: Kindeberg T, Svederberg E, Svensson L, red. *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur; 2001. ss 185-206.

Wester A., Wahlgren L. & Wedman. I: *Att bli fysiskt aktiv. I: FYSS - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (2010)*, sid. 64-78. Hämtad 2 februari, 2011 från http://www.svenskidrottsmedicin.se/fyss/pdf/4_Att_bli_fysiskt.pdf. Sidan uppdaterad 11 nov 2010.

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Wilhelmsen, L., Svärdsudd, K., Eriksson, H., Rosengren, A., Hansson, P.-O., Welin, C., Odén, A. & Welin, L. (2010). *Factors associated with reaching 90 years of age: a study of men born in 1913 in Gothenburg, Sweden* Epub.

World Health Organization (2011) *WHO Definition of Health (1948)*. Hämtad 10 februari, 2011 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization (2010). Hämtad 15 februari, 2011, från *World Health Organization statistic 2010*, http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf

BILAGA 1: Artikelsammanställning

FÖRFATTARE	TIDSKRIFT/ÅR	TITEL	SYFTE	METOD/URVAL	ANTAL REF.
Beckham, N	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners/2007	Motivational interviewing with hazardous drinkers.	Syftet med studien var att granska effektiviteten av MI i primärvård i låginkomstområden. Deltagarna är invånare med riskfylld alkoholkonsumtion.	Randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna delades in i 2 grupper: interventionsgrupp med MI och kontrollgrupp utan. Mätmetod: Blodprovstagning beträffande leverfunktionen (GGT) och frågeformulär om alkoholvanor både innan och 6 veckor efter interventionen. Riskpatienter i landsbygdsområde identifierades via screeningsinstrumentet, AUDIT. Deltagarna i interventionsgruppen (n=13) hade ett MI-samtal med en sjuksköterska, kontrollgruppen (n=12) fick inga samtal	29
Befort, C., Nollen, N., Ellerbeck, E., Sullivan, D., Thomas, J., & Ahluwali, J.	Journal of Behavioral Medicine/2008	Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial	Studien undersöker om huruvida om följsamheten ökade med hjälp av tillägget av MI till ett kulturinriktat viktminskningsprogram för Afroamerikanska kvinnor.	Kvantitativ studie. 44 studiedeltagare som genomgick ett beteendemässigt viktminskningsprogram under 16 veckors tid. 21 deltagare ingick i interventionsgruppen med MI information som gavs vid fyra tillfällen medan övriga 23 deltagare i kontrollgruppen erhöll standard hälsorådgivning.	55
Brodie DA och Inoue A	Journal of Advanced Nursing /2005	Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure	Studien jämförde 2 olika program att öka den fysiska aktiviteten på under 5 månaders period. Ett traditionellt övningsprogram och ett program grundat på MI.	En randomiserad och kvantitativ studie. 60 patienter med kronisk hjärtsvikt ingick i studien. Deltagarna var över 65 år. Bortfallet var 32 personer. Mätmetoden var egenrapportering av fysisk aktivitet och 6-minuters gångtest vid start och efter 5 månader. Äldre patienter med sviktande hjärtverksamhet (n=60) indelade i 3 grupper. Första gruppen ingick i ett standardprogram med strukturerad träning, andra gruppen fick ett antal motiverande samtal i och den	42

				tredje fick både ingå i standardprogrammet och motiverande samtal. Sjuksköterskan genomförde i genomsnitt 8 MI-samtal per patient i hemmiljö.	
Erol, S., & Erdogan, S	Patient Education & Counseling/2008	Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the Transtheoretical Model-based study	Att utvärdera resultaten av motiverande samtal (MI) interventioner för att hjälpa ungdomar sluta röka med hjälp av tre konstruktioner av TTM.	Kvantitativ studie. 275 deltagare ingick i studien varav 60 st. ingick i interventionsgruppen med MI. Olika frågeformulär och skalor användes och en 3 månaders samt en 6 månaders uppföljning genomfördes.	30
Hokanson, J., Anderson, R., Hennrikus, D., Lando, H., & Kendall, D.	Diabetes Educator/2006	Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco	Att utvärdera effekten av motiverande samtal, under diabetes egenvård utbildning, i tobaksavvänjningssyfte.	Kvantitativ studie. En randomiserad kontrollerad studie där 114 diabetespatienter rekryterades. 57 av studiedeltagarna ingick i interventionsgruppen med MI medan resterande 57 deltagare ingick i gruppen med standardbehandling.	19
Jansink, R., Braspennin g, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R.	BMC Family Practice/2010	Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.	Syftet med studien var att undersöka vilka hinder som sjuksköterskor mötte i motiverande samtal med patienter med typ 2 diabetes. Därefter var avsikten att utveckla och tillämpa en strategi för att förbättra livsstilsförändringar.	Tolv diabetespatienter deltog i en kvalitativ semi-strukturerad intervjustudie. Denna studie leddes av sjuksköterskor som i motiverande samtal med patienterna diskuterade specifika hinder vid rådgivning om kost, fysisk aktivitet och rökavvänjning. Alla intervjuer spelades in och transkriberades.	32
Koelewijn loon M, Weijden T, Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens J. Wensing M, Elwyn	Canadian Medical Association/2009	Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial	Syftet med studien var att undersöka effekten av sjuksköterskeledda motiverande samtal på kardiovaskulära patienters livsstilsförändringar.	Totalt deltog 24 kliniker i studien med 615 patienter med hjärt- och kärlsjukdomar. 13 kliniker ingick i interventionsgrupper och fick motiverande samtal avseende livsstilsförändringar för att reducera riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar medan 11 kliniker ingick kontrollgruppen	44

G, Grol R.				som enbart fick kort information om riskerna. Patienterna som ingick i studien fick ett frågeformulär före interventionen. Året därpå fick patienterna fylla ett hemskickat uppföljnings- frågeformulär.	
Lightfoot, M., Rotherham-Borus, M. J., Comulada, W. S., Reddy, V S., Duan, N	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes/ 2010	Efficacy of Brief Interventions in Clinical Care Settings for Persons Living With HIV	Att patienter med HIV ska få ökad motivation för att agera enligt sina värderingar beträffande att utöva säkrare sex.	En kvasi-experimentell, kvantitativ studie omfattande 566 deltagare från sex medicinkliniker. Tre gruppindelningar gjordes; grupp ett genomgick ett dator-medierat MI-program, grupp två fick ett personligt MI-samtal, grupp tre utgjordes av en kontrollgrupp. Deltagarna var HIV-positiva patienter vilka brukade besöka respektive medicinklinik för rutinundersökningar.	60
Monti, P., Barnett, N., Colby, S., Gwaltney, C., Spirito, A., Rohsenow, D., och Woolard, R.	Addiction/ 2007	Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking.	Studiens syfte var att fastställa effekten av korta motiverande samtal som intervention jämfört med enbart feedback när de applicerades på en akutmottagning för att minska alkoholkonsumtionen bland ungdomar.	En kvantitativ studie. Deltagarna delades i 2 grupper. Första gruppen fick en session med motiverande samtal som inkluderade personlig feedback. Den andra gruppen fick enbart personlig feedback. Alla deltagare fick ytterligare telefonkontakt 1 månad och 3 månader efter studiens baseline. 198 unga (18-24 år gamla) som kom till akuten och som antingen var alkoholpåverkade eller visade tecken på alkoholproblem. Deltagarna var slumpmässigt valda och delades i 2 grupper.	36
Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., & ... Leake, B.	Drug & Alcohol Dependence/ 2010	Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use	Att utvärdera effekten av sjuksköterskeledda (HHP) ”hepatithälsofrämjande program” jämfört med motiverande samtal (MI), avseende minskning av alkoholbruk.	Kvantitativ studie. En randomiserad kontrollerad studie. 256 deltagare fördelades i tre grupper. 87 st. med HHP-behandling, 79 st. i MI-intervention i gruppmöten och 90 st. i MI-intervention enskilda sessioner med sjuksköterska.	47

Pfister-Minogue, K., & Salveson, C	Public Health Nursing/2010	Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling	Att utvärdera effektiviteten, genomförbarheten och nyttan av beteendeförändring-rådgivning (BCC) för sjuksköterskor. Upplevelsen, med BCC genomförd av MI, från sjuksköterskorna var av intresse.	Kvalitativ studie med kvantitativa inslag. Tolv sjuksköterskor deltog i studie, där en 1- dags utbildningsseminarium med (BCC) gjordes. Intervjuer och 2 telefonsamtal genomfördes inom 8 veckors uppföljning.	25
Rocha-Goldberg, M., Corsino, L., Batch, B., Voils, C., Thorpe, C., Bosworth, H., & Svetkey, L.	Ethnicity & Health/2010	Hypertension Improvement Project (HIP) Latino: results of a pilot study of lifestyle intervention for lowering blood pressure in Latino adults.	Att undersöka möjligheterna att med en kulturanpassad intervention för beteendeförändring påverka hälsobeteendet beträffande hypertoni, hos vuxen befolkning med spanskt/latinamerikanskt ursprung	Kvantitativ pilotstudie med kvalitativa inslag, genomförd på en kommunal vårdcentral och i samarbete med en latinamerikansk förening. Latinamerikansk/ spansk befolkning med hypertoni. Initialt 64 deltagare, fullständigt deltagande 17. Deltagarna träffades 1g/vecka i 6 veckor, 1-2 tim/ gång. MI-samtal parallellt med undervisning och praktik beträffande hälsa och livsstil. Fysisk aktivitet i grupp. Kulturell anpassning av aktiviteter/ gruppdiskussioner, information m.m.	40
Shinitzky, H., & Kub, J.	Public Health Nursing/2001	The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health	Att integrera teori och praktik genom att beskriva principerna för motiverande samtal som kan användas i motiverande beteendeförändringar på personers hälsa.	Kvalitativ studie. Insamlad data från tidigare forskning som genomarbetats, där teori och praktik integreras.	29
Sims, J., Smith, F., Duffy, A., Hilton, S.	Family Practice/1999	The vagaries of self-reports of physical activity: a problem revisited and addressed in a study of exercise promotion in the over 65s in general practice.	Att undersöka om sjuksköterskor med hjälp av MI-metoden kunde uppmuntra äldre patienter att öka sin fysiska aktivitet	13 deltagare rekryterades slumpvis under två månader vid en läkarpraktik i en förort och delades slumpvis mellan interventions- och kontrollgrupp. De var alla över 65 år och bedömda att utan risk för hjärt-kärlproblem kunna delta i studien. Deltagarna i behandlingsgruppen fick inledningsvis ett MI-samtal där	53

				<p>en individuell plan för fysisk aktivitet utformades, varvid målet var att stimulera till 30 minuters måttlig aktivitet 5 dagar i veckan. Träningen utfördes därefter hembaserat och självständigt under 8 veckor med två uppföljande, stödjande telefonkontakter, 2 och 6 veckor efter start. Hälsa och välbefinnande mättes vid baseline och vid interventionens slut. Fysisk aktivitet redovisades skriftligt genom träningsdagbok, kombinerat med hjärtfrekvensmätningar utförda av deltagarna med hjälp av bärbar apparatur. Kontrollgruppen fick traditionell rådgivning och tips om lämplig fysisk aktivitet.</p>	
--	--	--	--	--	--