

Beteckning: _____



Akademien för hälsa och arbetsliv

Att främja livsstilsförändringar hos patienter med
hypertoni genom motiverande samtal- en
litteraturstudie

Fatemeh Zamani Rivash
Mars 2010

Examensarbete, 15 hp, grundnivå
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinator: Maria Engström
Handledare: Maria Randmaa

Sammanfattning

Högt blodtryck, hypertoni, är idag mycket vanligt i Sverige och andra västländer. I Sverige beräknas 1,8 miljoner personer ha hypertoni. Förändringar i livsstil, såsom större intag av frukt och grönsaker, lägre natriumintag, minskad kroppsvikt, minskad alkoholkonsumtion, rökavvänjning och ökad fysisk aktivitet räknas som faktorer som har betydelse för att sänka blodtrycket. Motiverande samtal är en personcentrerad teknik för att utveckla, upprätthålla och stärka den inre motivationen till förändring. Syftet med litteraturstudien var att undersöka om motiverande samtal kan åstadkomma livsstilsförändringar hos personer med hypertoni samt om motiverande samtal kan minska risken för hjärt- kärlsjukdomar som är en vanlig komplikation efter några år med hypertoni. Syftet var också att belysa vilka hinder för livsstilsförändring som kan förekomma. Metoden som användes var en deskriptiv litteraturstudie i vilken 10 artiklar granskades. Resultaten visade att motiverande samtal hade effekt när det gällde förbättring i medicinering, ökad fysisk aktivitet, hälsosam kost och rökavvänjning. Motiverande samtal vid hypertoni hade ingen effekt på kardiovaskulär risk. Vanliga hinder som förekom var: patientens ovilja, otillräckliga kunskap, livsstil samt bristande kommunikation. En slutsats författaren drar är att motiverande samtal har effekt på livsstilsförändringar och det är viktigt att rådgivningen är individanpassad och att patienten inte belastas med hårda krav på livsstilsförändringar.

Nyckelord: Hypertoni, Motiverande samtal, Livsstilsförändring.

Abstract

Hypertension is today very common in Sweden and other western countries. Calculations show, that 1, 8 million Swedes suffer from hypertension. A change in life style can, however lower hypertension. Eating more fruit and vegetables, using less salt, losing weight, drinking less alcohol and more physical exercise have all shown to help in decreasing hypertension.

Motivational interviewing is a technique used in developing, keeping and strengthening the patients' motivation for life style change. The purpose of this study has been to examine the effects of motivational interviewing among patients suffering from hypertension, and if motivational interviewing can reduce the risk of cardiovascular disease is a common complication after a few years with hypertension, and also clarifying what impediments there are for patients when implementing a change in life style. The method used has been a study of ten articles on this subject. The results showed that motivational interviewing has an effect on maintaining medication, increased physical activity, a healthy diet and stopping smoking. However, the study showed, this method had no effect on cardiovascular risk. Common impediments are: patient resistance, insufficient knowledge, life style and lack of communication. Conclusions are that motivational interviewing has an effect in life style change and it is important that counseling is individualized and also not to burden the patient with unrealistic demands when attempting to change their life style.

Key words: Hypertension, Motivational interviewing, Life style change

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
1.1 Inledning	1
1.2 Definition av hypertoni	1
1.3 Definition av motiverande samtal	2
1.4 Förebyggande och behandling	3
1.5 Problemområde	3
1.6 Syfte	4
1.7 Frågeställning	4
2. METOD	4
2.1 Design	4
2.2 Databaser	4
2.3 Sökord	5
2.4 Utfall av sökning	5
2.5 Kriterier för urval	6
2.6 Dataanalys	6
2.7 Forskningsetiska överväganden	7
3. RESULTAT	7
3.1 Effekter av motiverande samtal på livsstilsförändringar vid hypertoni	12
3.2 Effekten av motiverande samtal på hjärt- kärlsjukdomar	14
3.3 Hinder och svårigheter för att åstadkomma livsstilsförändringar	15
4. DISKUSSION	17
4.1 Huvudresultat	17
4.2 Resultatdiskussion	17
4.3 Metoddiskussion	19
4.4 Allmän diskussion	20
5. REFERENSER	22

1. Introduktion

1.1 Inledning

Högt blodtryck, hypertoni, är idag mycket vanligt i Sverige och andra västländer (Almås 2002). Det är beräknat att 1,8 miljoner personer i Sverige har hypertoni. Av dessa får cirka 760 000 farmakologisk behandling för sitt höga blodtryck (Ericson & Ericson 2008).

Hypertoni är en sjukdom som orsakar uppkomst av andra sjukdomar som hjärtsvikt, stroke, njursjukdom och kranskärtsjukdom. Förändringar i livsstil, såsom större intag av frukt och grönsaker, lägre natriumintag, minskad kroppsvikt, minskad alkoholkonsumtion, rökavvänjning och ökad fysisk aktivitet räknas som faktorer som har betydelse för att sänka blodtrycket (Fernandez, Scales, Pineiro, Schoenthaler & Ogedegbe 2008). Effektiv behandling av hypertoni leder till minskad sjuklighet och dödlighet i ovanstående sjukdomsgrupper och innebär därför en stor besparing för samhället (Ericson & Ericson 2008).

1.2 Definition av hypertoni

Hypertoni utgör ett tillstånd då blodtrycket uppmätts till mer än 140/90 mm Hg i liggande eller sittande, efter 5-10 minuters vila, vid minst tre tillfällen under loppet av några veckor eller månader (Ericson & Ericson 2008). Hypertoni kan vara primär, vilket innebär ett högt blodtryck som har uppstått utan känd, påvisbar sjukdom. Hypertoni kan vara sekundär, vilket innebär ett högt blodtryck till följd av andra identifierbara sjukdomar (Almås 2002).

Hypertoni delas in i fyra grupper graderat efter svårighetsgrad: mild hypertoni (grad 1) systoliskt blodtryck 140-159 mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck omkring 90- 99 mm Hg, måttlig hypertoni (grad 2) systoliskt blodtryck 160-179 mm Hg och/ eller diastoliskt blodtryck 100- 109 mm Hg, svår hypertoni (grad 3) systoliskt blodtryck över 180 mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck över 110 mm Hg, isolerad systolisk hypertoni (grad 4) systoliskt blodtryck över 140 mm Hg och med diastoliskt blodtryck lägre än 90 mm Hg (Ericson & Ericson 2008, Almås 2002). Det arteriella blodtrycket bestäms av två faktorer, mängden blod som hjärtat pumpar vid varje slag och det motstånd som blodet möter i de perifera artärerna dvs. arteriolerna (s.k. resistenskärl). Vid hypertoni förekommer ökat perifert motstånd i dessa kärl. Det finns ingen isolerad orsak till hypertoni, utan orsakerna varierar från individ till individ. Vissa individer är exempelvis känsliga för högt saltintag och utvecklar förhöjd blodtryck som följd av detta (Ericson & Ericson 2008). Genetiska orsaker räknas också som en orsak till hypertoni. Detta gäller barn till föräldrar med hypertoni, den gruppen har högre

risk att själva utveckla hypertoni, oavsett förekomst av riskfaktorer. Andra faktorer som kan leda till hypertoni kan vara övervikt, stort alkoholintag, ålder, rökning och brist på motion (Almås 2002).

1.3 Definition av motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en metod som utvecklades på 1980- talet av den amerikanska psykologen och professorn William Miller som på 1970- talet började arbeta med missbruksproblem (Prochaska *m.fl.* 2008). År 1991 publicerades den första boken i motiverande samtal, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour* (Folkhälsoinstitutet 2009). Motiverande samtal är en teknik för att utveckla, upprätthålla och stärka den inre motivationen till förändring. Motiverande samtal är ett samarbete och ett personcentrerat sätt att vägleda patienten och stärka motivationen till ett ändrat beteende (Lussier & Richard 2007). Det är mest på senare tid som motiverande samtal har börjat användas inom omvårdnad vid hypertoni, diabetes och fetma för att förbättra behandlingen inom dessa sjukdomar. En förutsättning för att förändringarna i beteendet ska uppstå är att patienten måste känna att förändringarna kommer att förbättra dennes situation och att patienten kan klara av att göra denna förändring (Gance-Cleveland 2007). I motiverande samtal används fem grundläggande principer för att uppmuntra personer att göra förändringar: rulla med motstånd, visa empati, undvika argumentation, utveckla avvikelser och stödja självförtroende (Villaume, Berger & Barker 2006). Rådgivaren visar tydligt att hon vill och kan förstå klienten. Rådgivaren hjälper klienten att bli medveten om effekten av förändringar och förklarar hur det är och hur det borde vara utifrån klientens mål och värderingar. Rådgivaren reagerar inte med argumentation vid klientens motståndsyttanden. Rådgivaren stödjer självsäkerhet genom att visa sin tilltro till klientens förmåga att klara en förändring (Folkhälsoinstitutet 2009). Motiverande samtal kan sammanfattas i fem faser: 1) en kontakt- och relationsskapande fas för att skapa en psykologisk trygghet som behövs för att klienten ska kunna ta emot den hjälp som erbjuds, 2) en neutralt utforskande fas för att kartlägga ”saken” och skapa en gemensam förståelse för förändring, 3) en perspektivutvidgande fas, begrepp som diskrepas, ambivalens och motstånd är centrala i denna fas, 4) en motivationsbyggande fas, i denna fas fokuserar rådgivaren på klientens förändringsmotivation, 5) en beslut- och förpliktelsefas, för att kartlägga klientens beslut och att stärka beslutet (Barth & Näsholm 2006).

1.4 Förebyggande och behandling vid hypertoni

Förebyggande åtgärder bör riktas mot befolkningen generellt och mot riskgrupper i synnerhet. Det är förebyggande att t.ex. sluta röka, minska alkoholintag, motionera, minska övervikten och börja med kolesterolfattig kost. Målet vid behandling av hypertoni är att i första hand få ned blodtrycket till en acceptabel nivå och i andra hand förebygga komplikationer av ett högt blodtryck (Elmer *m.fl.* 2006). Hypertoni utgör den viktigaste riskfaktorn för utveckling av andra sjukdomar. Därför bör inte vårdpersonal bara identifiera och behandla patienter med hypertoni utan det är också viktigt att vårdpersonalen främjar livsstilsförändringar och veta hur de kan använda förebyggande strategier för att minska riskerna med hypertoni och dess följsjukdomar (Tonstad, Alm & Sandvik 2007). Behandling av hypertoni kan göras både med farmakologiska och icke- farmakologiska åtgärder. Icke- farmakologisk behandling har stor betydelse och räknas som ett viktigt komplement till farmakologisk behandling (Apoteket AB 2005). Livsstilsförändringar bör alltid ingå i behandlingen av hypertoni. Icke- farmakologiska behandling kan minska riskfaktorer som kan orsaka förekomst av hypertoni (Tonstad *m.fl.* 2007).

En annan sak som är viktig vid behandling av hypertoni är patient empowerment, vilket innebär att engagera patienten till att själv hantera sin egen vård. Patienten kan inte tvingas att följa en livsstil som bestäms av andra. Patientens egenmakt och självförvaltning är därför avgörande och att patienten vet att den fortfarande har kontroll över sitt liv (McCarley 2009).

1.5 Problemområde

Hypertoni är en del i det metabola syndromet, ett tillstånd som snabbt ökar i de flesta populationer (Tonstad *m.fl.* 2007). Studier har visat att livsstilsförändringar kan förebygga kroniska sjukdomar som högt blodtryck, men det är svårt att ändra vanor och att behålla dessa förändringar. Det finns många studier som påvisar effekten av motiverande samtal för till exempel viktminskning, ökad fysisk aktivitet och rökstopp, men det finns få studier som visar effekten av motiverande samtal för hur dessa kan hjälpa patienter med hypertoni att utföra livsstilsförändringar. Läkare och sjuksköterskor som utgör ramen för hälso- och sjukvård har inte tid eller saknar i många fall utbildning för att informera patienter om livsstilsförändringar (Moore *m.fl.* 2008). Det är därför viktigt för sjuksköterskor att få en

djupare kunskap om motiverande samtal och dess inverkan på livsstilsförändring hos patienter med hypertoni.

Denna litteraturstudie vill beskriva om motiverande samtal har betydelse för att hjälpa patienter med hypertoni att göra livsstilsförändringar och minska risker för hjärt-kärlsjukdomar. Detta för att bidra till en ökad kunskap och förståelse hos sjuksköterskor, att vägleda patienter med hypertoni till en hälsosam livsstil. Det är även viktigt att kartlägga hinder som kan förekomma vid beteendeförändringar.

1.6 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att undersöka om motiverande samtal kan åstadkomma livsstilsförändringar hos personer med hypertoni samt om motiverande samtal kan minska risken för hjärt- kärlsjukdomar som är en vanlig komplikation efter några år med hypertoni. Syftet var också att belysa vilka hinder för livsstilsförändring som kan förekomma.

1.7 Frågeställning

- 1) Vilka effekter har motiverande samtal för att åstadkomma livsstilsförändring hos personer med hypertoni?
- 2) Kan motiverande samtal minska risker för hjärt- kärlsjukdomar som är en vanlig komplikation vid hypertoni?
- 3) Vilka hinder för livsstilsförändring kan förekomma?

2. METOD

2.1 Design

Författaren har valt att en deskriptiv litteraturstudie är en lämplig design.

2.2 Databaser

Materialet till litteraturstudien är framtaget genom att artiklar söktes via biblioteksdatabaser vid Högskolan i Gävle. Underlaget till denna studie kommer från databaserna Medline via PubMed och Cinahl.

2.3 Sökord

De sökord som används var: Hypertension (MeSH), Motivational Interviewing (MeSH), och Life style change (MeSH). Först söktes vissa ord separat, till exempel ordet "Hypertension" som gav 306281 träffar, eller "Motivational interviewing" som gav 864 träffar. Sedan kombinerades flera sökord i olika kombinationer med hjälp av termen AND för att hitta användbara artiklar (se Utfall av sökning, tabell 1).

2.4 Utfall av sökning

Tabell 1. Sökord, databaser och utfall inom området motiverande samtal och hypertoni

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
PubMed	Motivational interviewing	864	8	2
Cinahl	Hypertension AND Life style change	82	4	1
PubMed	Motivational interviewing AND Life style change	48	5	2
PubMed	Motivational interviewing AND Hypertension	16	7	5
				Total= 10

2.5 Kriterier för urval

Inklusionskriteriet var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Artiklarna som valdes skulle innehålla information om hypertoni, livsstilsförändringar, motiverande samtal och samband mellan de begreppen. Artiklarna skulle inte vara publicerade för mer än tio år sedan och de skulle vara vetenskapligt uppbyggda.

Vidare granskades artiklarna utifrån studiens syfte och frågeställningar. Abstrakt lästes och därefter valdes de mest relevanta artiklarna ut. Författaren i föreliggande studie skrev genomlästa artiklar under urval 1 och valda artiklar under urval 2. Alla reviewartiklar valdes bort. Artiklar som handlade om diabetespatienter, ungdomar eller patienter med andra problem och sjukdomar som till exempel gravida kvinnor eller patient med HIV exkluderades.

2.6 Dataanalys

Författaren använde *Checklista för kvantitativa artiklar, bilaga 3* samt *Checklista för kvalitativa artiklar, bilaga 4*, Forsberg & Wengström (2003) för att värdera studiernas kvalitet. *Kvalitetsbedömningen* av artiklarna beskrivs med hjälp av siffrorna 1-6. Siffrorna förklaras efter tabellen. För kvalitetsbedömning av artiklar se tabell 2.

En litteraturstudie innebär att söka ny kunskap genom att läsa igenom alla samlade artiklar och göra en sammanställning av artiklarnas resultat. Sedan är dags att gå från helhet till delar, för att till slut komma fram till en ny helhet, den färdiga litteraturstudien (Granskär & Höglund- Nielsen 2008). Utifrån de utvalda artiklarna försökte författaren skapa sig ett helhetsperspektiv av området. Artiklarna har lästs många gånger i syfte att hitta svaren till studiens frågeställning. Författaren har använt en tabell (tabell 3) för att tydliggöra artiklarnas innehåll och resultat (Forsberg & Wengström 2003). De utvalda artiklarna granskades noggrant och författaren har letat efter likheter och skillnader i de granskade artiklarna. Under granskningen av artiklarna hittade författaren återkommande meningar och utsagor som svarade mot syfte och frågeställning, vilka sedan delades in i områden som omformades till tre kategorier.

- Effekter av motiverande samtal på livsstilsförändringar vid hypertoni
- Effekten av motiverande samtal på hjärt- kärlsjukdomar
- Hinder och svårigheter för att åstadkomma livsstilsförändringar

2.7 Forskningsetiska övervägande

Innan arbetet med att göra en litteraturstudie påbörjas bör etiska överväganden göras. Det är viktigt att välja studier som har fått tillstånd från en etisk kommitté eller där noggranna etiska övervägande har gjorts. Alla artiklar som ingår i litteraturstudien skall redovisas. Alla resultat skall presenteras, det är oetiskt att endast presentera de artiklar som stöder forskarens egen åsikt (Forsberg & Wengström 2003).

3. Resultat

Sammanlagt 10 artiklar valdes ut till litteraturstudien. Av de valda artiklarna var 9 kvantitativa och 1 studie var kvalitativ. Studierna var genomförda i Italien, USA, Nederländerna, Danmark och Finland. Artiklarna i tabellerna presenteras i bokstavsordning utifrån författarnas namn. Artiklarna som uppfyllde kriterierna redovisas i tabell 2

Tabell 2. Valda källor till resultat

Författare, årtal	Titel	Design, Metod	Undersökningsgrupp/Urval	Kvalitetsbedömning
Brodie DA & Inoue A., (2005).	Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure	Kvantitativ Jämförande design Statistisk analys Chitvå - test	N= 197 Randomiserat urval	1,2,3,4,5,6
Hyman <i>m. fl.</i> (2007).	Simultaneous vs Sequential Counseling for Multiple Behavior Change,	Kvantitativ Jämförande design Statiska analyser Binomiala testet chitvå-test Logistisk regressions-analys	N= 230 Afroamerikaner med hypertoni (45- 64 år) Randomiserat urval Län I sydvästra USA	1,2, 3, 4, 5, 6

Författare, årtal	Titel	Design, Metod	Undersökningsgrupp/Urval	Kvalitetsbedömning
Jallinoja <i>m. fl.</i> (2007).	The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses	Kvantitativ enkät studie statisk analys chitvå- test frågeformulär	N= 220 (fokus på vuxna med fetma, höga blodfetter, högt blodtryck och typ 2 diabetes) Läkare (n = 59) sjuksköterskor (n = 161) Randomiserat urval Finland	1, 2, 4, 5, 6
Kehler <i>m. fl.</i> (2008).	Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: A qualitative study	Kvalitativ Deskriptiv design Individuella intervjuer Innehållsanalys	N= 12 Patinet med ökad risk för CVD (patienter med hypertoni, alkoholkonsumtion, hög kolesterol och hög body mass index). Strategiskt urval Danmark	1,2,4,5, 6
Koelewijn-Van Loon <i>m.fl.</i> (2008).	Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol)	Kvantitativ Jämförande design Analyser: T-test, chitvå - test, regressionsanalys (MLwin) självrapporterat frågeformulär	N=720 (en av inklusionskriterierna enligt nederländska riktlinje var högt blodtryck >140 mmHg eller behandlas för det) Randomiserat urval Nederländerna	1, 2, 4, 5, 6
Koelewijn-Van Loon <i>m. fl.</i> (2009).	Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster-randomized controlled trial.	Kvantitativ Jämförande design Parade T-test, chitvå - test, regressionsanalys, frågeformulär	N=615(en av inklusionskriterierna enligt nederländska riktlinje var högt blodtryck >140 mmHg) eller behandlas för det) Randomiserat urval Nederländerna	1,2,3,4,5,6
Ogedegbe <i>m. fl.</i> (2007).	An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans	Kvantitativ Jämförande design Statisk analys Intention- to-treat analys frågeformulär	N =190 Randomiserat urval New York City	1,2,3,4,5,6

Författare, årtal	Titel	Design, Metod	Undersökningsgrupp/Urval	Kvalitetsbedömning
Ogedegbe <i>m.fl.</i> (2008).	A Practice-Based Trial of Motivational Interviewing and Adherence in Hypertensive African Americans.	Kvantitativ Jämförande design Statisk analys, Intent- to- treat analys med blandade effekter regression, en tid × grupp interaktion baserat på MCAR test.	N= 190 (Afroamerikan med hypertonic, medelålder 54) Randomiserat urval New York City	1,2,4,5,6
Scala <i>m.fl.</i> (2008).	Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study.	Kvantitativ Jämförande design Statisk analys t-test frågeformulär	N=292 Randomiserat urval Italien	1,2, 4,5,6
Van Keulen <i>m.fl.</i> (2008).	Vitalum study design: RCT evaluating the efficacy of tailored print communication and telephone motivational interviewing on multiple health behaviours.	Kvantitativ Jämförande design oparade t- test, frågeformulär	N=23 (en av inklusionskriterier var att ha diagnosen hypertoni) Randomiserat urval Nederländerna	1, 2, 3*,4, 5, 6

Kvalitetsbedömning: 1= bra metodbeskrivning, 2= urvalsgruppen bra beskriven, 3= bortfall diskuterat, 4= forskningsetiska överväganden finns med, 5= resultat svarar på syfte och frågeställningar, 6 = författarna diskuterar styrkor och svagheter, * = otydligt beskrivet, N = Antal deltagarna i studie

Resultatdelarna färgkodades utifrån kategorierna och sammanställdes till löpande text.

Resultaten i de artiklar som valdes till föreliggande studie presenteras i tabell 3. Resultatet kommer att redovisas utifrån inkluderade artiklar, 10 stycken, som ger svar på frågeställningen och presenteras i dess följd.

Tabell 3. Resultat beskrivning av valda källor som ingår i resultatet

Författare/Årtal	Syfte	Resultat
Brodie & Inoue (2005).	Jämförde under en 5-månadersperiod, två olika metoder att öka fysisk aktivitet: ett traditionellt motionsprogram och en program baserad på motiverande samtal. Deltagarna delades i tre grupper: (1) fick motiverande samtal (2) fick både motiverande samtal och traditionell behandling (3) fick traditionell behandling	Efter behandling, den grupp som fick "motiverande samtal" och "båda behandlingarna" grupper rapporterade en ökning av deras nivå på fysisk aktivitet, men ingen skillnad hittades i "traditionell behandling" grupp
Hyman <i>m.fl.</i> (2007).	Testa om rådgivning om en beteendeförändring i taget är mer effektiv än rådgivning om flera beteende samtidigt i tre grupper: 1) fick rådgivning om alla 3 beteende samtidigt kompletterad med motiverande samtal 2) fick rådgivning om en beteende i taget kompletterad med motiverande samtal 3) fick vanlig rådgivning utan motiverande samtal. Syfte var att sluta röka, minska intag av natriumhalt till mindre än 100 mEq/L, och öka fysisk aktivitet på minst 10 000 steg stegräknare per vecka efter 6 och 18 månader	Vid 18 månader träffade endast 6,5 % i första gruppen, 5,2 % i andra gruppen, och 6,5 % i den vanliga vården den primära ändpunkten. Vid 6 månader hade 29,6% i första gruppen, 16,5% i andra gruppen, och 13,4% i tredje gruppen nått målet urin natrium . Vid 18 månader hade 20,3% i första, 16,9% i andra och 10,1% i den tredje gruppen urin natrium negativ. Resultat visade förbättring av rökning och fysisk aktivitet i grupp som fick motiverande telefon samtal efter vanlig rådgivning.
Jallinoja <i>m.fl.</i> (2007).	Att undersöka hur läkare och sjuksköterskor uppfattar patientens roll och deras yrkesroll inom behandling av livsstilsrelaterade sjukdomar och deras riskfaktorer	Resultaten visade att en majoritet av både läkare och sjuksköterskor var överens om att ge information och motivera och stödja patienter i livsstilsförändringar är en del av deras arbetsuppgifter. De var överens om att centralt hinder för behandling är patientens ovilja att ändra sin livsstil. Ett annat centralt hinder för behandling var patientens otillräckliga kunskaper om risker som kan påverka sjukdomen negativt
Kehler <i>m.fl.</i> (2008).	Att beskriva motivationsaspekter kopplade till potentiella livsstilsförändringar hos patienter med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar.	Resultaten visade att ambivalens var centralt i intervjuerna, fem ambivalenser hittades: perception, var efterfrågan, information, prioritering och behandling av ambivalens kärna
Koelewijn-Van Loon <i>m.fl.</i> (2008).	Att avgöra effekten av en sjuksköterska ledd strategi som omfattar centrala delar av riskbedömning, riskkommunikation, stöd och anpassade motiverande samtal för att öka patientens delaktighet i livsstil förändring. Syfte var också bedömningen av 10-års risk för hjärtsjukdom.	Visade ett signifikant lägre intag av fett och en betydligt högre andel av patienter som uppfyllde de nationella rekommendation för grönsaker i intervention grupp än i kontrollgrupp. Men visade ingen effekt på hjärtsjukdom.

Författare/Årtal	Syfte	Resultat
Koelewijn-Van Loon <i>m.fl.</i> (2009).	Undersökte effekten av sjuksköterska ledd strategi som omfattar centrala delar av kardiovaskulär riskhantering, riskbedömning, riskkommunikation, stöd och anpassade motiverande samtal i en grupp med vanligt rådgivning i en annan grupp. Syfte var också att beräkna 10- års risk för kardiovaskulär sjukdom.	Inga signifikant skillnad mellan grupperna efter 1 år på kardiovaskulär risk. men det fanns en betydande förbättring i interventionsgruppen (3,7, p <0,001), och en obetydlig förbättring i kontrollgruppen (3,6, p = 0,058) . I interventionsgruppen fanns ett signifikant lägre intag av fett (p = 0,034) och en betydligt högre andel av patienterna som uppfyllde de nationella rekommendationer för grönsaksintag (p = 0,045) än i kontrollgruppen.
Ogedegbe <i>m.fl.</i> (2008).	Att jämföra effekten av motiverande samtal och vanlig rådgivning för att förbättra medicinering och blodtryck hos afroamerikaner under 12 månader.	Visade en signifikant minskning i systoliskt blodtryck på 5,1 mm Hg över 12 månader för båda grupperna. Gruppen som fick MI visade en ytterligare minskning för diastoliskt blodtryck med 3,5 mm Hg. Resultaten visade att rådgivning baserad på motiverande samtal ledde till att patienten skötte sin medicinering under den pågående perioden.
Ogedegbe <i>m.fl.</i> (2007).	Att jämföra effekten av motiverande samtal med vanlig rådgivning för att förbättra medicinering och blodtryck mellan Afroamerikaner med okontrollerad hypertoni under ett år.	Resultat visade att rådgivning baserad på MI lett till stadigt underhållning av medicinering och minskade blodtryck i interventionsgrupp
Scala <i>m.fl.</i> (2008).	Att undersöka effekten av flera motiverande strategier för att minska blodtrycket bland italienska patienter med hypertoni	Efter 12 månader visade en signifikant minskning for blodtrycket i grupp I(p<0,001) och en signifikant minskning for systoliskt tryck i grupp C (p=0.01)
Van Keulen <i>m.fl.</i> (2008).	Att jämföra effekten av rådgivning via dator och rådgivning med hjälp av motiverande samtal för att förbättra hälso-beteende hos vuxna. Fyra grupper (1) fick hjälp av dator (2) fick MI (3) fick kombinerade både dator och MI (4) kontrollgrupp fick vanlig rekommendation.	Visar effekten hos människor med olika motiverande stadier och utbildningsnivå. Dator är en passiv form av kommunikation därför har mindre effekt på lågutbildad person medan MI är mer effektiv för den gruppen. Förbättringar visades i grupper som fick MI ensam och MI kombinerad med rådgivning via dator.

3.1 Effekter av motiverande samtal på livsstilsförändringar vid hypertoni

I fem av artiklarna jämfördes motiverande samtal med andra rådgivningsmodeller (Ogedegbe *m.fl.* 2007, Ogedegbe *m.fl.* 2008, Brodie & Inoue 2005, Van KeuleN *m.fl.* 2008, Hyman *m.fl.* 2007). Artiklarna ville påvisa effekten av motiverande samtal för livsstilsförändringar jämfört med andra traditionella rådgivningsmodeller. Effekterna visades i form av förbättring i medicinering, ökad fysisk aktivitet, hälsosam kost och rökavvänjning.

Två artiklar (Ogedegbe *m.fl.* 2007 & Ogedegbe *m.fl.* 2008) fokuserade på effekten av motiverande samtal gällande medicinering hos patienter med hypertoni. I båda studierna delades deltagarna in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Deltagarna i interventionsgruppen fick vanlig rådgivning plus rådgivning om medicinering med hjälp av motiverande samtalstekniker. Varje patient fick motiverande samtal var tredje månad under ett år. Alla rådgivningssamtal genomfördes av personal som hade utbildning om motiverande samtalstekniker. Patienterna i kontrollgruppen fick vanlig rådgivning utan motiverande samtal. Slutsatser visade att rådgivning baserad på motiverande samtal ledde till att patienten skötte sin medicinering under den pågående perioden. Interventionsgrupp visade minskning av både systolisk och diastolisk blodtryck (Ogedegbe *m.fl.* 2008).

Brist på medicinering var ett stort problem hos patienter med hypertoni. Hypertoni var vanligare bland afroamerikaner jämfört med vita, och det var den enskilt vanligaste förklaringen till skillnaden i dödlighet mellan afroamerikaner och vita. Att använda blodtryckssänkande läkemedel kan minska risken för de negativa hypertoni- relaterade konsekvenserna. Studier (Ogedegbe *m.fl.* 2007 & Ogedegbe *m.fl.* 2008) visade att antalet afroamerikaner som drabbas av dödsolyckor i samband med stroke var 1,8 gånger vanligare än bland vita. Afroamerikaner hade 1,5 gånger större dödlighet på grund av hjärtsjukdom och drabbades 4,2 gånger oftare av njursjukdom än vad vita gjorde. Motiverande samtal var en lovande patientcentrerad strategi för att förbättra medicinuppföljning hos patienter med kroniska sjukdomar. Framgångsrika åtgärder för att förbättra medicinering hos patienter med kroniska sjukdomar var sådana som involverar patienten i behandling, tillgodoser patienternas åsikter och frågor om sin medicinering (Ogedegbe *m.fl.* 2007).

En annan studie (Brodie & Inoue 2005) jämförde två olika metoder för att ge ökad fysisk aktivitet: ett traditionellt motionsprogram och ett baserat på motiverande samtal under en fem-

månadersperiod. Patienter i sextioårsåldern och uppåt delades in i tre grupper: Grupp 1 fick båda behandlingarna, grupp 2 fick genomgå ett traditionellt motionsprogram, grupp 3 fick motiverande samtal. Ett av kriterier för att delta i studien var onormalt systolisk blodtryck. Programmet handlade om hur man kan öka fysisk aktivitet i sina dagliga rutiner. Motiverande samtal användes för att hjälpa och vägleda deltagarna så att de kunde utveckla de kunskaper som behövdes för att upprätthålla en livsstil rik på fysiska aktiviteter. Studien visade att en effektiv strategi att öka fysisk aktivitet, kan vara att hjälpa patienterna att känna sig mer självsäkra i att utöva fysiska aktiviteter och möjliggöra för dem att utveckla sin egen motivation och sina egna copingstrategier i motionssammanhang. Utgångsvärdet vid studiens början visade inga skillnader mellan de tre grupperna. Efter behandlingen som varade fem månader, rapporterades en ökning av fysisk aktivitet i grupp 1 och grupp 3, men ingen förändring i grupp 2 (Brodie & Inoue 2005).

I en annan studie (Van Keulen *m.fl.* 2008) deltog 23 individer som hade hypertoni. Deltagarna delades in i fyra grupper: skräddarsydd datakommunikation(TPC), telefonmotiverande samtal(TMI), kombinerade (TPC+ TMI) och en kontrollgrupp. Syftet med studien var att jämföra effekten av motiverande samtal och rådgivning via dator för att förbättra hälsorelaterade beteenden hos vuxna i åldern 45- 70 år. Den första gruppen (TPC) fick rådgivning med fyra bokstäver. Den första och tredje bokstaven fokuserade på fysisk aktivitet, andra och fjärde på frukt och grönsaker, och den fjärde tog också upp fett. Den andra gruppen (TMI) fick fyra telefonsamtal baserat på motiverande samtalstekniker. Deltagarna valde själv i vilken ordning de ville diskutera de ovan fyra bokstäverna. Tredje gruppen(TPC+ TMI) fick två bokstäver (fysisk aktivitet och frukt och grönsaker) och deltog i två intervjuer baserade på motiverande samtal. Deltagarna i kontrollgrupp fick vanlig rådgivning enligt de nationella riktlinjerna. Resultaten visade förbättringar hos gruppen som bara fick motiverande samtal (TMI) och gruppen som fick både motiverande samtal och rådgivning via dator (TPC+ TMI), men den största effekten visades i (TPC+ TMI) gruppen (Van Keulen *m.fl.* 2008).

Motiverande samtal per telefon användes i en annan studie (Hyman *m.fl.* 2007) som en komplettering av vanlig rådgivning för att ändra flera beteenden samtidigt. I studien deltog afroamerikaner med hypertoni. Deltagarna delades in i tre grupper med olika interventioner. Studien ville påvisa effekten av förändringsbaserad rådgivning för att sluta röka, minska intaget av natriumhalt per dag, och öka fysisk aktivitet per vecka. De motiverande samtalen

bygger på motiverande förbättringsterapi, som försöker att hjälpa deltagarna att lösa ambivalensproblem. Resultaten visade en förbättring av rökavvänjning och ökning av fysisk aktivitet i grupper som fick vanlig vård och motiverande samtal efteråt. Intaget av natriumhalt var högst i den vanliga vårdgruppen och lägst i den grupp som fick motiverande samtal (Hyman *m.fl.* 2007).

3.2 Effekten av motiverande samtal på hjärt- kärlsjukdomar

Två artiklar (Koelewijn-Van Loon *m.fl.* 2008, Koelewijn-Van Loon *m.fl.* 2009) fokuserade på effekten av motiverande samtal för att minska risker för hjärt- och kärlsjukdomar som en följd av hypertoni. Hjärt- kärlsjukdomar är en viktig orsak till dödsfall i hela världen. Både sjuklighet och dödlighet kan minskas genom att förbättra individens kardiovaskulära riskprofil genom att till exempel förebygga hypertoni och sänka blodtrycket hos människor med hypertoni (Van Keulen *m.fl.* 2008).

Koelewijn-Van Loon *m.fl.* (2009) gjorde en stor undersökning för att undersöka effekten av att involvera patienterna i sjuksköterskans rådgivning om livsstil och kardiovaskulär risk. Studien skulle också bedöma 10- års risk för kardiovaskulär sjukdom. Ett av kriterierna för deltagarna var att de hade blodtryck över 140 mm Hg eller fick behandling mot högt blodtryck. Patienterna delades in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Sjuksköterskor i kontrollgruppen fick 2- timmars träning i riskbedömning, medan sjuksköterskor i interventionsgruppen fick ett 2- dagars träningsprogram som omfattar 4 strategier: riskbedömning, riskkommunikation, distribution av ett beslut om stöd och anpassande motiverande samtal. Varje patient i interventionsgrupp hade två ”ansikte mot ansikte” möten (15-20 min) med en sjuksköterska som hade utbildning om motiverande samtal. De fick också information av sjuksköterskan om sin absoluta 10- års kardiovaskulära risk. Sjuksköterskan förklarade olika tillvägagångssätt för att minska riskerna. Sjuksköterskan frågade patienterna vad de ville prata om och guidade patienten att formulera sina huvudsakliga personliga mål för livsstilsförändringar. Sjuksköterskan använde 10 minuters motiverande telefonsamtal som en uppföljning. Patienterna i kontrollgruppen fick vanlig rådgivning. Resultaten visade förbättringar i interventionsgruppen vid intag av fett och grönsaker. Ingen skillnad mellan grupperna kunde påvisas gällande kardiovaskulära risker.

I en liknande studie deltog 720 patienter utan tidigare kardiovaskulära sjukdomar, patient med högt blodtryck (över 140 mm Hg) och de som redan behandlades för högt blodtryck.

Patienterna delades in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. I båda grupperna utbildades allmänläkare och sjuksköterskor för att tillämpa de nationella riktlinjerna för hjärt- och riskhantering. Sjuksköterskorna i interventionsgruppen fick utbildning om hur man använder och anpassar motiverande samtal, riskbedömning och riskkommunikation. Patienterna i interventionsgruppen fick två möten och ett uppföljande motiverande telefonsamtal. Sjuksköterskorna gav patienterna i kontrollgruppen vanlig vård efter riskbedömningen, enligt de nationella riktlinjerna. De absoluta 10- årsriskerna av kardiovaskulära sjukdomar uppskattades för varje patient utifrån medicinska journaler vid baslinjen och efter 1 år. Resultaten visade ett signifikant lägre intag av fett och en betydligt högre andel av patienter som uppfyllde de nationella rekommendationerna för grönsaker i kosten hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Men inga skillnader mellan grupperna gällande kardiovaskulära risker kunde påvisas (Koelewijn-Van Loon *m.fl.* 2008).

3.3 Hinder och svårigheter för att åstadkomma livsstilsförändringar

Tre artiklar (Jallinoja *m.fl.* 2007, Scala *m.fl.* 2008, Kehler *m.fl.* 2008) fokuserade på hinder och svårigheter som kan förekomma vid livsstilsförändringar. Artiklarna ville undersöka hinder som både patienter och vårdgivare möter vid ändrande av hälsobeteenden.

I Finland gjordes en studie (Jallinoja *m.fl.* 2007) för att undersöka hur läkare och sjuksköterskor uppfattar patientens roll och deras yrkesroll inom behandling av livsstilsrelaterade sjukdomar och deras riskfaktorer. När det gäller hypertoni är det viktigt att patienten får ansvar för vården av sitt höga blodtryck. Resultaten visade att en majoritet av både läkare och sjuksköterskor var överens om att ge information och motivera och stödja patienter i livsstilsförändringar är en del av deras arbetsuppgifter. De var överens om att centralt hinder för behandling är patientens ovilja att ändra sin livsstil. Ett annat centralt hinder för behandling var patientens otillräckliga kunskaper om risker som kan påverka sjukdomen negativt (Jallinoja *m.fl.* 2007).

En annan studie (Scala *m.fl.* 2008) som gjordes bland italienska patienter med hypertoni hade till syfte att undersöka effekten av en omfattande motiverande strategi för att minska blodtrycket. Deltagarna delades in i en kontrollgrupp (C) och en intervention grupp (I). Deltagarna i interventionsgruppen deltog i både fokusgrupper och rollspel. Deltagarna i kontrollgruppen fick muntlig information. Fokusgrupper och rollspel är två typer av åtgärder

som kan användas för att ge fler möjligheter till utbildning och beteendeförändringar. Fokusgrupper bestod av kvalitativa intervjuer, där ett litet antal personer samlas för att diskutera en mängd frågor under handledning av en handledare. I rollspel återspeglas en situation från det verkliga livet. Det är ett lärande instrument där verkliga erfarenheter kan ändra beteendet och vanor. Deltagarna i fokusgruppen gavs frågor som rörde de fördelar som kommer från en förändring av deras livsstil (kost, effekt av minskningen av saltintag, sluta röka, minskad alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet, etc.). Patienterna uppmuntrades att uttrycka sina idéer och oro över det ämne som diskuterades och deras personliga erfarenheter. Syfte med rollspelet var att lära sig att utföra instruktioner och lära sig hur man på bästa sätt kan hantera en situation genom att öva med människor som upplever liknande situation och problem. Resultaten visade att informationsgivarens sätt att kommunicera med patienten påverkade patientens inställning till att tillgodogöra sig informationen. Hinder uppstod när patienter inte deltog i samtalet. Det var viktigt att uppmuntra patienten till att ställa frågor och diskutera eventuella problem som har samband med deras hypertoni. Patientens delaktighet ledde till positiva resultat, bland annat lägre blodtryck. Resultaten efter 12 månader visade en signifikant minskning av blodtryck för interventionsgruppen och en obetydlig minskning av systoliskt blodtryck i kontrollgruppen (Scala *m.fl.* 2008).

Kehler *m.fl.* (2008) gjorde en studie vilken baserades på individuella intervjuer med 12 patienter. Studien visade att patientens levnadssituation utgör en stor påverkan på motivationen och förmågan till att göra livsstilsförändringar. Patienterna upplevde ambivalens i form av motstridiga känslor. De upplevde hur deras känsla av stress, gjorde dem mindre medvetna om sin kropp och mer oroade. De kände sig fångade i en ond cirkel med begränsad kontroll över sina egna liv. En situation där familjen, arbetet och andra yttre faktorer tog kontrollen över deras liv, på grund av att de faktorerna tog både tid och energi. Patienternas känslor av stress som var resultat av många och motstridiga krav från arbetslivet, familjen eller patienterna själva påverkade deras självförtroende och förmåga att genomföra livsstilsförändringar. Patienterna kände sig så stressade att de inte lyssnade på signalerna från sin egen kropp. Studien visade också att lågt intresse hos patienterna att prioritera sin hälsa eller fysiska begränsningar såsom rygg eller knäsmärta, var ett hinder för dem att förändra sina motionsvanor.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Föreliggande studie visade att motiverande samtal kunde utveckla, upprätthålla och stärka den inre motivationen till förändringar. Denna studie visade att Motiverande samtal hade affekt när det gällde förbättring i medicinering, ökad fysisk aktivitet, hälsosam kost och rökavvänjning. Studien visade att motiverande samtal vid hypertoni hade ingen effekt på kardiovaskulär risk. Vanliga hinder som förekom var: patientens ovilja, otillräckliga kunskap, livsstil samt bristande kommunikation mellan patient och rådgivare.

4.2 Resultatdiskussion

Att skriva och hitta information om motiverande samtal, har hjälpt författaren att få mer kunskap om principer i motiverande samtal och hur detta kan hjälpa personer att göra livsstilsförändringar. De valda artiklarna handlade mest om motiverande samtal som en teknik för att göra livsstilsförändringar i form av: ökat fysisk aktivitet, sluta röka och kostförändringar. Artiklarna visade att motiverande samtal är en effektiv metod för att ge ökat intresse i personer att själva ta första steget till förändringar. Några av artiklarna visade effekten av livsstilsförändringar på hjärt- och kärlsjukdomar som är en vanlig komplikation av hypertoni. Till slut hittades även artiklar som diskuterade hinder som kan förekomma på vägen till förändringar.

Peters (2005) skriver att brist på medicinering är en vanlig orsak till ökning av blodtryck i samhälle, vilket ökar risken för hjärtinfarkt och stroke. Världshälsoorganisationen har påpekat vikten av att förbättra medicinering vid hypertoni och minska risken för hjärt- kärlsjukdomar och stroke. Ogedegbe *m.fl.* (2007) har lyft fram vad motiverande samtal har för fördelar på medicinering hos patienter med hypertoni. Motiverande samtal definieras som en riktlinje för att motivera människor till förändringar genom att hjälpa dem att identifiera och lösa ambivalens mellan deras nuvarande beteende och deras framtida personliga mål och värderingar. I motiverande samtal läggs stor vikt på patientens självständighet.

Författaren till föreliggande studie fick uppfattning att motiverande samtal är en lovande teknik för att skapa motivation till förändring. Motiverande samtal har varit effektivt i en

mängd telefon rådgivningssamtal om hälsobeteende. Det har även använts i ”ansikte mot ansikte” grupper för att hjälpa patienter med livsstilsförändringar (Webber *m.fl.* 2008).

Van Keulen *m.fl.* (2008) fokuserade på hur patienternas kostvanor påverkas av motiverande samtal. En stor del av den vuxna befolkningen uppfyller inte folkhälsans riktlinjer för fysisk aktivitet samt intag av frukt, grönsaker och fett. Insatser behövs för att förbättra dessa. Motiverande samtal har använts för att undersöka förbättringar i hälsorelaterade beteenden hos vuxna. Både rådgivning via dator och motiverande samtal visade sig vara lovande tekniker för hälsobeteendeförändring. Brodie och Inoue (2005) visade effekten av motiverande samtal på fysisk aktivitet genom att jämföra motiverande samtal med ett traditionellt motionsprogram. Föreliggande studie visade att patientens fysiska aktivitetsnivå förbättrades med hjälp av motiverande samtal. Orsaken till detta var att motiverande samtal hjälpte personen att känna sig mer säker på sin fysiska förmåga och utvecklade inre motivation till förändring.

Gance-Cleveland (2007) skriver att förutsättning för att förändringarna i beteendet ska uppstå är att patienten känner att förändringarna kommer att förbättra dennes situation och att patienten kan klara av att göra denna förändring. Ogedegbe *m.fl.* (2007) skriver att motiverande samtal hjälper patienter att klargöra mål, utforska sina upplevda hinder för behandling och skapa engagemang till förändring. Motiverande samtal hjälper individer att tro på att en förändring faktiskt är möjligt, för honom eller henne.

Dorothea Orem beskriver i sin teori om omvårdnadssystem hur sjuksköterskan lägger till rätta omvårdnaden utifrån de brister som finns i patientens förmåga till egenvård. Han definierar egenvård som behandlingar som en människa tar initiativ till och genomför på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Orem betonar att egenvårdsbehoven måste vara identifierad och medvetandegjorda innan de kan fungera som mål för en person egen vårdshandling. Sjuksköterskan ska om möjligt försöka göra patienten medveten om sina egenvårdsbehov och därefter utveckla patientens förmåga till egenvård (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2007).

Trots att hypertoni är en känd risk för kardiovaskulär sjukdom har endast en tredjedel av alla patienter med hypertoni, sitt blodtryckt under effektiv kontroll. Rikliga bevis visar att en effektiv blodtrycks kontroll minskar risken för kardiovaskulär sjukdom (Bosworth 2005). Márquez-Celedonio *m.fl.* (2009) skriver i sin studie att göra livsstilsförändringar kan bidra till att minska kardiovaskulär risk och högt blodtryck. Positiva förändringar av livsstil inkluderar

ökad fysisk aktivitet, förändrade matvanor, samt reduktionen av missbruk. Medan Koelewijn-van Loon *m.fl.* (2009) hittade i sin studie ingen effekt av livsstilsförändringar för 10-åriga risk för kardiovaskulära sjukdomar. Utbildning och rådgivning om rökning, kost, fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion rekommenderas alltid för patienter med måttligt och kraftigt ökad risk för hjärt- kärlsjukdom. Detta på grund av att ohälsosam livsstil spelar en viktig roll i utveckling av hjärt- kärlsjukdomar. Att göra livsstilsförändringar kräver effektiva insatser, som består av kognitiva, beteendemässiga och känslomässiga komponenter (strategier för att påverka anslutning till livsstilsråd via känslor eller sociala relationer och socialt stöd). Förutsättningar för att minska risker för hjärt- och kärlsjukdomar är att all information om den kardiovaskulära risken samt fördelar och nackdelar av riskbegränsande optioner delas med patienten. Det är också viktigt att patientens individuella värderingar, personliga resurser och förmåga till självbestämmande respekteras (Koelewijn-Van Loon 2009).

Resultaten i föreliggande studie visar att det finns ett antal hinder för att åstadkomma livsstilsförändringar. Motivationsfaktorer, såsom attityder, sociala inflytanden och egna förväntningar på effekt kan avgöra en persons motivation till livsstilsförändring. Denna motivation faktorer påverkas av (a) ökad faktorer, såsom kunskap (b) informationsfaktorer, såsom meddelandekvalitet och (c) predisponerade faktorer, nämligen beteendemässiga, psykologiska, biologiska och sociala och kulturella faktorer (Van Keulen 2008). Information är nödvändig men inte tillräckligt för att förbättra kronisk sjukdom. Ytterligare faktor behövs för att motivera patienter att aktivt medverka i sin vård. Informationsgivarens kommunikation med patienten kommer att påverka patientens inställning till att dela information. Informationsgivarens skall få fram information för att bedöma de särskilda hinder som råder i varje enskilt fall. Patienten reagerar på budskapen positiv eller negativ beroende på hur meddelandet källa förmedlar budskapet. Hinder kan uppstå när patienter inte tror på rådgivaren, vilket leder till att de inte deltar i samtalet (Scala *m.fl.* 2008).

4.3 Metoddiskussion

Till denna studie valde författaren att använda sig av två sökmotorer, Medline via PubMed och Cinahl för att ha möjlighet att hitta relevanta artiklar. Sökmotor som hade bra artiklar var Medline via PubMed. Författaren valde en kombination av två MeSH- termer (Motivational interviewing, Hypertension) i grundsökningen. Efter att ha provat flera olika varianter visade det sig att det behövdes fler sökord för att kunna hitta relevanta artiklar. Mindre bra sökord

var ”motiverande samtal” då dessa artiklar handlade mest om ungdomar och gravida kvinnor med alkoholproblem och rökning och en hel del handlade om patienter med diabetes och HIV. Artiklarnas titel och abstract lästes för att kontrollera att de belyste ämnet och kunde svara på syfte och frågeställningar. Syftet med studien var att beskriva hur motiverande samtal kan hjälpa patienter med hypertoni att göra livsstilsförändringar. En svaghet i studien var att få vetenskapliga artiklar som var publicerade som var speciellt inriktad mot området hypertoni. En annan svaghet var risk för feltolkning, eftersom alla artiklar var skrivna på engelska. Det gick inte att översätta vissa ord till svenska. Därför läste författaren artiklarna flera gånger. När artiklarna hade granskats visade det sig att några inte var vetenskapliga. Författaren i föreliggande studie skrev genomlästa artiklar under urval 1 och valda artiklar under urval 2.

Artiklarna som uppfyllde kriterierna redovisades i tabell 2. Kvalitetsbedömningen av artiklarna beskrivs med hjälp av siffrorna 1-6. Siffrorna förklaras efter tabellen. Det som sänkte poängen i kvalitetsbedömningen, i de flesta artiklarna var nummer 3 (bortfall diskuterat) som var inte diskuterat i några artiklar. Författarna finner att styrkorna med studien har varit att de flesta artiklar som har valts till resultatet har fått höga poäng vid kvalitetsgranskningen efter Forsberg & Wengström (2003). Studierna var genomförda i Italien, USA, Nederländerna, Danmark och Finland. De flesta studier var genomförda i USA. Författaren hittades ingen studie från Sverige vilken, enligt författaren, kan ses som en svaghet .

En styrka i studien var att artiklarna var publicerade under senaste 5 åren. Ytterligare en styrka var att flera av artiklarna uppkom vid flera sökkombinationer.

4.4 Allmän diskussion

Hypertoni och behandling av hypertoni är ett ämne som är både viktigt och aktuellt eftersom antal insjuknande i hypertoni ständigt ökar och sjukdomen kan ge uppkomst till livshotande sjukdomar. Kristoffersen, Nortvedt och Skaug (2007) skriver att sjuksköterskan har en central uppgift vid rådgivning i samband med livsstilsförändringar. Sjuksköterskans uppgift är att ständigt följa behandlingsresultaten, identifiera och understödja behandlingen av andra riskfaktorer. Rådgivning är ett effektivt verktyg som kan användas av vårdpersonal för att hjälpa patienten i en livsstilsförändrings- process. Rådgivningen måste vara individanpassad och det är viktigt att patienten inte belastas och stressas med hårda krav på

livsstilsförändringar. Tonstad *m.fl.* (2007) skriver att sjuksköterskan behöver ha aktuella kunskaper om riskfaktorer och om hur dessa kan påverka blodtrycket för att kunna ge effektiva råd till patienten. Det är också viktigt att vårdpersonalen främjar livsstilsförändringar och vet hur de kan använda förebyggande strategier för att minska riskerna med hypertoni och dess följsjukdomar.

Motiverande samtal innebär att noggrant och omsorgsfullt, med respekt för individens självbestämmande, använda lyssnandeteknik, samtalsverktyg och sammansatta strategier så att man på ett ändamålsenligt sätt hjälper personen att ta ställning till och starta, genomföra samt upprätthålla en livsstilsförändring (Barth & Näsholm, 2006).

Arbetet kan ge sjuksköterskan kunskap om motiverande samtal som verktyg för att kunna behandla och vägleda patienter med hypertoni. Författaren önskar att även patienter ska ta del av studien för att på så vis förstå hur viktig deras egen roll är i behandlingen av sjukdomen. Viktigt är även att de får förståelse för hur de genom livsstilsförändringar kan ta kontroll över sin sjukdom och få en bättre livskvalitet. Fortsatt forskning inom området hypertoni och motiverande samtal behövs för att kunna fastställa effekten av motiverande samtal på livsstilsförändringar hos patienter med hypertoni.

5. Referenslista

Almås H. (2002) *Klinisk omvårdnad, Del 1*. Stockholm: Liber

Apoteket AB. (2005) *Läkemedelsboken 2005/2006*. Stockholm: Apoteket AB.

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

Bosworth H.B., Olsen M.K., Gentry P., Orr M., Dudley T., McCant F. & Oddone E.Z. (2005) Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Education and Counseling* **57**(1), 5-14.

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

Elmer P.J., Obarzanek E., Vollmer W.M., Simons-Morton D., Stevens V.J., Young D.R., Lin P.H., Champagne C., Harsha D.W., Svetkey L.P., Ard J., Brantley P.J., Proschan, M.A., Erlinger T.P. & Appel L.J. (2006) Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood Pressure Control: 18-Month Results of a Randomized Trial. *Annals Internal Medicine* **144** (7), 485- 495.

Ericson E. & Ericson T. (2008) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Fernandez S., Scales K.L., Pineiro J.M., Schoenthaler A.M. & Ogedegbe G. (2008) A Senior Center- Based Pilot Trial of the Effect of Lifestyle Intervention on Blood Pressure in Minority Elderly People with Hypertension. *Journal of the American Geriatrics Society* **56**(10), 1860-1866.

Folkhälsoinstitutet 2009, from <http://www.fhi.se/sv/Metoder/Halsoframjande-och-forebyggande-metoder/Motiverande-samtal/MI-manual/>. Åtkomst 2009-11-09

Forsberg C. & Wengström Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur

Gance-Cleveland B. (2007) Motivational Interviewing: Improving Patient Education. *Journal of Pediatric Health Care* **21**(2), 81-88.

Granskär M. & Höglund- Nielsen B. (red.). (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hyman D.J., Pavlik V.N., Taylor W.C., Goodrick G.K. & Moye L. (2007) Simultaneous vs Sequential Counseling for Multiple Behavior Change. *Archives of Internal Medicine* **167**(11), 1152-1158.

Jallinoja P., Absetz P., Kuronen R., Nissinen A., Talja M., Uutela A. & Patja K. (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* **25**(4), 244-249.

Koelewijn-Van Loon M.S., Van Steenkiste B., Ronda G., Wensing M., Stoffers H.E., Elwyn G., Grol R. & Van der Weijden T. (2008) Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BioMed Central health Services Research* **8**(9), 1-15.

Koelewijn-Van Loon M.S., Van der Weijden T., Van Steenkiste B., Ronda G., Winkens B., Severens J.L., Wensing M., Elwyn G. & Grol R. (2009) Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Canadian Medical Association*, **181**(12), 267- 274.

Kehler D., Christensen B., Lauritzen T., Christensen M.B., Edwards A. & Risør M.B. (2008) Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: A qualitative study. *BioMed Central Family Practice* **9**(50), 1-10.

Kristoffersen N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.).(2007) *Grundläggande omvårdnad*, Del 4. Stockholm: Liber AB.

Lussier M.T. & Richard C. (2007) The motivational interview in practice. *Journal of Canada Familj Physicians* **53**(12), 2117–2118.

Márquez-Celedonio F.G., Téxon-Fernández O., Chávez-Negrete A., Hernández-López S., Marín-Rendón S. & Berlín-Lascurain S. (2009) Clinical Effect of Lifestyle Modification on

Cardiovascular Risk in Prehypertensives: PREHIPER I Study. *Revista Espanola De Cardiologia* **62**(1), 86-90.

McCarley P. (2009) Patient Empowerment and Motivational Interviewing: Engaging Patients To Self-Manage Their Own Care. *Journal of Nephrology Nursing* **36**(4), 409- 143.

Moore T.J., Alsabeeh N., Apovian C.M., Murphy M.C., Coffman G.A., Cullum-Dugan D., Jenkins M. & Cabral H. (2008) Weight, Blood Pressure, and Dietary Benefits after 12 Months of a Web-based Nutrition Education Program (DASH for Health): Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research* **10**(4): e52.

Ogedegbe G., Schoenthaler A., Richardson T., Lewis L., Belue R., Espinosa E., Spencer J., Allegrante J.P. & Charlson ME. (2007) An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials* **28**(2), 169-181.

Ogedegbe G., Chaplin W., Schoenthaler A., Statman D., Berger D., Richardson T., Phillips E., Spencer J. & Allegrante J.P. (2008) A Practice-Based Trial of Motivational Interviewing and Adherence in Hypertensive African Americans. *American Journal of Hypertension* **21**(10), 1137-1143.

Prockaska J.O., Butterworth S., Redding C.A., Burden V., Perrin N., Leo M., Flaherty- Robb M. & Prochaska J.M. (2008) Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prevention Medicine* **46**(3), 226- 231.

Scala D., Avino M.D., Cozzolino S., Manicini A., Andria B., Caruso G., Tajana G. & Caruso D. (2008) Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study. *Journal Article of Pharmacy World & Science* **30**(6), 834- 839.

Peters T.J. (2005) Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. *Family Practice- an international journal*, **22** (2), 144–151.

Tonstad S., Alm CS. & Sandvik E. (2007) Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* **6**(2), 160-164.

Van Keulen H.M., Mesters I., Brug J., Ausems M., Campbell M., Resnicow K., Zwietering, P.J., Van Breukelen G., Van Mechelen W., Severens J.L. & Vries H. (2008) Vitalum study

design: RCT evaluating the efficacy of tailored print communication and telephone motivational interviewing on multiple health behaviours. *BioMed Central Public Health* **8**(216), 1-18.

Villaume, W.A., Berger, B.A. & Barker, B.N. (2006) Learning motivational interviewing: scripting a virtual patient. *American Association of Colleges of Pharmacy* **70**(2), 1-9.

Webber K.H., Tate D.F. & Quintiliani L.M. (2008) Motivational Interviewing in Internet Groups: A Pilot Study for Weight Loss. *Journal of the American Dietetic Association*, **108**(6), 1029-1032.