

Motivera till förändring av levnadsvanor

-en utmaning för sjuksköterskan

FÖRFATTARE: Josefina Arvidsson
Caroline Olsson

PROGRAM/KURS: Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng
Omvårdnad – Eget arbete
HT 2006

OMFATTNING: 10 poäng

HANDLEDARE: Ingegerd Ericsson Svanberg

EXAMINATOR: Åsa Axelsson

Titel (svensk): Motivera till förändring av levnadsvanor– en utmaning för sjuksköterskan

Titel (engelsk): Motivating Change in Habits of Living – a challenge in nursing

Arbetets art: Eget arbete, fördjupningsnivå I

Program/kurs/kurskod/ Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/

kursbeteckning: Omvårdnad - Eget arbete/VOM200/SPN6

Arbetets omfattning: 10 poäng

Sidantal: 17

Författare: Josefina Arvidsson & Caroline Olsson

Handledare: Ingegerd Ericsson Svanberg

Examinator: Åsa Axelsson

Sammanfattning

Då sjukdomar relaterade till levnadsvanor utgör en växande del av vårdbehovet blir sjukvårdens uppgift i större omfattning att motivera patienter till förändring av levnadsvanor. En del av sjuksköterskans ansvarsområde är att främja hälsa och förebygga ohälsa, varför han/hon måste ha kunskap om hur patienters levnadsvanor skall hanteras, dels genom hur dessa kan medvetandegöras och dels hur han/hon kan motivera patienten till förändring av en levnadsvana. Syftet med denna uppsats var att beskriva sjuksköterskans funktion i arbetet med att motivera patienter på sjukhus till att förändra levnadsvanor samt hinder i detta arbete. Uppsatsen är en litteraturstudie och baseras på artiklar som sökts fram i CINAHL och genom manuell sökning. Artiklarna analyserades med hjälp av begreppen i det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet i Orem's omvårdnadsteori; skapa utvecklande miljö, vägleda, stödja och undervisa. I analysen av artiklarna har även hinder för det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet tagits fram. Resultatet i sin tur kopplades till Transtheoretical model of change. I resultatet framkom att sjuksköterskan i sitt motiverande arbete skulle utgå från patientens erfarenheter, kunskaper, attityder och känslor. Sjuksköterskan skapade en utvecklande miljö genom att samtalen präglades av öppenhet och att sjuksköterskan tillsammans med patienten kartlade vad i omgivningen som påverkade levnadsvanan. Vägledde gjorde sjuksköterskan genom reflektivt lyssnande där patienten fick väga för- och nackdelar med sin levnadsvana mot varandra. Genom att sjuksköterskan tillsammans med patienten satte mål och utvärderade dessa, samt genom att strategier utarbetades för hur patienten skulle lyckas med förändringen, stödde sjuksköterskan patienten. Undervisningen i förändringsarbete gick ut på att ge patienten rätt kunskap vid rätt tillfälle, detta innefattade både praktiskt och teoretisk kunskap. Hinder för sjuksköterskans motiverande arbete var rädsla för att bli för närgående och personlig samt att det var ett tidskrävande arbete i en tidspressad miljö. Slutsatsen blev att sjuksköterskor behöver mer kunskap och tid för att arbetet med att motivera patienter till förändring av levnadsvanor ska vara mer framgångsrikt.

Sökord: levnadsvana, motivation, förändring, omvårdnad och sjuksköterska

Förord

*”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 han gör,
men först och främst förstå det han förstår.
Om jag inte kan det,
så hjälper det inte att jag kan och vet mera.*

*Vill jag ändå visa hur mycket jag kan,
så beror det på att jag är fåfång och högmodig och
egentligen vill bli beundrad av den andre i stället för
att hjälpa honom.
All hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den
jag vill hjälpa
och därmed 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.”*

Kirkegaard

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Levnadsvanor	1
Sjuksköterskans roll.....	2
Motivation och motivationsteorier	2
Transtheoretical Model of Change	2
Omvårdnadsteori	3
Syfte	4
Metod	4
Resultat	5
Resultatet kopplat till Transtheoretical model of change	5
Skapa utvecklande miljö	6
Vägleda	7
Stödja	8
Undervisa	9
Hinder i sjuksköterskans motiverande arbete	10
Diskussion	10
Metoddiskussion.....	10
Resultatdiskussion.....	11
Referenslista	15

Bilagor

Bilaga 1 – Artikelsammanställning

Inledning

Levnadsvanor är vanor som påverkar vår hälsa, dess konsekvenser utgör en växande del av vårdbehovet. Sjuksköterskan har i sin profession som uppgift att främja hälsa och förebygga ohälsa. När han/hon möter patienten på sjukhus finns en legitim anledning att diskutera patientens levnadsvanor. Därför är det viktigt för oss att fördjupa oss i sjuksköterskans möjlighet att motivera till förändring av levnadsvanor, något som vi anser att vi inte fått tillräcklig kunskap om i utbildningen.

Arbetet med att förändra en människas levnadsvanor har traditionellt grundat sig på att ge information till patienter i tron att endast detta är tillräckligt. Direkta uppmaningar till förändring av levnadsvanor har inte visat sig vara effektiva. Dessa sätt att bemöta levnadsvanor utgår från att sjuksköterskan har kunskap om vad som är bäst för patienten. Enligt Rankin et al (1) har dock forskning visat att kunskap om levnadsvanor och risker med dessa inte är tillräckligt för att en förändring av en levnadsvana skall komma till stånd. Sjuksköterskan skall ha ett patientcentrerat förhållningssätt i arbetet med att förändra levnadsvanor där målet är att patienten skall fundera och förstå sin situation och sina levnadsvanor. På detta sätt respekteras och uppmuntras patientens egen förmåga till förändring (1).

Bakgrund

Levnadsvanor

Levnadsvanor som kost-, motion-, alkohol- och tobaksvanor har stor betydelse för hälsa och ohälsa (2). Förändringar i kostvanor och fysisk aktivitet, beroende på industrialisering, urbanisering, ekonomisk utveckling och tillgänglighet på mat har lett till att den största delen (46 %) av världens hälsoproblem kan relateras till levnadsvanor (3). Livsvillkor som kön, ålder och utbildningsnivå påverkar även de levnadsvanor. I Sverige har levnadsvanor som påverkar hälsan utvecklats både positivt och negativt de senaste 20 åren. Andelen rökare har minskat och även om fler motionerar regelbundet, minskar vardagsmotionen och antalet överviktiga och feta ökar (2). Under 1990-talet har även alkoholkonsumtionen ökat (4). I preventivt arbete är det viktigt att skilja på fakta på samhällsnivå och individnivå, vilket innebär att förändringar av levnadsvanor i stort minskar risken för sjukdom, men att detta inte är en sanning på individnivå (5).

Socialstyrelsen (6) har på förekommen anledning fått i uppdrag av Sveriges regering att granska det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården. Enligt detta uppdrag vill regeringen att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet skall utgöra en självklar del i hela hälso- och sjukvården genom att utnyttja dess kunskaper, auktoritet och den stora genomströmningen av människor. I socialstyrelsens granskning (6) har det framkommit att det förebyggande arbetet i större utsträckning än tidigare skall förenas med det vårdande och behandlande. Hälsoutvecklingen är beroende av att det finns utarbetade rutiner/metoder för att möta levnadsvanor och att dessa metoder utvecklas. Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive sjuksköterskeutbildningen, behöver innehålla mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder. Det finns enligt socialstyrelsen vetenskapliga

metoder som skulle kunna användas i större utsträckning. Socialstyrelsen har även kommit fram till att en nyckel till bättre folkhälsa är mer samarbete mellan hälso- och sjukvården och kommuner. Behovet av att följa upp och göra jämförelser av hälsoinsatsers kvalitet och effektivitet har även identifierats, socialstyrelsen har därför börjat utarbeta mätinstrument för att underlätta detta arbete (6). Vårdens samlade kunskap innefattar sjukdom, dess orsaker och behandling samt ska utgå ifrån patientens enskilda erfarenheter och levnadsvanor. Detta gör vården till en unik plats för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Det är i det enskilda, vardagliga och mötet med patienten som sjuksköterskan har tillfälle till den mest effektiva förebyggande insatsen, förutsatt att kommunikationen fungerar (7).

Sjuksköterskans roll

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (8) innefattar att främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta innebär att kunna identifiera hälsorisker och motivera till förändring av levnadsvanor. Sjuksköterskan skall också ha förmågan att stödja patientens egenvårdsresurser.

Uppsatsen har ett sjuksköterskeperspektiv och utgår därför från sjuksköterskans värdegrund. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska skall sjuksköterskan ha en humanistisk människosyn med ett helhetsperspektiv på patienten. Detta innebär att respektera patientens integritet och självständighet samt värna om patientens kunskaper, värderingar och erfarenheter (8). Detta perspektiv stämmer väl överens med ett patientcentrerat förhållningssätt (5).

Motivation och motivationsteorier

I National Encyklopedin (9) beskrivs motivation som ett inre behov som ligger bakom visst (potentiellt) beteende: "patienten har ingen motivation att bli frisk" Motivera i sin tur betyder att utgöra motiv el skäl för. "Ge någon motiv eller intresse för något (10). Motivation definieras som en strävan hos människan att leva ett så meningsfullt liv som möjligt (11).

Transtheoretical Model of Change

Transtheoretical Model of Change av Prochaska (12) är som namnet antyder en summering av andra teorier vad gäller förändring till "Förändringsprocessen" och "Förändringens olika stadier". Förändringsprocessen är uppdelad i nio delar. Den första delen är att medvetandegörande det omedvetna. Genom att upplysa en person angående hans/hennes beteende ökar sannolikheten att han/hon skall ta genomtänkta beslut. Nästa del handlar om hur miljöfaktorer inverkar på förändringsbenägenheten. Till exempel påverkar en stark opinion för eller emot ett visst beteende hur en person väljer att förhålla sig till sitt beteende. Känslomässiga faktorer är den tredje delen i förändringsprocessen och kan verka för att antingen cementera beteendet eller att förändra det. Den fjärde delen i processen är att rationellt och känslomässigt komma fram till vad en förändring skulle betyda för individen själv, genom att se till fördelar och nackdelar som finns med en beteendeförändring. När individen valt att förändras, den femte delen, har han/hon ett ansvar för detta. Detta innebär att det bara är individen själv som kan vidmakthålla det nya beteendet. Att hitta substitut till det gamla beteendet, till exempel att köpa en favoritfrukt istället för

att ge efter för godissuget, är nästa del i förändringsprocessen. En annan del i förändringsprocessen är att anpassa omgivningen så att risken att falla tillbaka i ett gammalt beteende minskar. Ytterligare en del är att använda belöningar för att uppmuntra det nya beteendet genom att unna sig något. Den sista delen är att individen skall engagera anhöriga och andra människor i sin omgivning som stödjer förändringen, genom acceptering, lyssnande och förståelse.

Enligt Prochaska (12) genomgår människan olika stadier i förändringen av ett beteende. Dessa liknas vid en spiral, där individen kan gå i båda riktningar, att gå vidare till ett nästa steg betyder inte att individen för alltid har passerat det föregående. Förändringens olika stadier är före begründande, begründande, förberedelse, handling, vidmakthållande och ständaktighet. Före begründande är när ett beteende inte upplevs som ett problem av individen, men människor i dess omgivning gör det. Han/hon har därför ingen intention att ändra sitt beteende. I det begründande stadiet har individen kommit till insikt om att det finns ett problem och börjat fundera på att förändra det, utan att en förändring behöver vara nära förestående. Individen är medveten om riskerna med beteendet men nöjd med fördelarna som det ger. Förberedelse är när individen bestämt sig för förändring och börjat förbereda sig, men fortfarande är ambivalent. När individen kommit till handling börjar anpassningen av beteende och omgivning. Vidmakthållande av det nya beteendet, innebär att individen har hållit fast vid sitt nya beteende i flera månader. Detta görs genom att ha redskap att hantera situationer där risk finns för att falla tillbaka i ett gammalt beteende. Ständaktighet är målet med förändring, det nya beteendet är befäst och individen riskerar inte att falla tillbaka.

Omvårdnadsteori

I uppsatsen används Orems omvårdnadsteori (13) som utgångspunkt, eftersom det motiverande arbetet skall vara patientcentrerat. Orems omvårdnadsteori, Self-care deficit theory of Nursing, har tre delar; egenvård, brist på egenvård och omvårdnadssystem. Grundantagandet i teorin är att människan har förmågan och motivation att tillfredsställa sina egna behov, egenvårdskapacitet. Denna varierar med kunskap och med faktorer i miljön. I de fall egenvårdskraven överstiger individens förmåga att utföra handlingar som upprätthåller/främjar liv, hälsa, och välbefinnande, behöver han/hon professionell hjälp. Omvårdnaden blir ett sätt att kompensera människans brist till egenvård och en hjälp till självständighet. Det finns tre olika omvårdnadssystem, fullständigt kompenserande, delvis kompenserande och stödjande/undervisande system. Omvårdnadskapacitet innebär enligt Orem sjuksköterskans förmåga att bedöma, planera och utföra handlingar som ger resultat utifrån patientens egenvårdskapacitet.

Då uppsatsen handlar om sjuksköterskans motiverande arbete, är det stödjande/undervisande systemet som fördjupas. Sjuksköterskans uppgift är här inte att göra saker för patienten utan att istället stödja till beslut, tillhandahålla information och stödja en förändring av ett beteende. Patienten behöver detta stöd för att åstadkomma den förändring han/hon har förmåga till. Sjuksköterskan kan använda fyra metoder i detta arbete, var för sig eller i kombination; skapa en utvecklande miljö, vägleda, stödja och undervisa en annan person. Att skapa en utvecklande miljö är tillhandahålla psykosociala eller fysiska förutsättningar i miljön. Detta kan innebära att forma eller ändra

värderingar och synsätt eller anpassa den fysiska miljön, efter patientens hälsotillstånd och levnadssätt. Sjuksköterskan vägleder till exempel genom att hjälpa patienten att se för och nackdelar med olika handlingsalternativ. Enligt Orem stödjer sjuksköterskan patienten när han/hon uppmuntrar och hjälper patienten att sätta igång och fullfölja det han/hon föresatt sig, samt att följa upp hur patienten upplever konsekvenserna av detta. Detta kan göras genom i förväg kartlägga vilka situationer patienten kan undvika för att underlätta för sig själv, samt arbeta fram strategier för hur uppkomna situationer kan hanteras. Undervisning kan göras när patienten vill lära sig och alltså är mottaglig för information. För att sjuksköterskan skall vara framgångsrik i sin undervisning måste han/hon ta reda på en del om patientens erfarenheter, levnadsvanor, attityder och egenvårdsbehov. Undervisningens syfte är att utveckla patientens förmågor och kunskaper i relation till sin egenvård (13).

Syfte

Syftet med denna uppsats var att beskriva sjuksköterskans funktion i arbetet med att motivera patienter på sjukhus till att förändra levnadsvanor samt hinder i detta arbete.

Metod

Uppsatsen är en litteraturstudie och grundar sig på publicerade vetenskapliga artiklar. Sökningen gjordes i CINAHL och i PubMed med samma sökordskombinationer. Artiklar som hittats i CINAHL har ignorerats i PubMed. I PubMed har fyra artiklar lästs, granskats och exkluderats. I CINAHL har sökningen gjorts med begränsningarna: Peer Reviewed, Research, Published after 2000. Endast artiklar på engelska och svenska har lästs och granskats. Vid manuell sökning av artiklar genom att leta i referenslistor, har fyra artiklar granskats, tre har använts (18, 19, 25).

I artikelsökningen har olika sökordskombinationer prövats. Sökord som använts utan att ge relevanta artiklar utifrån syftet är: lifestyle, patient education, nurse, nurse role och Habomodellen. Vissa av artiklarna i tabell 1 har förekommit med andra sökordskombinationer. De sökord som gett flest adekvata träffar har använts; health behavior change, nursing, health education, counseling och motivational interviewing, se tabell 1.

Samtliga träffar har granskats. Artiklar har uteslutits initialt då de ej funnits i fulltext eller då de handlat om högspecialiserad vård. Sammanfattningen av artiklar med relevant titel för uppsatsen har lästs. Utifrån detta har artiklar valts för vidare granskning (14). Vid första granskningen motsvarade tio artiklar syftet, tre föll bort. Femton artiklar var tveksamt om de helt motsvarade syftet. Efter en andra genomgång av artiklarna motsvarade 13 syftet, 11 gjorde det inte och fem var fortfarande tveksamt om de motsvarade syftet. Vid tredje genomgången av artiklarna valdes samtliga fem tveksamma artiklar bort på grund av bristande betydelse för syftet. Fjorton litteraturstudier valdes bort och den litteraturstudie (21) som var mest vetenskaplig, och som svarade bäst på syftet inkluderades i uppsatsen. Av de 13 artiklar som analyserades inkluderades 12 artiklar (tabell 1) i uppsatsen, eftersom en artikel i analysen inte svarade mot syftet. Av de 12 inkluderade artiklarna är sju kvalitativa, tre kvantitativa, en är både kvalitativ och kvantitativ och en litteraturstudie, se bilaga 1.

Artiklarna har analyserats deduktivt och utifrån följande begrepp i Orems omvårdnadsteori (13) stödjande/undervisande omvårdnadssystem; skapa en utvecklande miljö, vägleda, stödja och undervisa. Syftet med arbetet var även att se vilka hinder som finns för sjuksköterskan i det motiverande arbetet, dessa har analyserats induktivt. I analysen har det som tolkats in under respektive begrepp antecknats och utifrån detta har slutsatser dragits om hur sjuksköterskan skall bedriva det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet. De hinder för sjuksköterskans motiverande arbete som identifierats i analysen har också antecknats. Båda medförfattarna har tillsammans systematiskt gått igenom, läst, granskat, analyserat och diskuterat fram en helhet ur de artiklar som ingår.

Tabell 1: Artikelsökning

datum	databas	sökord	antal träffar	använt/läst	Artikel
061122	CINAHL	Health behavior change, nursing	166	4/14	15, 16, 20, 21
061122	CINAHL	Health education, nursing, health behavior change	141	2/3	22, 26
061124	CINAHL	Counseling, nursing, Motivational Interviewing	36	3/5	17, 23, 24
061124	manuellt			3/6	18, 19, 25

Resultat

Resultatet är presenterat utifrån Orems omvårdnadsteori stödjande/undervisande omvårdnadssystem; *skapa en utvecklande miljö, vägleda, stödja* och *undervisa*. Ett av syftena med uppsatsen var att finna hinder för sjuksköterskan i arbetet med att motivera patienter till förändring av levnadsvanor, vilka presenteras under en egen rubrik. Begreppen kopplas i resultatet även till förändringens olika stadier i Transtheoretical model of change, då ett samband mellan förändringens olika stadier och de begrepp som används i Orems omvårdnadsteori finns.

Resultatet kopplat till Transtheoretical model of change

Enligt Enriquez et al (15) och Botorff et al (16) var patientens egen motivation avgörande för hur patienten skulle lyckas i sitt förändringsarbete och detta var även en förutsättning för det stödjande/undervisande systemet som inte var möjligt förrän patienten var redo. Om patienten inte sammankopplat sin levnadsvana med risk för ohälsa var det svårt för honom/henne att se fördelarna med att förändra en levnadsvana, nackdelarna övervägde således och patienten var i stadiet före begrundande (16). Förnekelse, ilska och nedstämdhet kunde uppkomma när en patient fått en diagnos som var en följd av dennes levnadsvana och patienten kunde av den anledningen vara oförmögen till förändring (15).

För att omvårdnadssystemet med att skapa utvecklande miljö, vägleda, stödja och undervisa skulle bli effektiv var det en förutsättning att sjuksköterskan tog reda på i vilket förändringsstadium i Transtheoretical model of change patienten befann sig. Beroende på vilket stadium patienten befann sig i kunde, enligt Kasila et al (17), sjuksköterskan lägga vikt på olika delar av omvårdnadssystemet i motivationsarbetet. Oberoende på var patienten befann sig var skapandet av den utvecklande miljön ett arbete som gick parallellt med de andra delarna i omvårdnadssystemet. Om patienten var i stadiet före begründande skulle vikt läggas på vägledning och undervisning. Fortsatt vägledning och undervisning var det som arbetet skulle fokusera på i stadiet begründande, när patienten övervägde förändring kunde det förberedande arbete mot förändring börja. I förberedelsen till förändring, hade sjuksköterskan som främsta uppgift att stödja patienten och när patienten var i handlingsstadiet var det fortsatt stöd och undervisning som var aktuellt. Sjuksköterskan skulle fortsätta stödja i den vidmakthållande fasen. Kunskap om i vilket stadium av förändring patienten befann sig i och därmed vilken del av omvårdnadssystemet som skulle betonas var en förutsättning för sjuksköterskans arbete i att motivera till förändring.

Skapa utvecklande miljö

I en studie (16) framkom att den fysiska miljö som sjuksköterskan valde att föra ett samtal om patientens levnadsvanor i gav olika förutsättningar för samtalet. Det motiverande arbetet var, enligt Lock et al (18), en del av sjuksköterskans arbete och på sjukhus fanns en legitim anledning att diskutera levnadsvanor, därmed fanns ett forum för att identifiera riskbeteenden. Det var av stor betydelse hur sjuksköterskan inledde ett samtal eftersom detta utgjorde grunden för resten av samtalet. I den inledande delen av ett samtal kunde det finnas tillfälle att göra en sammanfattning av patientens förutsättningar för att få en bild av hur han/hon förhöll sig till sin situation, samt identifiera vilken levnadsvana patienten ville förändra (19, 20, 21, 22). Bottorff et al (16) och Poskiparta et al (19) poängterade att sjuksköterskan skulle vara tydlig med intentionen för samtalet och att de deltagande i samtalet hade olika roller i arbetet med förändring av en levnadsvana, i form av delaktighet och ansvar.

Flera studier (15-19, 23, 24) beskrev att atmosfären i det motiverande samtalet skulle utgå från ett patientcentrerat holistiskt perspektiv, med ögonkontakt och där sjuksköterskan och patienten satt bredvid varandra. Detta lyssnande kroppsspråk uppmuntrade patienten och gav honom/henne tid till att tänka och reflektera över sina svar (19). I sitt samtal med patienten skulle sjuksköterskan ha en positiv och öppen attityd och försöka bygga upp en personlig relation med patienten (16, 17, 23). En inbjudande konversation med öppna frågor möjliggjorde att arbeta utifrån patienten, hans/hennes känslor samt respektera dennes kunskap och livssituation. I motivationsarbete skulle sjuksköterskan utgå från patientens egna åsikter och förslag och utifrån detta ställa frågor och ge råd och inte från vad han/hon i förväg tänkt sig (17, 19, 24). Det var också viktigt att sjuksköterskan var medveten om sina egna attityder gentemot olika levnadsvanor så att detta inte påverkade arbetet (18). Bottorff et al (16) och Karhila et al (24) fann att patientens benägenhet till förändring påverkades av sjuksköterskans engagemang och prioriteringar, det vill säga att sjuksköterskan fokuserade på patienten och att samtalet präglades av ömsesidighet. Sjuksköterskan skulle inte vara auktoritär då motivationen inte gynnades när

sjuksköterskan tog på sig rollen som expert. Han/hon skulle istället stötta patientens självständighet och därmed hjälpa till att öka patientens självförtroende (16, 24). En viktig faktor med tanke på relationen och ömsesidighetens betydelse var kontinuitet, samma sjuksköterska, i arbetet med att hjälpa patienten att förändra en levnadsvana. Kontinuiteten kunde dock behöva brytas om relationen låst sig och arbetet helt avstannat (16). En stor del i arbetet med att skapa en utvecklande miljö, syftade alltså till att få patienten att känna sig trygg (15).

Enligt Ruderfelt et al (21) och Doran et al (22) skulle sjuksköterskan vara medveten om vad i miljön som kunde påverka patientens motivation till förändring; tid, stress, inflytande från familjemedlemmar, ekonomiska resurser och kultur. Hur miljön runt patienten såg ut kunde ha betydelse för tilliten till den egna förmågan, något som i sin tur var en viktig komponent i motivationen till förändring. Sjuksköterskan skulle hjälpa patienten att se vilka hinder som låg i vägen för förändring, och hjälpa till att arbeta bort dessa hinder i patientens väg (23). Detta gjorde han/hon genom att tillsammans med patienten kartlägga vilka situationer och platser som kunde göra förändringen av levnadsvanan svår och vad som utgjorde risk för patienten att falla tillbaka i det gamla beteendet när han/hon väl kommit till förändring (21). Två studier (16, 21) fann att det var mödosamt att vidmakthålla ett nytt beteende vid stress, därför var det bra att få patienten att fundera över stresskällor för att vara förberedd och kunna kontrollera sin omgivning och därmed vara fokuserad på förändringen av sin levnadsvana.

Genom att bjuda in anhöriga till samtal kunde sjuksköterskan skapa en utvecklande miljö då de anhöriga fick ta del av vad patienten ville åstadkomma och varför samt vad som gjorde det komplicerat och vad som underlättade för honom/henne att uppnå sitt mål (21, 24). Sjuksköterskan kunde även uppmuntra patienten till att själv engagera anhöriga och människor i sin omgivning för att få utökat stöd (23). Studien som Burke et al (25) gjorde var på par. Där framkom att stöd från sin partner i form av förstärkning av positivt beteende och tvärtom var främjande för förändring av levnadsvanor.

Vägleda

I det vägledande arbetet var det en förutsättning att vara lyhörd för patientens individuella behov, egenskaper, kunskap, attityder och känslor (19, 21, 22). Flera studier (18, 21, 24 -26) menade att sjuksköterskan skulle kartlägga orsaken till levnadsvanan och ta reda på vad patienten trodde att förändringen skulle komma att innebära samt hur en eventuell följsjukdom påverkades av levnadsvanan. Han/hon skulle även undersöka vad patienten hade för inneboende hinder till förändring och hur dessa uppfattades, samt vilka uppoffringar patienten var villig att göra. Patienter som fick vägledning om vilka hinder till förändring som kunde föreligga upplevde att det var lättare att bemästra dem (25). Genom att få patienten att reflektera över sin situation hjälpte sjuksköterskan patienten att ta ett första steg mot förändring (19).

Att vägleda patienten handlade, enligt flera studier (20, 21, 23, 25, 26) om att patienten skulle få upp ögonen för sina levnadsvanor, sluta undvika svåra ämnen och inse sitt eget ansvar för förändringen samt uppmuntra försök till förändring. Genom att aktivt lyssna och genom att ställa öppna frågor hjälpte sjuksköterskan patienten att se för och nackdelar med en levnadsvana som

utgjorde en hälsorisk, för att utröna dennes ambivalens och därmed komma till insikt om att en förändring behövdes (20, 21, 23, 25, 26). Sjuksköterskan och patienten kunde jämföra ändamålet med förändringen av levnadsvanan med hur levnadsvanan hade sett ut, för att se att dessa inte var överrensstämmande och på detta sätt gjordes det lättare att se vad som kunde behöva ändras (23). En förutsättning för att en förändring kom till stånd var att patienten upplevde att fördelarna var större än nackdelarna (25).

Gemensamt för ett antal studier (19-21, 24) var att de menade att patienter som inte upplevde eller inte medgav att deras levnadsvana var ett hälsoproblem, och trodde sig ha kunskap härom var svåra att vägleda, här kunde sjuksköterskan ge information om hur levnadsvanan var kopplad till patientens totala hälsostatus. Målet med detta var att försöka få patienten medveten om vad levnadsvanan hade för effekt på hälsan. Ett annat sätt att få patienten medveten kunde göras indirekt genom att få ett medgivande från patienten om att beteendet låg på gränsen mellan normalt och onormalt i förhållande till rekommenderade riktlinjer angående levnadsvanan. Sjuksköterskan kunde även ge ledtrådar om eller uttrycka vari han/hon tyckte problemet låg och söka patientens åsikt om detta, varje antydning hos patienten om att ett problem förelåg var tvunget att bekräftas (19, 24). En anledning till att motivationen att förändra en levnadsvana ökade kunde, enligt Enriquez et al (15), vara att patienten drabbades av ett allvarligt symptom på en sjukdom, som var sammankopplad med en levnadsvana, eller att livssituationen ändrades. Sjuksköterskan kunde hjälpa patienten att identifiera sådana anledningar.

Enligt Poskiparta et al (19) och Karhila et al (24) byggde vägledningen på att förhandla fram något som båda parter kunde enas om, detta skedde genom ömsesidig kommunikation där sjuksköterskan och patienten delgav varandra sina perspektiv. Sjuksköterskan var även tvungen att acceptera att beslutet om förändring låg hos patienten. Om sjuksköterskan betonade vikten av förändring för mycket ökade den skuldkänsla som patienten redan hade och fick därmed motsatt effekt. När patienten till fullo hade kommit till insikt om att han/hon ville förändra en levnadsvana kunde sjuksköterskan övergå till stödjande arbete. Om förslag till förändring hade uppkommit utan att patienten själv kommit till denna insikt kunde han/hon ha nytta av detta i ett senare skede.

Stödja

Sjuksköterskans stödjande arbete skulle vara individualiserat och baserat på patientens, kunskaper, erfarenheter, färdigheter och värderingar (16, 23). En ömsesidig kommunikation engagerade patienten mer och uppmuntrade till att formulera behov och förväntningar samt stärkte patientens motivation till förändring (16, 17). Sjuksköterskan stödde patienten snarare genom att reflektivt lyssna än att ge råd (19). Interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten gjorde det lättare för patienten att sätta egna mål och komma till insikt om vad som behövde förändras i levnadsvanan. Att patienten själv hade varit med i utformningen av sitt förändringsarbete ökade hans/hennes kontroll och därmed följsamheten och möjligheten att lyckas (15, 26). Två studier (16, 24) menade att utifrån patientens uppfattning av behovet av förändring kunde sjuksköterskan bistå med att formulera förslag på handlingsalternativ som han/hon sedan ville få bekräftade av patienten. Sjuksköterskan kunde också fråga om patienten hade något förslag till hur förändring skulle åstadkommas.

En överenskommelse om handlingsplan var tvunget att nås mellan sjuksköterskan och patienten (16, 24). I Riegels et al (23), Karhilas et al (24) och Burkes et al (25) studier framkom, att det var viktigt att sjuksköterskan erbjöd förslag i proportion till levnadsvanans komplexitet och att förändringen var realistisk i förhållande till livssituation, patienten skulle inte behöva anpassa hela sitt liv efter förändringen, förändringen skulle upplevas vara inom räckhåll.

Gemensamt för flera studier (15, 16, 21, 23) var att det var viktigt att sätta mål och delmål tillsammans med patienten för att förändra en levnadsvana och för att vidmakthålla förändringen. Att uppnå delmål var i sig stödande då detta uppmuntrade till fortsatt förändring. Det var viktigt för sjuksköterskan att vara framtidsorienterad för att hålla fokus på målet för det motiverande arbetet (17, 24). Sjuksköterskan och patienten var ändå tvungna att vara beredda på bakslag, som en naturlig del i förändringen och att detta var en erfarenhet som kunde vara till hjälp i vidmakthållandet av det nya beteendet. Samtidigt som sjuksköterskan skulle uppmuntra framsteg och ge respons på hur patienten hanterade förändringen, då det förstärkte det nya beteendet, var han/hon tvungen att vara lyhörd för nytillkomna betänkligheter hos patienten för att försäkra sig om det aktuella förhållandet till förändring (15, 16, 17, 19, 26). Mål var bra för utvärdering och uppföljning då det underlättade att fortsätta sträva framåt trots bakslag och det blev enklare att vidmakthålla det nya beteendet (15, 21).

En annan del i det stödande arbetet var, menar Ruderfelt et al (21), att sjuksköterskan var tvungen att se till att patienten hade en bra problemlösningsförmåga, det var betydelsefullt både för att förändra sin levnadsvana och för att hålla fast vid den. Sjuksköterskan skulle tillsammans med patienten kartlägga svårigheter med förändringen, så att han/hon visste att patienten tog dessa på allvar. Om sjuksköterskan tillsammans med patienten i förväg hade arbetat fram strategier för att hantera situationer där risk för bakslag fanns samt strategier för hur tid och stress kunde hanteras, underlättade detta för patienten (21, 25). Patienter skulle ha system för kontroll av beteendet, belöning för vidmakthållande av beteendet och kunde uppmuntras att använda sig av tillgängliga hjälpmedel/substitut (16, 25). Denna egenvårdskapacitet och tillit till den egna förmågan var betydelsefull i förhållande till om patienten skulle kunna ta ansvar för sig själv och vidmakthålla det nya beteendet samt införliva det i sitt naturliga handlingsmönster (17, 21, 25).

Undervisa

Sieck et al (20) menade att undervisningen skulle vara individbaserad och relevant till patientens egenvårdskapacitet och/eller den identifierade levnadsvanan som han/hon ville förändra. Sjuksköterskan skulle anpassa undervisning efter patientens tidigare kunskap, erfarenheter, behov och ta hänsyn till patients bakgrund, genom detta hänsynstagande gjordes patienten mer delaktig eftersom patienten inte enbart hade rollen som lyssnare (17, 19, 21). Karhila et al (24) ansåg att för att identifiera kunskapsbehovet kunde direkta frågor om patientens bakgrund klargöra för sjuksköterskan vilken utgångspunkt han/hon skulle ha i sin undervisning. Patienter kunde uppmuntras till att själv söka kunskap och fundera över valmöjligheter och strategier utifrån deras egen livssituation för att sedan återföra det till

sjuksköterskan för feedback (15, 16). Detta gav också en möjlighet att ge rätt information, vid rätt tillfälle samt att korrigera missuppfattningar (23). Sjuksköterskan skulle, utan att använda hot, ge undervisning om de levnadsvanor som var aktuella för patientens hälsa eller ohälsa genom att den fokuserar på levnadsvanornas effekt på kroppen, på kort och lång sikt (20, 24). Det kunde vara en fördel om anhöriga bjudits in till undervisningstillfället då patienten hade någon att samtala och diskutera med efter undervisningstillfället (21).

Sjuksköterskan kunde ge praktisk undervisning genom att tillhandahålla kunskap om situationer som kunde innebära en risk för bakslag och ge förslag på strategier för att vidmakthålla en förändrad levnadsvana. En annan form av praktisk undervisning var när sjuksköterskan visade hur någon form av egenvård gick till, till exempel en gymnastikövning (21, 25).

Bristande kunskap var en vanlig orsak till bristande egenvård. Patienter som redan trodde sig veta hade inte intresse av mer kunskap och var mindre förändringsbenägna (21). I Riegels et al (23) och Burkes et al (25) studier framkom att sjuksköterskan då kunde ge allmän information om fördelar med att förändra en levnadsvana. Även om kunskap inte var avgörande för en beteendeförändring kunde kunskap påverka beteendet genom att information hade tillhandahållits. Något som även hjälpte till för att åstadkomma en långsiktig förändring. Undervisning hade effekt på resultatet då utvecklingen av färdigheter var en förutsättning för förändring.

Hinder i sjuksköterskans motiverande arbete

Flera studier (16, 18, 20, 26) visade på att sjuksköterskans egna attityder och känslor angående en levnadsvana kunna vara ett hinder i det motiverande arbetet. Om levnadsvanan hade ett stigma kunde det kännas obehagligt och olustigt för sjuksköterskan att ta upp ämnet då det upplevdes alltför närgånget och personligt. Sjuksköterskan kunde också vara rädd att provocera och eller konfrontera patienten och därmed riskera att förstöra relationen dem emellan. Han/hon kunde därför undvika att engagera sig, och istället enbart ta upp fysiologiska orsaker till rekommenderade levnadsvanor. Eftersom det motiverande arbetet utgick från patienten kunde ett annat hinder vara att sjuksköterskan måste kunna lita på patientens uppgifter om sin levnadsvana. Saarmann et al (26) pekade på att då det motiverande arbetet var tidskrävande kunde tidsbrist vara en orsak till att sjuksköterskan inte engagerade sig. Att frigöra tid för motiverande arbete var delvis en organisationsfråga. Ett annat hinder för sjuksköterskans engagemang kunde vara brist i kunskap och erfarenhet eller att de praktiska metoder som fanns för beteendeförändring kunde vara omständliga och inte anpassade till omvårdnadsarbetet (18, 26). Ytterligare ett möjligt hinder, menar Lock et al (18), kunde vara svårigheten för sjuksköterskan att se en levnadsvana som en hälsorisk om han/hon hade liknande levnadsvana.

Diskussion

Metoddiskussion

Artikelsökningen har gjorts i CINAHL och PubMed, där de flesta publicerade vetenskapliga artiklarna inom omvårdnad finns tillgängliga. Med hjälp av olika

sökordskombinationer har vi försökt täcka in vad som finns inom forskningsområdet i förhållande till syftet. Då artiklar hittades med hjälp av flera olika kombinationer av sökord, drogs slutsatsen att forskningsområdet var inramat. Det fanns gott om artiklar och även tillgängligheten var god.

I CINAHL har sökningen begränsats till artiklar som var publicerade efter år 2000. Detta har gjorts för att få fram det senaste inom forskningsområdet, artiklar publicerade tidigare med relevans för syftet har på detta sätt inte beaktats. Artiklar som inkluderats i uppsatsen är publicerade mellan år 2001 och 2006. Granskningen har tillsammans med begränsningar i sökningen garanterat kvaliteten i valda artiklar. En av de inkluderade artiklarna (20) har endast 11 referenser, men har inkluderats då den haft betydelse för resultatet vad gäller hinder för sjuksköterskans motiverande arbete. Artiklar har bara inkluderats om de funnits i fulltext, något som har begränsat urvalet. Genom att söka på en specifik metod för motiverande arbete, Motivational Interviewing, som vi redan innan kände till kan detta ha påverkat resultatet. Endast artiklar på svenska och engelska har lästs och granskats. Vissa artiklar i uppsatsen utgår från motivation i förhållande till en specifik levnadsvana eller utifrån specifik sjukdom. Genom att använda Orems begrepp ur det stödjande/undervisande systemet (13) i analysen har innehållet i artiklarna kunnat generaliseras till dess användbarhet för förändringsarbete av levnadsvanor i stort. Dessutom har dessa begrepp kopplats till Transtheoretical model of change (12). På detta sätt har syftet besvarats och samtidigt förankrats i omvårdnadsteori och i en motivationsteori. Resultaten i artiklarna är samstämmiga, de poängterar liknande egenskaper hos sjuksköterskan som är viktiga i det motiverande arbetet och artiklarnas resultat motsäger inte varandra. Artiklarnas resultat går isär främst i hänseende av att de har olika utgångspunkter i form av att de fokuserar på olika delar och redskap i motivationsarbetet (15-20, 22-26). Trots de olika utgångspunkterna har vi med hjälp av begreppen ur Orems omvårdnadsteori (13) fått ett samstämmigt resultat, något som stödjer trovärdigheten i resultatet.

Vi har i arbetet med uppsatsen läst, granskat, analyserat, diskuterat och formulerat oss tillsammans. Fördelarna med detta är att arbetet blir enhetligt och väl genomarbetat. Nackdelarna med detta är att det är tidskrävande och att risk finns för att vi blivit mer enkelspåriga än om vi jobbat var för sig.

Resultatdiskussion

Syftet med denna uppsats var att beskriva sjuksköterskans funktion i arbetet med att motivera patienter på sjukhus till att förändra levnadsvanor samt hinder i detta arbete. Det som framkommit i analysen av artiklarna var vilken funktion sjuksköterskan hade och det motiverande arbetets komponenter samt vilka hinder som fanns för det motiverande arbetet. I analysen har även framkommit vad som krävs av sjuksköterskan i form av förhållningssätt, kunskaper, färdigheter och tid. Hur sjuksköterskan kan använda sig av resultatet i sitt arbete på sjukhus diskuteras nedan.

För samtliga begrepp ur Orems omvårdnadsteori (13) som resultatet är presenterat utifrån var, enligt flera studier (16, 17, 19-23), patientens erfarenheter, kunskaper, attityder och känslor en utgångspunkt vilket kan anses vara samma som för allt omvårdnadsarbete. Ett patientcentrerat förhållningssätt är en förutsättning för förändringsarbete och dessutom grunden för

sjuksköterskans förhållningssätt enligt kompetensbeskrivningen (8). Sjuksköterskan är därför lämplig att bedriva förändringsarbete. Ett sätt att bedriva patientcentrerat förändringsarbete är att använda Transtheoretical model of change (12) och utgå ifrån i vilket förändringsstadium patienten befinner sig. Etiska problem kan förväntas undvikas eftersom hela det motiverande arbetet skall utgå ifrån patienten. Ett etiskt problem skulle för sjuksköterskan kunna vara att förlika sig med att vissa patienter förnekar att deras levnadsvana utgör en hälsorisk och att respektera patientens beslut.

De olika delarna i Orems omvårdnadssystem (13) skulle kunna kopplas till och förklaras med hjälp av förändringsprocessens olika delar i Transtheoretical model of change (12). Skapa utvecklande miljö är att anpassa omgivningen och att vara medveten om vilka miljöfaktorer som påverkar samt att tillvarata det stöd som finns i omgivningen. Vägledning handlade om att medvetandegöra patienten och få honom/henne att inse sitt ansvar för sin hälsa. Det innebär också att klargöra fördelar och nackdelar som patienten ser med levnadsvanan samt utröna vilken känslomässig koppling patienten har till levnadsvanan. Stöd i sin tur kan förklaras utifrån belöningar, stöd, substitut och anpassa omgivningen i Prochaskas teori (12, 13). Resultatet skulle kunna ha varit detsamma om artiklarna (15-26) hade analyserats med hjälp av begreppen i Prochaskas förändringsprocess (12).

Eftersom artiklarna analyserats utifrån Orems omvårdnadsteoretiska (13) begrepp i det stödande/undervisande systemet har deras likheter snarare än skillnader beaktats i resultatet. Delar av resultatet (15-25), som analyserats fram med hjälp av Orems omvårdnadssystem var allmängiltiga för omvårdnadsarbete. När sjuksköterskan skapade en utvecklande miljö (15-25) främjades inte bara arbetet med att motivera till förändring utan också omvårdnadsarbetet i stort. Det som kopplades till undervisning (15-17, 19-21, 23-25) var även det kunskap som kunde användas bredare än i förändringsarbete. Vägledning var mer specifikt för förändringsarbete samtidigt som vissa delar (19, 21-22) skulle kunna användas i annat omvårdnadsarbete, främst när patienten gjordes delaktig genom att han/hon utvärderade sin livssituation. Det som i resultatet har knutits till att stödja (15-17, 19, 21, 23-26) var mest specifikt för det motiverande arbetet.

Det som är specifikt för sjukhusvård är korta vårdtider och att fokus ligger på de symtom/sjukdom som patienten får vård för, vilket kan medföra svårigheter att implementera alla delar av resultatet i förändringsarbete i sjukhusmiljö. De delar av resultatet som var mest lämpade på sjukhus var vägledning (15, 18-26) och undervisning (15-17, 19-21, 23-25). Vägledning dels för att patienten var i en situation som kanske gjorde att han/hon omvärderade sitt liv (15) och dels för att det sjuksköterskan gjorde i vägledning (15, 18-26) kunde utföras på sjukhus. Det sjuksköterskan gjorde för att vägleda (15, 18-26) behövde inte vara tidskrävande, då det syftade till att så ett frö till förändring av en levnadsvana. På sjukhus är undervisning en självklar del av sjuksköterskans arbete. Undervisning i den form som resultatet förespråkade (15-17, 19-21, 23-25) var visserligen mer tidskrävande än patientundervisning i traditionell mening, men var mer effektiv och tjänade mer sitt syfte (19, 26). Skapa en utvecklande miljö (15-19, 23, 24) kunde användas på sjukhus till vissa delar. Var sjuksköterskan valde att föra ett samtal och hur atmosfären i samtalet var, var enkla sätt att påverka miljön. På sjukhus, ofta med korta vårdtider och många olika

sjuksköterskor, kunde det vara svårt att få kontinuitet och bygga en relation (16, 17, 23). Att sätta mål för förändring (15, 16, 21, 23) och att utforma strategier för att uppnå dessa (21, 25) var de delar av att stödja som främst kunde användas på sjukhus.

Ett hinder för det motiverande arbetet menade Saarmann et al (26) var tidsbrist. Resultatet visade att det motiverande arbetet var omfattande och tidskrävande med krav på kontinuitet och personlig relation (16, 17, 23) Tid är något som är en bristvara på sjukhus. Då motivationsarbete bara är en del av sjuksköterskans ansvarsområden, är det inte svårt att förstå att en tidskrävande uppgift som denna ofta blir bortprioriterad. Hinder skulle delvis kunna byggas bort genom att se över organisation och arbetsfördelning. Ytterligare hinder, enligt flera studier (16, 18, 20, 26), var att sjuksköterskan kände ett motstånd till att närma sig levnadsvanor av rädsla för att provocera patienten genom att ämnet var alltför närgånget och personligt och på samma gång riskera relationen. De flesta hinder för sjuksköterskans motiverande arbete som framkommit i artiklarna var mer av känslomässig karaktär än organisatorisk. Med tanke på sjuksköterskans ansvar, enligt kompetensbeskrivningen (8), vad gäller att främja hälsa och förebygga ohälsa är det förvånande att detta var ett hinder som betonades mer än tidsbrist. Kanske beror detta på att det motiverande arbetet kräver mycket känslomässigt engagemang vilket gör att det upplevs som ett större hinder än tidsbristen. Kunskap och ökad medvetenhet om det motiverande arbetets betydelse är ett sätt som kan minska inflytande av ovannämnda känslor.

Det traditionella sättet att få patienter att ändra levnadsvana har varit att bedriva undervisning som varit mer av en envägskommunikation, där sjuksköterskan vet vad som är bäst för patienten (1). Resultatet i uppsatsen visade att detta sätt att bedriva förändringsarbete inte var effektivt (19, 26). Om sjuksköterskan radade upp nackdelar med levnadsvanan, menade Bottorff et al (16) och Karhila et al (24), att det fanns risk för att patienten intog försvarsställning och levnadsvanan kunde då istället cementeras. Mer kunskap om motivationsarbete behövs för bland annat sjuksköterskor då det förebyggande arbetet måste bli en del av hela vårdkedjan på grund av att konsekvenser av levnadsvanor utgör en växande del av vårdbehovet och ett större ansvar läggs på sjukhusen (6). Arbetet med att motivera till förändring av levnadsvanor behöver därför lyftas upp.

Ett sätt att betona det motiverande arbetet mer skulle kunna vara krav på bättre dokumentation. Till exempel kunde ett ankomstsamtal kompletteras med en uppföljning av levnadsvanor som utgör risk för ohälsa. Formulär med frågor om olika levnadsvanor skulle kunna vara ett hjälpmedel för sjuksköterskan, ett sätt att kartlägga vilken levnadsvana hos patienten som skulle kunna påverka patientens hälsa negativt.

Även om vi inte tycker att sjuksköterskeutbildningen gett oss tillräcklig kunskap i att motivera patienter till förändring av levnadsvanor, så har mycket av det som framkommit i resultatet kunnat härledas till innehållet i utbildningen, om än inte i direkt anknytning till att motivera till förändring av levnadsvanor. Vi upplever att uppsatsarbetet inte gett oss mycket mer kunskap, men däremot en fördjupad förståelse för hur kunskap från utbildningen skulle kunna användas i det motiverande arbetet. En annan lärdom av uppsatsen är vikten av att

förändringsarbetet anpassas efter vilket stadium av förändring patienten befinner sig i (12).

Motivationsarbete har sin grund i psykologi mer än i omvårdnad. Utarbetade metoder är inte anpassade till omvårdnad och inte heller omvårdnadsorienterade, detta kan vara en anledning till att studierna där sjuksköterskor skall applicera dessa metoder inte ger tydliga resultat. Dessa metoder behöver inte underkännas av denna anledning, men konstateras kan att forskning på metoder som har sin utgångspunkt mer i omvårdnad behövs. Om sjuksköterskan fick bättre utbildning och redskap samt om sjukhusets organisation prioriterade förändringsarbete av levnadsvanor skulle det motiverande arbetet kunna bedrivas mer framgångsrikt.

Referenslista

1. Rankin S H, Stallings Duffy K, London F. Patient Education in Health and Illness. 5e upplagan, Lippincott Williams & Wilkins: London; 2005.
2. Statistiska centralbyrån. Bruk och missbruk, vanor och ovanor - Hälsorelaterade levnadsvanor 1980–2002. Statistiska centralbyrån; 2004. Tillgänglig från: www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_1980I05_BR_LE1135A0601.pdf (cited 061107).
3. World Health Organisation. Global strategy: Overall goal and guiding principles. World Health Organisation; 2004. Tillgänglig från: www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/print.htm (cited 061108).
4. Folkhälsoinstitutet. Hälsorelaterade levnadsvanor -Vad vi vet och vad vi behöver veta. Folkhälsoinstitutet; 2003. Tillgänglig från: www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/levnad.pdf (cited 061108).
5. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Teori- praktik om att påverka människors levnadsvanor. Upjohn: Partille; 1993.
6. Socialstyrelsen. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Socialstyrelsen; 2005. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/92C2CE95-6381-4C6A-BC64-0CE4ABA2D54F/4287/200513135.pdf> (cited 061115).
7. Folkhälsoinstitutet. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård. Folkhälsoinstitutet; 2004. Tillgänglig från: www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200433halsöframjandehalsösjukvard.pdf (cited 061108).
8. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> (cited 061107).
9. National Encyklopedin ordbok, andra bandet HÅ-REKO. Bra böcker: Höganäs; 1996.
10. Svenska Akademien. Svenska Akademiens Ordlista över svenska språket.
11. Granbom A-K Att motivera till hälsa. En teoretisk och praktisk framställning om motivationens roll för förändring. Studentlitteratur: Lund; 1998.
12. Prochaska J O, Norcross JC, Diclemente C C. Changing for Good, Avon books: New York; 1995.

13. Orem D E. Nursing concepts of practice, 6e upplagan, Mosby Year Book, St Louis, 2001.
14. Sahlgrenska Akademien i Göteborg. Checklista artiklar, tillhandahållen av institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin i Göteborg; 2005.
15. Enriquez M, Lackey N R, O'Connor M C, McKinsey D S. Successful adherence after multiple HIV treatment failures. *J Adv Nurs* 2004; 45 (4): 438-446.
16. Bottorff J L, Johnson J L, Moffat B, Fofonoff D, Budz B, Groening M. Synchronizing Clinician Engagement and Client Motivation in Telephone Counseling. *Qual Health Res* 2004; 14 (4): 462-477.
17. Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Diet* 2003; 16: 159-166.
18. Lock C A, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39 (4): 333-342.
19. Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Educ and Couns* 2001; 45: 69-79.
20. Sieck C J, Heirich M, Major C. Alcohol Counseling as Part of General Wellness Counseling. *Public Health Nurs* 2004; 21 (2): 137-143.
21. Ruderfelt D, Axelsson L. Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vard Nord Utveckl Forsk* 2004; 24 (4): 9-14.
22. Doran D, Harrison M B, Laschinger H, Hirdes J, Rukholm E, Sidani S, McGillis Hall L, Tourangeau A E, Cranley L. Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Res Nurs Health* 2006; 29: 61-70.
23. Riegel B, Dickson V V, Hoke L, McMahon J P, Reis B F, Sayers S. A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care, Mechanisms of Effectiveness. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21 (3): 232-241.
24. Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Negotiation in Typ 2 Diabetes Counseling: From Problem Recognition to Mutual Acceptance During Lifestyle Counseling. *Qual Health Res* 2003; 13 (9): 1205-1224.
25. Burke V, Mori T A, Giangiulio N, Gillam H F, Beilin L J, Houghton S, Cutt H E, Mansour J, Wilson A. An innovative program for changing health behaviours. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002; 11: 586-597.

26. Saarmann L, Daugherty J, Riegel B. Teaching Staff a Brief Cognitive-Behavioral Intervention. *Nursing* 2002; 11 (3): 144-152

Bilaga 1 - Artikelsammanställning

Referensnummer: 15

Titel: Successful adherence after multiple HIV treatment failures

Författare: Enriquez M, Lackey N R, O'Connor M C, McKinsey D S

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2004; 45 (4): 438-446

Antal referenser: 41

Syfte: Att beskriva och förstå erfarenheten och beslutsprocessen hos patienter med HIV som efter att inte ha följt sin föreskrivna behandling, väljer att sedan göra det.

Metod: En kvalitativ fenomenologisk studie där djupintervjuer gjordes med 13 HIV positiva män och kvinnor av en sjuksköterska. I analysen identifierades teman och dessa sammanfogades till en övergripande beskrivning av fenomenet.

Land: USA

Referensnummer: 16

Titel: Synchronizing Clinician Engagement and Client Motivation in Telephone Counseling

Författare: Bottorff J L, Johnson J L, Moffat B, Fofonoff D, Budz B, Groening M

Tidskrift: Qualitative health research 2004; 14 (4): 462-477

Antal referenser: 20

Syfte: Att identifiera det utmärkande i interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter i telefonrådgivning som syftar till rökstopp, och att förstå processen i denna interaktion.

Metod: En kvalitativ interventionsstudie med 246 rökare, slumpmässigt uttagna till antingen intervention eller kontrollgrupp, telefonsamtal spelades in, transkriberades för att sedan analyseras med hjälp av komparativ metod ur Grounded Theory.

Land: Canada

Referensnummer: 17

Titel: Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment

Författare: Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T

Tidskrift: Journal of human nutrition and dietetics 2003; 16: 159-166

Antal referenser: 28

Syfte: Att undersöka patienters beredskap för förändring av kost med hjälp av Transtheoretical model of change.

Metod: Kvalitativ studie med ljudinspelningar från 32 diabetesrådgivningstillfällen, med 16 patienter, gjordes av två sjuksköterskor. Dessa ljudinspelningar transkriberades och analyserades med hjälp av en deduktiv innehållsanalys.

Land: Finland

Referensnummer: 18

Titel: A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care

Författare: Lock C A, Kaner E, Lamont S, Bond S

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2002; 39 (4): 333-342

Antal referenser: 42

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors attityder och metoder i primärvården för att se varför kortfattad intervention (Brief Intervention) angående alkoholvanor underutnyttjas.

Metod: Kvalitativ metod där halvstrukturerade djupintervjuer med 24 sjuksköterskor spelats in, transkriberats och analyserats med hjälp av Grounded Theory.

Land: Storbritannien

Referensnummer: 19

Titel: From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling

Författare: Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P

Tidskrift: Patient Education and Counseling 2001; 45: 69-79

Antal referenser: 58

Syfte: Att undersöka aspekterna på hur råd och frågor gavs och mottogs i interaktion mellan sjuksköterskor och patienter samt vilka kännetecken i språket som finns i ett hälsosamtal som är sjuksköterskecentrerat respektive ett som är patientcentrerat.

Metod: Kvalitativ metod med 38 videoinspelade hälsosamtal, som transkriberats. Även ickeverbal kommunikation har tagits hänsyn till. Detta har sedan analyserats med hjälp av en konversationsanalys (conversational analysis) som syftar till att avslöja metoder som människor använder i det dagliga livet för att klara av det de gör.

Land: Finland

Referensnummer: 20

Titel: Alcohol Counseling as Part of General Wellness Counseling

Författare: Sieck C J, Heirich M, Major C

Tidskrift: Public Health Nursing 2004; 21 (2): 137-143

Antal referenser: 11

Syfte: Att undersöka betydelsen av att inkludera alkoholrådgivning i vanligt hälsofrämjande arbete och på vilket sätt detta kan göras.

Metod: Artikeln består av två kvantitativa studier. Den första är en interventionsstudie, med kurser i hälsorisker med relevans för respektive person. De 2400 anställda på en fabrik som var lämpliga att delta randomiserades till kontroll- eller interventionsgrupp. Kontrollgruppen var tidvis inbjuden till hälsoundervisning med fokus på alkohol, det var upp till deltagarna att delta. Interventionsgruppen fick aktiv personlig rådgivning angående hälsa som komplement till kurserna. Den andra studien är också en interventionsstudie. Slumpmässigt urval av universitetsanställda som var villiga att delta i studien. Dessa 1314 personer randomiserades till kontroll- eller interventionsgrupp. Kontrollgruppen fick en hälsoundersökning och kort hälsorådgivning i form av generella rekommendationer om alkoholvanor. Interventionsgruppen fick samma hälsoundersökning, men dessa kontaktades

för uppföljande hälsorådgivning. I slutet av studierna gjordes en jämförelse mellan interventions- och kontrollgrupp med avseende på alkoholvanor.

Land: USA

Referensnummer: 21

Titel: Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor

Författare: Ruderfelt D, Axelsson L

Tidskrift: Vård i Norden 2004; 24 (4): 9-14

Antal referenser: 50

Syfte: Att kartlägga hur sjuksköterskan via patientundervisning kan hjälpa patienter med diabetes att förbättra sina kostvanor.

Metod: Litteraturstudie, analys av 20 artiklar, där resultatet i varje artikel sammanfattades och sedan sorterades i tre kategorier utifrån studiens frågeställningar.

Land: Sverige

Referensnummer: 22

Titel: Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings

Författare: Doran D, Harrison M B, Laschinger H, Hirdes J, Rukholm E, Sidani S, McGillis Hall L, Tourangeau A E, Cranley L

Tidskrift: Research in Nursing & Health 2006; 29: 61-70

Antal referenser: 30

Syfte: Att undersöka i vilken utsträckning specifika sjuksköterskeinterventioner under sjukhusvistelse associeras med patienters terapeutiska egenvård och hur det påverkar förmågan till ADL, utifrån Nurse Role Effectiveness Model

Metod: Kvantitativ studie som med hjälp av olika mätinstrument mätte ADL vid inskrivning och utskrivning från sjukhus. Den terapeutiska egenvårdsförmågan och sjuksköterskans intervention bedömdes vid utskrivning. 574 personer ingick i studien. Beskrivande statistik där interkorrelation mellan variabler användes för att se samband mellan sjuksköterskans intervention och ADL samt den terapeutiska egenvårdsförmågan.

Land: Canada

Referensnummer: 23

Titel: A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care, Mechanisms of Effectiveness. Journal of Cardiovascular Nursing

Författare: Riegel B, Dickson V V, Hoke L, McMahon J P, Reis B F, Sayers S

Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing 2006; 21 (3): 232-241

Antal referenser: 42

Syfte: Att beskriva en intervention som gick ut på att förbättra egenvården hos patienter med hjärtsvikt och vilka mekanismer som påverkade egenvården.

Metod: Både kvalitativ och kvantitativ. Deltagande i studien var 15 patienter som blev inkluderade i studien då de vårdades för hjärtsvikt på sjukhus. Interventionstillfällena spelades in, transkriberades och analyserades sedan kvalitativt för att identifiera teman och mönster, detta användes för att få en uppfattning om hur interventionen påverkade egenvården. Den kvantitativa delen av studien använde ett index (Self-Care of Heart Failure) som speglar olika komponenter i egenvård.

Land: USA

Referensnummer: 24

Titel: Negotiation in Typ 2 Diabetes Counseling: From Problem Recognition to Mutual Acceptance During Lifestyle Counseling.

Författare: Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L

Tidskrift: Qualitative Health Research 2003; 13 (9): 1205-1224

Antal referenser: 52

Syfte: Att beskriva hur förhandling som fokuserar på förändring av levnadsvanor växte fram i interaktionen mellan sjuksköterska och patient.

Metod: Kvalitativ studie med 73 videoinspelningar av diabetesrådgivningstillfällen, transkriberades och lästes flera gånger. Icke verbal kommunikation noterades även. Detta gjordes för att få en bild av dessa rådgivningstillfällen. Genom djupanalys av rådgivningstillfällen identifierades de olika komponenterna i förhandlingen.

Land: Finland

Referensnummer: 25

Titel: An innovative program for changing health behaviours

Författare: Burke V, Mori T A, Giangliulio N, Gillam H F, Beilin L J, Houghton S, Cutt H E, Mansour J, Wilson A.

Tidskrift: Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 2002; 11: 586-597

Antal referenser: 64

Syfte: Till grund för studien fanns ett hälsofrämjande program, med socialt stöd som nyckelroll, för att uppmuntra goda kostvanor och regelbunden fysisk aktivitet. Syftet med studien var att utvärdera detta program dels på par som precis flyttat ihop samt på överviktiga patienter som behandlades för högt blodtryck.

Metod: Kvantitativa studier. Studie 1: Hundratrettiosju par deltog i interventionsstudien. Tre grupper fick olika grad av intervention. Interventionen bestod av personligt stöd till förändring. Interventionen utvärderades genom att jämföra parametrar efter 16 veckor och ett år med utgångsläget. Studie 2. Efter positivt resultat i studie 1 provades programmet på överviktiga patienter som behandlades för högt blodtryck. Patienterna randomiserades antingen till intervention eller till konventionell vård. Patienter i interventionen fick antingen individuell eller grupprådgivning varannan vecka med skriftligt material. Efter 16 veckor togs bland annat blodtryck och detta jämfördes med utgångsvärdet.

Land: Australien

Referensnummer: 26

Titel: Teaching Staff a Brief Cognitive-Behavioral Intervention

Författare: Saarmann L, Daugherty J, Riegel B

Tidskrift: Nursing 2002; 11 (3): 144-152

Antal referenser: 39

Syfte: Att utveckla en strukturerad kognitiv- och beteendemässig kortfattad intervention (Brief Intervention) och ta reda på om det var möjligt för sjuksköterskor att hjälpa individer att minska risken för sjukdomar.

Metod: En kvalitativ studie där sjuksköterskor utbildades i metoden och interventionen provades på olika patienter. Dessa sjuksköterskor provade därefter metoden på tio patienter där interventionen spelades in på video, transkriberades och kodades med hjälp av innehållsanalys för att identifiera teman.

Land: USA