

**MOTIVERANDE SAMTAL RELATERAT TILL
KARDIOVASKULÄRA SJUKDOMAR- ur ett patientperspektiv**
En litteraturöversikt

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: HT 2018

Kurs: 50

Författare: Winta Tesfamikael

Författare: Parisa A. Tabatabaee

Handledare: Camilla Tomaszewski

Examinator: Anna Hansson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Kardiovaskulära sjukdomar är en grupp av folkhälsosjukdomar som sätter personers livssituation och livskvalitet i besvär. Dessutom är kardiovaskulära sjukdomar de största orsakerna till mortalitet i hela världen. Vården har ansvar och uppgift att erbjuda individuellt anpassade preventionsåtgärder och behandlingsmetoder för att lindra lidande eller bota sjukdomen. Motiverande samtal är en samtalsmetod som utförs bland annat av sjuksköterskor och är en preventionsåtgärd, behandling och omvårdnad av kardiovaskulära sjukdomar. Detta för att förhindra ohälsa och motivera till hälsosammare levnadsvanor.

Syfte

Syftet var att undersöka betydelsen av motiverande samtal för personer med, eller som är i riskzonen för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar.

Metod

En litteraturöversikt valdes som metod. Artikelsökningar gjordes i PubMed och CINAHL Complete. Artiklarnas kvalitet granskades enligt bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering. Femton originalartiklar inkluderades i resultatet.

Resultat

Resultatet visade att motiverande samtal förbättrade livskvalitén samt ledde till positiva livsstilsförändringar. Vidare framkom det ur resultatet att motiverande samtal kunde minska risken för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar. Det fanns även studier som inte fann att motiverande samtal hade någon effekt på bland annat förbättrad egenvård eller blodtryck.

Slutsats

Slutsatsen är att motiverande samtal, både enskilt och i kombination med annan behandling kan leda till en hälsosammare livsstil och förbättrad livskvalitet.

Nyckelord: Kardiovaskulära sjukdomar, levnadsvanor, motiverande samtal, personcentrerad, sjuksköterska.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	4
Bakgrund	4
Kardiovaskulära sjukdomar.....	4
Sjuksköterskans professionella ansvar	6
Motiverande samtal	9
Livskvalité.....	10
Problemformulering	11
Syfte	11
Metod	12
Val av metod	12
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
Databearbetning	14
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden	14
Resultat	14
Motiverande samtal i relation till riskfaktorer.....	14
Sjuksköterskans motiverande samtal	16
Livskvalité.....	17
Diskussion	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion.....	21
Slutsats	23
Referenser	25

BILAGA A-B

INLEDNING

Att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar innebär en ny livssituation med stora konsekvenser vilket begränsar även personens dagliga liv. Kunskap om den aktuella sjukdomen, deras riskfaktorer och preventionsåtgärder har betydelse för att personen ska kunna hantera den nya vardagen (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Enligt (Världshälsoorganisationen [WHO], 2017) drabbas varje år ungefär 18 miljoner personer av kardiovaskulära sjukdomar i hela världen, vilket motsvarar 31 procent av världsbefolkningen. Dessa grupper av sjukdomar är de största orsakerna till globala dödsfall (Richards et al., 2017). Låg- och medelinkomstländer är värst drabbade. För att kunna stödja och vägleda personer med kardiovaskulära sjukdomar, har sjuksköterskor ansvar och uppgift att ha uppdaterade kunskaper i anatomi, fysiologi, patofysiologi och psykologi (Almås et al., 2011). Uppgifterna kan utföras på olika sätt baserade på olika modeller bland annat motiverande samtal. Motiverande samtal är ett individuellt anpassat sätt att vägleda personer till att förändra sitt beteende (Stawnychy, Creber & Riegel, 2014).

BAKGRUND

Kardiovaskulära sjukdomar

Det kardiovaskulära systemet består av hjärtat och alla blodkärl. Dessa ansvarar för blodcirkulationen i kroppen för att uppehålla livsfunktionen. Varje cell, vävnader och organ i kroppen arbetar tillsammans för att upprätthålla en livsfunktion (Almås et al., 2011). Systemet bär med sig näringsämne till och restprodukter från vävnader. Dessutom finns det ett kontrollsystem att transportera blod i ett anpassat cirkulatoriskt tempo (Dahlström, Jonasson & Nyström, 2010).

Kardiovaskulära sjukdomar är en grupp av sjukdomar som inträffar på grund av flera orsaker. Detta sker antingen på grund av nedsatt pumpförmågan i hjärtat eller rubbningar i hjärtfrekvensen. Dessutom är försämring av blodkärlens elasticitet samt förminskning av blodkärlens diameter andra faktorer som riskerar personer att få kardiovaskulära sjukdomar. Till följd av en kardiovaskulär sjukdom kan det leda till flera andra kardiovaskulära sjukdomar exempelvis hypertoni som leder till angina pectoris, hjärtinfarkt, stroke och hjärtsvikt med flera som resulterar i oväntad död (Almås et al., 2011).

Symtom som uppstår vid kardiovaskulära sjukdomar är bröstsmärtor, yrsel, andfåddhet, svimningstendens, arytmikänsla, perifera ödem och allmänpåverkan; illamående, kallsvettighet, ångest och ibland bradykardi. Det är betydelsefullt att ta hänsyn till hjärtat i förekomst av dessa symtom vid den första bedömningen. I den första bedömningen tas vanligtvis puls, blodtryck och kroppsvikt. Även eventuell förekomst av ödem och halsvenstas undersöks. När personen diagnostiseras och sjukdomen specificeras utifrån kardiovaskulära sjukdomar bör relaterade riskfaktorer undersökas för att eventuellt kunna begränsa eller fördröja sjukdomen (Ericson & Ericson, 2012).

Riskfaktorer

Enligt Almås et al. (2011) delas riskfaktor av kardiovaskulära sjukdomar in i två grupper; påverkbara och opåverkbara riskfaktorer. Detta innebär att en del går att påverka med hjälp av åtgärder medan icke påverkbara riskfaktorer inte går att ändra. Opåverkbara riskfaktorer omfattar ålder, arv, kön och etnisk härkomst. Däremot finns ett flertal faktorer som klassas under påverkbara riskfaktorer och har direkt eller indirekt inverkan på kardiovaskulära

sjukdomar. Enligt Teramoto et al. (2012) är de vanligaste bekanta påverkbara riskfaktorerna tobak, kostvanor, högt blodtryck, fetma, fysisk inaktivitet, stress och fler mer.

En av huvudorsakerna till kardiovaskulära sjukdomar är ateroskleros (åderförkalkning) vilket oftast drabbar hjärtats kranskärl som försörjer hjärtat med blod. Detta i sin tur orsakar nedsatt blodtillförsel till hjärtats muskulatur som innebär syrebrist och därmed upphör hjärtat delvis eller helt (Almås et al., 2011). Enligt Teramoto et al. (2012) beskrivs fetma som en av de indirekt påverkbara faktorerna för kardiovaskulära sjukdomar vilket kan leda till ateroskleros. Detta för att fetma ökar risken för hypertoni och hyperlipidemi. Hypertoni är en av fetmans konsekvenser som i sig är en kardiovaskulär sjukdom och har starkt förbindelse till andra kardiovaskulära sjukdomar. Folk med hypertoni som har blodtryck mellan 140 till 159 mm Hg exponeras signifikant för infarkter jämfört med folk med blodtryck mellan 90 till 140 mm Hg på grund av att det ökar sjuklighet och mortalitet vid varje ökning av 10 mm Hg i systoliskt blodtryck (det övre blodtrycket). Hyperlipidemi är en annan fetmakonsekvens som utsätter kroppen för risken att utveckla ateroskleros. Folk med hyperlipidemi har olika besvärliga parametrar och är exempelvis överviktiga, har hög kolesterolhalt eller hög triglyceridhalt vilket i sig själv är riktiga riskfaktorer till ateroskleros (Teramoto et al., 2012). Enligt Barnes (2013) beskrivs att fetma ökar risken av kardiovaskulära sjukdomar speciellt för kvinnor även om de inte har någon typ av metabolisk avvikelse.

Det finns även delvis påverkbara riskfaktorer som exempelvis diabetes mellitus vilket påverkas av nämnda påverkbara riskfaktorer såsom fetma. Ytterligare beskrivs det att personer som drabbas av diabetes mellitus har högre risk för kardiovaskulära sjukdomar. Därför minskar förväntade livslängden för dessa personer med fem till 15 år beroende av i vilken ålder sjukdomen diagnostiseras (Mannucci, Dicembrini, Lauria & Pozzilli, 2013). Studien visar att utvecklingen av kardiovaskulära sjukdomar i samband med diabetes mellitus är högre hos kvinnor än män (Teramoto et al., 2012). Personer med högre blodglukoshalt och HbA1c (vilket är en form av hemoglobin som reagerar vid socker i blodet) har även större risk för kardiovaskulära sjukdomar. Dessutom representerar bakomliggande orsaker till hyperglykemi, inflammation och stress i stor utsträckning aterogena (åderförkalkningsprocessen) vilket i sin tur ökar sannolikheten att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar senare i livet (Mannucci et al., 2013).

Desto mer hänsyn som tas till riskfaktorer och utnyttjas som preventionsåtgärder desto bättre resultat kan uppnås. Det vill säga att parallellt minskar risken att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar (Jokinen, 2015).

Preventionsåtgärder

Syftet med prevention av kardiovaskulära sjukdomar är att förlänga uppkomsten av sjukdomarna i stigande ålder samt att minimera symptom, lidande och komplikationer som påverkar livskvaliteten negativt. Prevention grundar sig på person och samhället (Dahlström et al., 2010).

Att ha flera av riskfaktorerna, eller befinna sig i riskzon, kan öka risken för att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar. Detta visar på behov av kunskap om kardiovaskulära sjukdomar för att kunna förebygga sjukdomarna. Därför har personens förståelse av ett hälsosamt liv och att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor betydelse i den här processen. Att motivera personen till att exempelvis äta hälsosam kost, motionera regelbundet, minska stress och att inte röka kan bidra till att förhindra eller begränsa sjukdomen (Almås et al., 2011). Det kräver

dock individuella insatser för att kunna motverka eller kontrollera sjukdomen. Det vill säga preventionsåtgärder på individnivå samt samhällsnivå (Franco, Cooper, Bilal & Fuster, 2011).

Livsstilen har stor påverkan på kardiovaskulära sjukdomar därför att en hälsosam livsstil är en individbaserad prevention samt åtgärd för kardiovaskulära sjukdomar. Medan ohälsosam livsstil har en motsatt effekt och orsakar exempelvis övervikt vilket stegvis leder till kardiovaskulära sjukdomar. Hälsosam kost är en grundläggande faktor till att förebygga kardiovaskulära sjukdomar och allmänt välmående. Eftersom hälsosamma livsmedel innehåller näringsämnen som reducerar blodfetter (kolesterol) och därmed minskar risken för kardiovaskulära sjukdomar (Watson & Zibadi, 2018). Däremot kan ohälsosamma livsmedel medföra hög kolesterolhalt och hypertoni särskilt i samband med diabetes mellitus vilket ökar uppkomsten av kardiovaskulära sjukdomar. Därför är hantering av diabetesvård ett preventionsmedel mot kardiovaskulära sjukdomar för personer med diabetes mellitus. Det undviker indirekt inverkan på andra faktorer vilket skulle ha förvärrat kardiovaskulära sjukdomar som ligger bakom diabetes mellitus (Mannucci et al., 2013).

Fysisk aktivitet är den andra fundamentala delen av hälsosam livsstil efter matvanor för att förebygga kardiovaskulära sjukdomar. Fler studier med omfattande evidensbaserad forskning visar att fysisk aktivitet har stor positiv effekt av att förebygga sjukdomar som är relaterade till livsstil (Kolbe-Alexander et al., 2012; Schmidt, Endres, Dimeo & Jungehulsing, 2013 & Watson & Zibadi, 2018). Det innebär att fysisk aktivitet bidrar till att minska dödlighet och insjuknande genom att minimera inverkan av en del risksjukdomar såsom hypertoni, diabetes mellitus och dyslipidemi (hyperlipidemi). Dessutom kan den skyddande effekten av motion minimera både kardiovaskulära sjukdomar och kognitiv försämring. Det visade sig även i studien att fysisk aktivitet som en primär åtgärd förebygger stroke och även efter stroke i rehabiliteringsprocessen. Därför är fysisk aktivitet en mångfacetterad preventionsåtgärd (Schmidt et al., 2013).

Andra riskfaktorer som bland annat rökning orsakar dödsfall i yngre ålder och har också en aktiv inverkan på kardiovaskulära sjukdomar. Även om det finns olika behandlingar vid kardiovaskulära sjukdomar, är effekten av ett rökstopp hos patienten en aktiv åtgärd som kan förebygga eller minimera symtom. Denna individuella åtgärd ska anpassas i samverkan av sjuksköterskan och personen (Weil, Stritzke & Schuckert, 2012). Därför belyses sjuksköterskans professionella roll i samband med omvårdnadsprocessen som erbjuds (Almås et al., 2011).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Sjuksköterskan främsta professionella ansvar har för avsikt människor i behov av vård samt ansvarar till att tillämpa och utöva hjälpliga riktlinjer inom omvårdnad, ledarskap, forskning och kunskapsförmedling (International Council of Nurses [ICN], 2012). Sjuksköterskan som professionell bör ha kännedom och uppfattning, färdighet och skicklighet, bedömningsförmåga och förhållningssätt till vad som är relevant för att kunna utföra en god och säker omvårdnad. Sjuksköterska behöver alltid reflektera över hur arbetet utförs och vad som händer vid bemötande av personerna, vilket är ett sätt som bidrar till kontinuerlig utveckling och framsteg av omvårdnadskompetens (Dahlborg-Lyckhage, 2014). Dessutom är sjuksköterskan kärnan i att aktivt få fram forskningsbaserad kunskap för att utöva evidensbaserat arbete samt bevara omvårdnadens värdegrunder. Sjuksköterskan

representerar professionella värden som är respektfullhet, lyhördhet, medlidande, tillförlitlighet och integritet (ICN, 2012).

Sjuksköterskans vetenskap och medverkan har stor betydelse för patientens hälsa och tillfredsställelse. Det har visat sig att sjuksköterskans medverkan i patientens vård har betydelse för patientens överlevnad och tillfrisknande (Ehrenberg & Wallin, 2014). Sjuksköterskan har ett stort lärandeansvar för att undervisa och informera personen med kardiovaskulära sjukdomar till att förändra livsstil. Det räcker inte med enkla råd och medicinsk behandling utan det krävs utbildning av personen, stöd och möjligheter till konversation för att uppfatta vad som hänt, vad som kan hända framöver samt hur de kan förhindra återkomst (Fridlund, Malm & Mårtensson, 2012).

En legitimerad sjuksköterskas speciella kompetens är omvårdnad som består av både vetenskapligt kompetensområde och en helhetsbaserad människosyn i den patientnära verksamheten. Sjuksköterskan ansvarar på egen hand för kliniska bedömningar som kan hjälpa personerna och ökar sannolikheten till att förbättra, bevara eller få tillbaka sin hälsa, sköta hälsokomplikationer, sjukdom eller funktionsnedsättning och åstadkomma bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet ända till livets sista tid. Sjuksköterskans omvårdnad utgår från sex kärnkompetenser, vilka är partnerskap med patienten, personcentrerad vård, arbete i team, säker vård, evidensbaserad vård och informatik. Sjuksköterskan har ansvar att leda och utföra omvårdnadsarbetet. Det vill säga att sjuksköterskan i samarbete med team och patienten ansvarar för att ta ett beslut, diagnostik, ordna, utföra och utvärdera omvårdnaden. Omvårdnaden syftar till patientens fundamentala behov och upplevelser i vardagen genom en humanistisk människosyn (Sjuksköterskeförening [SSF], 2017).

Omvårdnad

Omvårdnad är ett yrkesområde, en profession samt akademiskt ämne som består av teori, grundad erfarenhet, estetiska och etiska kunskaper. Begreppet omvårdnad används i sjuksköterskeutbildning och redogör för kapacitet, behov samt en professionell kompetens. Omvårdnadsperspektivet bildas av fyra globala kännetecken, som är humanvetenskapligt fokus, praktisk inriktning, omsorgstradition och hälsoinriktad. Det humanvetenskapliga fokuset utgår från att förstå och se personen som helhet till skillnad från alla kroppsdelar. Omvårdnad engageras särskilt i personens erfarenhet av hälsa och diagnos under personens liv. Dels för att hitta lösning på hälsorelaterade bekymmer samt vara behjälplig i hälsorelaterade situationer. I andra hand påpekar detta att omvårdnad kräver kunskap om olika påtagliga åtgärder och behandlingar samt kunnande som siktar till att höja förståelse och omsorg om personen (Ehrenberg & Wallin, 2014).

Omvårdnad utgår ifrån professionell etik, etiska regler och därmed hur dessa har inverkan i mötet mellan sjuksköterskor och personer inom vårdkommunikation. Detta innebär att vid varje omvårdnad bör hänsyn tas till de etiska övervägandena. Dessutom behöver omvårdnaden erbjudas individuellt för att anpassas efter individens behov. En individbaserad omvårdnad har stor roll för att skapa en säker relation mellan vårdgivare och vårdtagare. Varje bemötande sker för att stödja och hjälpa personen. Detta görs för att personens behov ska tillgodoses och förebygga sårbarhet. Genomförande av en god omvårdnad är att i grunden ha rätt atmosfär vid mötet med personen och på så vis skapa en gemensam plattform mellan vårdgivare och personen. Denna gemenskap leder till öppenhet och därmed underlättar att skapa en vårdrelation med anledning av att personen ska uppleva respekt och partnerskap i sin egen vård, där vården planeras och utförs individuellt passande

enligt personens behov, önskemål och resurser. Dessutom ska all vård vara baserad på evidens för att kunna garantera den vården som behövs (SSF, 2016).

För att kunna erbjuda god omvårdnad till personer med kardiovaskulära sjukdomar krävs en god observationsförmåga vid kliniska bedömningar av personen. Dessa primära bedömningar omfattar pulsfrekvens, hjärtminutvolym, blodtryck samt kontroll av förekomst av eventuella ödem och halsvenstas (Ericson & Ericson, 2012). Dessa bedömningar är avgörande i första mötet med personen som drabbas av kardiovaskulära sjukdomar eller befinner sig i riskzonen. Därför krävs kunskap om anatomi och fysiologi även för att kunna behärska teoretisk kunskap och praktiska färdigheter i samband med teknisk utrustning som används i relation till kardiovaskulära sjukdomar (Almås et al., 2011).

Innan den moderna omvårdnadens historia, arbetade sjuksköterskor mot personens hälsa vilket ses vara mindre intressant. Personen ska vara i fokus istället för sjukdomen (Ekman et al., 2014). Att lyssna på personens berättelse är ett sätt att ta reda på personens tillstånd och få detaljerad information om personen som kan vara till användning för personens vård, eftersom kardiovaskulära sjukdomar orsakas av livsstil förutom de påverkbara riskfaktorerna. Utöver detta, den informationen som utbyts (SSF, 2016) kan hjälpa personen att få en bredare förståelse om sin egen hälsa som är grunden till ett partnerskap inom vården vilket är en fundamental del av en personcentrerad omvårdnad.

Personcentrerad omvårdnad

En personcentrerad vård ses som en process som grundar sig på personens egen berättelse av sin sjukdom som placerar personens och hennes/hans livssituation i fokus, inte diagnosen. Personens berättelse i sin tur leder till partnerskap mellan den professionella vårdgivaren och personen, vilket ger en klarhet och gemensam förståelse av sjukdomsbilden och därmed bidrar till professionell planering av vård och behandling. Sist försäkras gemensamt en vårdplan och genomförandet för att finnas tillgänglig för andra yrkesroller i teamet. Med det menas att personcentrerad omvårdnad innebär att personen tillsammans med vårdgivare planerar och utför sin vård. Som vårdpersonal behöver personens önskemål, vilja, motiv, resurs och behov respekteras samt ge personen den information och stöd som behövs för att fatta beslut och vara delaktig i sin egen vård (Ekman et al., 2014). En personcentrerad vård utgår ifrån att ha personen i centrum och att ha hälsoperspektiv och börja där personen befinner sig, vilket i sin tur bidrar till en hälsofrämjande omvårdnad. Detta bidrar till att göra personen delaktig i sin förändring. En hälsofrämjande omvårdnad kan i sig utöka personens kapacitet för förståelse och kontroll för det har visat sig att känslor och tankar har förbindelse med fysiologisk agerande (SSF, 2017).

Människan beskrivs som en harmoni av tre aspekter; kroppen, anden och själen, i en social omgivning. Vid varje uppkommande problem påverkas alla dessa aspekter av personen negativt. Med hänsyn till det ska en god omvårdnad erbjudas utifrån olika perspektiv som har stor betydelse för personens vård. Detta görs genom att personen och sjuksköterskan reflekterar över situationen, sätter ett mål i framtiden som ska uppnås samt är medvetna om utmaningar som sker på vägen till förändringen. Det krävs motivation och intresse till utveckling samt preventionsåtgärder för att undvika återfall. Det är sjuksköterskan och personen som ska hantera den situationen i början. Sedan behöver personen lära sig att hantera sitt tillstånd samtidigt som personen också behöver stöd av anhöriga (Gustin & Skärsäter, 2014).

Att kommunicera med andra personer är en av de nödvändiga resurserna för att skapa en relation med andra människor. Detta samspel bygger relationer och skapar utrymmen för utbyte av varierad information. Bra kommunikation med inkluderade personer inom vården är själva underlaget för personcentrerad vård. Valfungerande kommunikation beror på vårdgivarens kunskap och förmåga att använda resurser. Exempelvis hålla sig informerad om personens resurser, taktiken, anpassa sig till personens behov och prova olika kommunikationssätt för att utföra en god kommunikation. Sjuksköterskan ansvarar för att personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling (Ekman et al., 2014). Det har också visat sig att stor del av sjuksköterskans arbete i omvårdnaden går till information och undervisning av personen för att förstå, sköta och ha kontroll över sin hälsa (Fridlund et al., 2012).

Delaktighet och empowerment är resurser för att ha kontroll över sin vård. Empowerment beskrivs som egen kraft vilket inom personcentrerad omvårdnad är ett begrepp i samband med kommunikation inom vård. Detta betyder att personen kan bestämma över sin behandlingsprocess, fattar beslut och samarbetar i hela processen. Dessutom handlar det om vilka förväntningar vårdtagare har av sin vårdgivare. Empowerment och delaktighet är två faktorer i personcentrerad omvårdnad som håller personen i centrum samtidigt som makten delas mellan vårdgivaren och vårdtagaren jämlikt oavsett besluten som ska fattas. Detta innebär att personen deltar i sin vård medan den tillåter vårdpersonalen att ta ansvar över deras situation. Att genomföra personcentrerad omvårdnad i mötet mellan vårdgivaren och vårdtagaren innebär att undvika missuppfattningar inom vårdkommunikationen, eftersom vårdgivarens- och vårdtagarens mål skulle kunna vara olika, vilket kan leda till missuppfattning. För att kunna komma överens om deras mål behöver en säker och respektfull relation byggas som grundar sig på individens integritet och självbestämmande (Fridlund et al., 2012).

Att främja personcentrerad omvårdnad bidrar till en säkrare vård där det krävs att ge tydlig information samt att ha en bra teknik för att kommunicera. Dock är det inte alltid lätt att tillämpa rätt kommunikation samt att ge tydlig information. Därför behöver olika kommunikationstekniker tränas kontinuerligt. Dessutom är det givande att ha olika yrkesroller inom hälso-sjukvården. I detta fall fungerar sjuksköterskor som en genväg mellan personen och andra yrkesroller vilket belyser sjuksköterskans roll inom vården. Det vill säga att kommunikationstekniken kan beröra yrkesmässig tillfredsställelse i sjuksköterskors arbetsmiljö och bidra till att utföra omvårdnad med hög patientsäkerhet, vårdkvalitet, god vård och delaktighet (Rouleau, Ganon & Cote, 2015).

Motiverande samtal

Motiverande samtal är en behandlingsmetod som ursprungligen kommer från en amerikansk psykolog, professor William R. Miller, i 1980-talet. Samtalet syftar till att förstärka personens motivation för att förändra sina vanor (Holm Ivarsson, 2016). Enligt socialstyrelsen riktlinjer (u.å.) utförs motiverande samtal för att underlätta förändringsprocessen. Motiverande samtal utövades först för att behandla personer med alkoholproblem men i dagens läge utförs motiverande samtal i behandlingsprocessen av flera sjukdomar. Samtalet genomförs genom att ge råd om personens behov av beteendeförändring, bland annat livsstilsförändringar såsom tobak, alkohol, fysisk aktivitet, kostvanor, droger, spel med mera. Samtalsmetoden får användas i form av en kort rådgivning eller uppföljningssessioner under en bestämd eller obestämd tidsperiod. Metoden utgår ifrån en teoretisk modell av Prochazka och Di Clementes (1982) som framställer motivation och

beteendeförändringars olika faser. Teorin innebär att förändringar börjar när personen ifrågasätter sina vanor och därmed undersöker sitt beteende gällande vanorna. Detta sker på grund av personens ambivalens och tankar över sina dagliga liv. Ambivalensen hjälper personen att kunna gå vidare i förändringsprocessen (Socialstyrelsen, u.å.).

Motiverande samtal erhålls för att vägleda personen till att undersöka och finna lösning på osäkerheten att kunna genomföra förändringar (Lai, Cahill, Qin & Tang, 2010). Enligt Miller (2010) grundar sig motiverande samtal på relationen med personen där det krävs kompetens att utföra samtalet på ett motiverande sätt för att hjälpa personen att återfå ett normalt liv igen. Den som utför samtalet ska vara aktivt lyssnande, positiv, visa intresse, bekräfta personens sårbarhet, visa medkänsla, föreställa sig i personens situation och visa respekt till personens autonomi och värde. Däremot får inte rådgivaren komma med sina egna åsikter för att detta kan medföra ett motstånd hos personen med eventuell konsekvens att personen avstår från sin nödvändiga behandling (Dart, 2011).

Att kunna motivera personen till att engagera sig i vårdprocessen har varit en utmaning länge. För att öka personens upprättelse samt att få bättre omvårdnadseffekt behövs det väckas ett intresse hos personen. Detta gäller främst för att han/hon skall få tillgång till sin vårdinformation samt deltar i sin vård som behövs (Prey et al., 2014). Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande spelar en aktiv roll i att motivera personen i beteendeförändringar särskilt vid bemötande av personen med mindre förändringsmotivation. Det har visat sig att behandlingen blir mer komplicerad i detta fall. Vårdgivaren motiverar personen att kunna kritiskt granska sina riskabla levnadsvanor och reflektera över sitt beteende för att kunna lösa varje dilemma (Codern-Bové et al., 2014).

Enligt Stawnychy et al. (2014) beskrivs motiverande samtal som en resurs till att bilda en tillförlitlig relation för att motivera personens engagemang i sin vård. Med andra ord genomförs motiverande samtal med att sätta personens mål i centrum för att kunna påverka livskvalitet, och då ökar dessutom personens egenvårdsförmåga (Stawnychy et al., 2014). För att skapa motivation hos personen kan varierande faktorer användas i form av katalysatorer. Empowerment är en av de katalysatorerna inom hela behandlingsprocessen för att motivera personen att samverka i hela processen. Även tidigare forskning visar empowerment som en tillförlitlig och värdefull åtgärd som har positiv inverkan inom hälso- och sjukvården, särskilt i samband med andra behandlingar (Risling, Martinez, Young, & Thorp-Froslie, 2017; Stawnychy et al., 2014). Utan viljan och tendens till förändring finns ingen chans att kunna lyckas därför görs motiverande samtal för att väcka intresse och vilja (Stawnychy et al., 2014). Dessa påvisar att motiverande samtal kräver tålamod och tolerans av sjuksköterskan då intervjun inte går lika smidigt för alla personer och blir inte detaljerad som planerat. Det behövs även fler försök och lite längre tid än planerat (Crawley, Murphy & McKee, 2018).

Livskvalité

Livskvalité är ett begrepp som inte har en tydlig definition. Därför utvärderas livskvalité med faktorer som påverkar detta. Livskvalité identifieras med tre begrepp: tillfredsställande livsvillkor, generella välbefinnande och realisering av mänskligt liv. Tillfredsställande livsvillkor skiljer sig från de andra två begreppen därför att tillfredsställelse är ett omätbart beroende värde. Det värdet är beroende av personens livsvillkor och kan därför variera från person till person och under olika omständigheter. Generella välbefinnande förändras över

tiden gång på gång och kan sannolikt bli stabilt efter att personen anpassar sig med nya förutsättningar. Realisering av mänskligt liv, som är ett flerdimensionellt inre tillstånd, är känsligt för hälsoförändringar och kan därför vara en lämplig förklaring för livskvalité som ett resultat av omvårdnad. Dessa dimensioner bör bedömas för att ge den vård som behövs till personer (Boggatz, 2016).

Kardiovaskulära sjukdomar är en orsak till funktionshinder och sjukdomsördan i hela världen som påverkar personens dagliga liv. Personen får stora konsekvenser och behöver ställa om livssituation i förhållande till sjukdomen/ risken vilket påverkar livskvalitén (Almås et al., 2011). Anpassning eller förändring till den nya vardagen kan kännas revolutionerande och har olika påverkan på livskvalité, eftersom varje person och sjukdomstillstånd är unikt (Fridlund et al., 2012). En av de vanligaste konsekvenserna till kardiovaskulära sjukdomar är depression, vilket kopplas till hög dödlighet i denna grupp av personer. Depression är en avgörande faktor som starkt påverkar livskvalitén och som också har ett samband med egenvårdsförmåga hos personer. Studier visar att depression leder till social isolering vilket i sin tur påskyndar dödlighet. Detta gör att personer med kardiovaskulära sjukdomar som drabbas av depression försämras i sin sjukdom vilket leder till mer insjuknande och därmed minskar livskvalitén (Hare, Toukhsati, Johansson & Jaarsma, 2014).

En annan faktor är ångest och oro vilka har en direkt inverkan på livskvalitet. Personen med kardiovaskulära sjukdomar lider av ångestsyndrom särskild i närvaro av depression vilket i sin tur leder till ökad mortalitet. Personer med depression har mindre vilja att engagera sig i uppfriskande aktiviteter som exempelvis regelbunden fysisk aktivitet eller rökstopp. Dessa riskfaktorer har stor betydelse för både kroppen och själen och bidrar till en bättre livskvalitet. Förbättring i kardiovaskulära sjukdomars riskfaktorer innebär minskning i komplikationer vilket resulterar i ökad grad av livskvalité hos dessa personer (Hare et al., 2014).

Problemformulering

Kardiovaskulära sjukdomar är bland de vanligaste globala dödsorsakerna och orsakas av olika ohälsosamma levnadsvanor (Richards et al., 2017). Idag har människor höga krav på sig själva för att kontinuerligt prestera bättre i samhället och följer inte förebyggande och behandlande riktlinjer för kardiovaskulära sjukdomar/risker fullt ut. Dessa faktorer gör att dödligheten från kardiovaskulära sjukdomar fortfarande är hög (Van camp, 2014). Kardiovaskulära sjukdomar orsakas av individens levnadsvanor, som i första hand är individens ansvar. Trots ökad kunskap och information om vikten av en hälsosam livsstil (Almås et al., 2011) är kardiovaskulära sjukdomar fortfarande dominerande i hela världen (Dahlström et al., 2010). Sjuksköterskor och annan vårdpersonal ansvarar för att vägleda, stödja och uppmärksamma personer som ligger i riskzonen eller redan lider av kardiovaskulära sjukdomar. Därför är det av intresse att undersöka om MI kan leda till livsstilsförändringar i denna patientgrupp.

SYFTE

Syftet var att undersöka betydelsen av motiverande samtal för personer med, eller som är i riskzonen för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar.

Frågeställningar

- Vilken betydelse har motiverande samtal för livskvalitén hos denna grupp av personer med kardiovaskulära sjukdomar?
- Vilken betydelse har motiverande samtal för personer som är i riskzonen för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar?

METOD

Val av metod

Metoden som valdes var en litteraturöversikt. En litteraturöversikt innebär att söka och sammanställa befintlig litteratur, belysa ämnesområdet och få en tydligare bild inom valt forskningsområde (Friberg, 2017). Eftersom syftet i föreliggande studie var att sammanställa forskning kring valt problemområde ansågs litteraturöversikt passa bra som metod.

Urval

Inklusionskriterierna som valdes var vetenskapliga artiklar som var peer-reviewed. Enligt Kristensson (2014) är en peer-reviewed artikel en tydlig strukturerad som skrivs som en översikt av vetenskapliga forskningar, offentliggörs primärt och kvaliteten granskas av en expertgrupp. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt publicerade mellan 2009 till 2018 för att få fram den senaste forskningen. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. Studien inkluderade både kvinnor och män samt alla kardiovaskulära sjukdomar såsom, hypertoni, hjärtsvikt, kroniska hjärtsjukdomar och stroke. Studien exkluderade artiklar där motiverande samtal utfördes av annan profession än sjuksköterska. Reviews exkluderades.

Datainsamling

Databaser som användes för datainsamling var Public Medline [PubMed] och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL Complete]. PubMed innehåller vetenskapliga tidskriftsartiklar som handlar om medicin, omvårdnad och odontologi. CINAHL Complete består av olika dokumenttyper såsom monografier, doktorsavhandlingar, konferensabstrakt samt vetenskapliga tidskriftsartiklar som beskriver omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Friberg, 2017). Enligt Forsberg och Wengström (2016) har dessa databaser olika beskrivningar beroende på innehåll, dokumenttyper, språk med flera. I PubMed användes [MeSH]-termer som är en förkortning för Medical Subject Headings och i CINAHL Complete användes ämnesord vilket kallas CINAHL-Headings (Karlsson, 2017).

Databassökning

Vid databassökning användes svensk MeSH för att översätta svenska ord till rätt engelsk term. Därefter användes dessa engelska orden i form av varierande ordkombinationer av MeSH-termer i PubMed och CINAHL-Headings i CINAHL Complete. I PubMed användes MeSH-termerna "Cardiovascular diseases", "Nursing", "Nurse (motivational interviewing)" och "motivational interviewing" i kombination med "Lifestyle" och "Quality of life". I CINAHL Complete användes CINAHL-Headings "Cardiovascular diseases", "motivational interviewing" och "motivational interviewing" i kombination med "Lifestyle" och "Quality of life". Förutom detta gjordes fritextsökning med termer "motivation", "Motivational

interviewing” och “Consulting”. Sökstrategier som används har betydelse för att kunna presentera resultat med hjälp av relevanta artiklar (Karlsson, 2017).

För att få fram olika sökord och synonymer användes boolesk sökteknik med operatörer AND och OR. Östlund (2017) beskriver att söktermen AND används för att sätta samman två eller fler söktermer för att ge en smalare träff, medan OR används för att få fram en bredare träff med antingen någon eller båda av söktermerna. För att välja ut artiklar lästes först titeln igenom. Om titeln verkade relevant för syftet lästes tillhörande abstrakt igenom, och därefter hela artikeln om abstraktet verkade stämma överens med syftet i föreliggande arbete. Se tabell 1 för alla redovisade sökningar i sökstrategier.

Tabell 1. Presentation av databassökning i databaser PubMed och CINAHL Complete

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2018-09-25	Cardiovascular diseases) And Nursing or Nurse (motivational interviewing)	971	23	8	3
PubMed 2018-09-25	motivational interviewing and Cardiovascular diseases and nurse or nursing (MeSH-term)	17	12	7	2
PubMed 2018-09-25	Cardiovascular and motivational interviewing	170	37	18	4
CINAHL Complete 2018-10-01	(MH "Cardiovascular nursing") AND (MM "Quality of Life")	7	5	4	1
CINAHL Complete 2018-10-03	(MH "Cardiovascular Diseases") AND motivational interviewing	58	21	12	5
TOTALT		1223	98	49	15

Manuell sökning

Manuell sökning innebär att söka data som berör ämnet från en relevant artikel, böcker, tidskriftsartiklar referenslista som besvarar syftet (Forsberg & Wengström, 2016). En artikel av Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt och van Mechelen (2011) inkluderades i arbetet genom manuell sökning.

Databearbetning

Artiklarna skrevs ut och lästes därefter igenom ett flertal gånger för att få en tydlig överblick över materialet samt kvalitetsbedömdes med hjälp av ett granskningsformulär (Berg, Dencker, Skärsäter & Willman, 1999), se bilaga A. Artiklarnas resultat av klassificering och värdering redovisas i en matris (Bilaga B).

Dataanalys

I första steget lästes artiklarna återigen igenom för att få en helhetsbild och en djupare förståelse av innehållet. I andra steget analyserades artiklarna till sammanställande bärande begrepp i relation till syftet. Sedan söktes efter likheter och skillnader i artiklarna samt kodfärger användes för att visa vilken artikel som kategoriseras under vilket tema. I steg fyra kategoriserades koderna under olika tema. Sedan gjordes en gruppering av koderna under passande tema vilket baserades på färgerna som användes innan. Teman och kategorier togs fram i enlighet med Forsberg och Wengström (2016) för att hitta likheter och skillnader i artiklarna.

Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden inom forskningsprocessen innebär bland annat att alla resultat ska redovisas även om de inte stödjer forskarnas egna åsikter eller hypoteser (Helgesson, 2015). Ytterligare överväganden som författarna i föreliggande arbete tog i beaktande var att förhålla sig objektiv och vara medveten om sin egen förförståelse i möjligaste mån.

Författarna har använt sig av synonymer och lexikon för att i enlighet med Henricsson (2017) minimera missuppfattningar eller feltolkningar av artiklarnas resultat. Enligt Forsberg och Wengström (2016) innebär god forskningssed att data ej ska plagieras eller fabriceras. Författarna i föreliggande studie har arbetat enligt god forskningssed.

RESULTAT

Resultatet består av 15 utvalda vetenskapliga artiklar som granskades och analyserades i en integrerad analys. Resultatet presenteras med hjälp av rubriker som framkom under dataanalysen: motiverande samtal i relation till riskfaktorer, sjuksköterskans motiverande samtal och livskvalité.

Motiverande samtal i relation till riskfaktorer

Ett flertal studier visade att motiverande samtal var effektiva för att hantera och förebygga riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar (Drevenhorn, Bengtson, Nilsson, Nyberg & Kjellgren, 2012; Jensen, Leeman-Castillo, Coronel, Perry, Belz, Kapral, Mori & Krantz, 2009; Loon, Van Dijk-de Vries, van der Weijden, Elwyn & Widdershoven, 2014; Ma Zhou, Zhou & Huang, 2014; Murphy et al., 2013 & Van Keulen, Mesters, Ausems, van Breukelen, Campbell, Resnicow, Brug & de Vries, 2011). Med hjälp av motiverande samtal kunde personer med kardiovaskulära sjukdomar minska blodtrycket, kolesterolhalten och öka viktneigången och därmed minska sitt Body Mass Index [BMI] (Drevenhorn et al., 2012; Ma et al., 2009; Van Keulen et al., 2011 & Wray, 2014). Vissa personer med kardiovaskulära sjukdomar hade enligt studien av Jensen et al. (2009) förbättrat beteendet gällande skötseln av sin hälsa. Personerna blev också bättre på att ta kontakt med sjukvården, besöka

vårdcentralen och träffa en vårdgivare. Efter motiverande samtal pratade flera personer om kardiovaskulära sjukdomar, risker och vikten av en hälsosam livsstil (Jensen et al., 2009; Van Keulen et al., 2011 & Wray, 2014). Flera personer uppskattade att de fick tydliga svar av sjuksköterskor när det gällde frågor om riskfaktorer i förhållande till levnadsvanor och hur det kunde förbättras (Loon et al., 2014). Därmed fick flera personer medicinsk behandling av sin sjukdom som exempelvis kolesterolsänkande läkemedel (Jensen et al., 2009 & Wray, 2014). Det visade sig även att motiverande samtal ökade personers följsamhet av sin medicinska behandling (Ma et al., 2014) och att även personerna själva upplevde att följsamheten av behandlingen hade förbättrats (Barker-collo et al., 2015). Ytterligare framkom det i vissa studier att motiverande samtal höjde personens allmänt upplevda hälsa (Chair, 2014; Creber, Patey, Lee, Kuan, Jurgens & Riegel, 2015 & Ma et al., 2014).

Däremot fann andra studier att motiverande samtal inte visade någon skillnad i att sänka den totala kolesterolhalten för personer med kardiovaskulära sjukdomar i interventionsgruppen, i jämförelse med kontrollgruppen (Barker-collo et al., 2015; Beckie & Beckstead, 2010 & Chair et al., 2014). I en studie av Barker-collo et al. (2015) visade resultatet inte någon minskning av blodtrycket.

Förändring av levnadsvanor

I ett flertal studier beskrevs att motiverande samtal som genomförts i syfte att skapa hälsosammare levnadsvanor, påvisade en positiv förändring av dessa (Drevenhorn et al., 2012; Groeneveld, Proper, Beek, Hildebrandt & Mechelen, 2011; Ma et al., 2014; Murphy et al., 2013; Van Keulen et al., 2010; Wray, 2014).

En del studier fann att sjuksköterskans motiverande samtal bidrog till att motivera patienten att röra på sig och skaffa hälsosammare matvanor (Drevenhorn et al., 2012; Ma et al., 2014; Murphy et al., 2013; Van Keulen et al., 2010 & Wray, 2014). Det visade sig även att konsumtionen av grönsaker ökade hos denna grupp (Van Keulen et al., 2011). Fruktintag ökades samt onyttiga mellanmål minskade med hjälp av motiverande samtal i förhållande till kontrollgruppen (Groeneveld et al., 2011 & Van Keulen et al., 2011). Personer med hjärtproblem som erbjöds motiverande samtal visade ett lägre fettintag och högre förmåga till fysisk rörelse (Murphy et al., 2013 & chair et al., 2014). I flera studier framkom det även att motiverande samtal bidrog till minskad alkohol- och tobakskonsumtion (Drevenhorn et al., 2012; Groeneveld et al., 2011 & Ma et al., 2014). Enligt Chair et al. (2014) förbättrade personer med kardiovaskulära sjukdomar och låg motivation förmågan att röra på sig. I studien av Drevenhorn et al. (2012) rapporterade personer i interventionsgruppen att de upplevde mindre stress i jämförelse med personer i kontrollgruppen. Enligt (Loon et al., 2014) uppgav personer som hade svårt att genomföra en hälsosammare livsstil att bara få träffa sjuksköterskan var en motivation i sig till att upprätthålla en hälsosam livsstil.

Flera artiklar visade att motiverande samtal inte bidrar till förändrade levnadsvanor (Chair et al., 2014; Groeneveld et al., 2011 & Lakerveld et al., 2013). Det framkom i flera studier att motiverande samtal inte lyckades att motverka rökning (Chair et al., 2014; Groeneveld et al., 2011 & Lakerveld et al., 2013). Det fanns ingen skillnad angående fysisk aktivitet i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen (Groeneveld et al., 2011; Murphy et al., 2013; Lakerveld et al., 2013). Dessutom framkom det i studiens resultat att skillnaden mellan gruppen när det gäller intaget av frukt och grönsaker var små (Lakerveld et al., 2013). I studierna framkom också att varken fysisk aktivitet, fruktintag eller grönsaksintag blev bättre av motiverande samtal i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Sjuksköterskans motiverande samtal

Personers upplevelse av sjuksköterskans motiverande samtal

Flera studier visade på överensstämmande resultat om att personer var nöjda med sjuksköterskans motiverande samtal (Loon et al., 2014; Riegel et al., 2017; Van Keulen et al., 2011 & Wray, 2014). Motiverande samtal som genomfördes av sjuksköterskan sågs vara stödjande och uppmuntrande med realistisk rådgivning och omtänksamt samarbete med personen. Samtidigt som sjuksköterskan tog hänsyn till personen för förståelse och autonomi (Loon et al., 2014). Detta överensstämde med studien av Wray (2014) där personer själva uppskattade sjuksköterskans motiverande samtal och uppgav att deras bekymmer togs på allvar samtidigt som sjuksköterskan använde individuellt anpassade verktyg och stöd. Även studien av Van Keulen et al. (2011) menade att personer som tog emot motiverande samtal var allmänt nöjda och kom ihåg interventionen i förhållande till kontrollgruppen. Enligt Riegel et al. (2017) skapade sjuksköterskan en miljö där det utbyttes stöd, tankar och accepterande av personens preferens och mål utan att personen kände sig dömd. Loon et al. (2014) och Riegel et al. (2017) menade att vid uppkomst av hinder förstod sjuksköterskan personens situation och såg det som hände som en del av processen. Därefter hjälpte sjuksköterskan personer att komma ifrån hindret och hitta en ny och bättre väg för att uppnå målen.

Egenvård

Sjuksköterskans motiverande samtal som intervention visade sig ha en positiv inverkan på patientens egenvård för personer med kardiovaskulära sjukdomar (Creber et al., 2015; Paradis, Cosette, Frasure-smith, Heppell & Guertin, 2010 & Riegel et al., 2017).

Personer med kardiovaskulära sjukdomar som tog del av motiverande samtal hade förbättrad förmåga att sköta sin egen hälsa (Creber et al. 2015; Paradis et al., 2010 & Riegel et al., 2017). Egenvårdsförmåga framgick i de flesta artiklar i form av hur personerna upprätthöll, hanterade och trodde på sig själva att sköta sin egenvård (Creber et al. 2015; Paradis et al., 2010 & Riegel et al., 2017). I en del artiklar framkom det att motiverande samtal förbättrade personens förmåga att upprätthålla sin egenvård (Creber et al., 2016 & Riegel et al., 2017). Enligt (Paradis et al., 2010 & Riegel et al., 2017) kunde personer med hjälp av motiverande samtal förhöja självförtroendet för att utföra sin egenvård. I studien av Riegel et al. (2016) förbättrades alla delar av egenvård genom att deltagarna handlade med självförtroende och kunde därmed upprätthålla sin egenvård. Riegel et al. (2016) menade att motiverande samtal hjälpte dessa personer att förstärka grundkunskapen om sjukdomen och vikten av kosthållning i förhållande till sjukdomen.

Några av studierna fann ingen signifikant skillnad mellan de som fick motiverande samtal med syfte att förbättra patientens egenvård i förhållande till kontrollgruppen som inte fick några motiverande samtal (Creber et al., 2016 & Ma et al., 2014). Det fanns ingen skillnad i självförtroende för hur egenvård skulle bedrivas (Creber et al., 2016 & Paradis et al., 2010). Enligt Riegel et al. (2016) var personer som fokuserade på hinder eller tidigare misslyckats uppfattade egenvård som svår att uppnå och var mindre mottagliga för beteendeförändringar. Å andra sidan visade Loon et al. (2014) att uppmuntran har betydelse för dessa personer för att försöka igen.

Livskvalité

Det framkom i flera artiklar att livskvalitén för personer med kardiovaskulära sjukdomar påverkades av sjuksköterskans motiverande samtal (Barker-collo et al., 2015; Beckie & Beckstead, 2010; Chair et al., 2014; Creber et al., 2017 & Ma et al., 2014). Det visade sig att personer med kardiovaskulära sjukdomar fick en förbättring i psykologiska symtom som exempelvis ångest och depression. Därmed ökade livskvalitén hos personer (Chair et al. 2014 & Ma et al., 2014). Personer i interventionsgruppen med liknande kliniska parametrar när det gäller kolesterolhalt, fetma och blodtryck som innan, påvisade en bättre livskvalité efter motiverande samtal än kontrollgruppen (Beckie & Beckstead, 2010).

Enligt Creber et al. (2015) ökade motiverande samtal den upplevda generella hälsan och det sociala stödet. Dock hävdade studien att det inte fanns något stor skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen när det gäller livskvalité. Detta överensstämde med en studie av Barker-collo et al. (2015) som visade att motiverande samtal inte hade någon effekt på humör och livskvalité.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Denna litteraturoversikt med syfte att undersöka betydelsen av motiverande samtal för personer med, eller som är i riskzonen för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar besvarades med hjälp av tre huvudfynd och tre underkategorier. Resultatet visade att motiverande samtal, både enskilt och i kombination med annan behandling, kunde hjälpa dessa personer till en hälsosammare livsstil och minskning av riskfaktorer såsom viktminskning och därmed BMI, puls, blodfetter och blodtryck. Inte bara praktiska förändringar var viktigt utan även personcentrerade förhållningssätt där personerna känner sig nöjda med samtalen och sjuksköterskans bemötande. Motiverande samtal bidrar till att uppfylla målet med en god omvårdnad genom att förebygga sjukdom, minimera lidande, främja hälsa och välbefinnande och därmed skapa bättre förutsättningar till en bättre livskvalité genom ett holistiskt förhållningssätt.

I ett flertal studier framkom det att motiverande samtal bidrar till bättre levnadsvanor och därmed minskar symtomen av sjukdomarna och riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar (Drevenhorn et al., 2012; Groeneveld et al., 2011; Ma et al., 2014; Murphy et al., 2013; Van keulen et al., 2011 & Wray, 2014). Att informera och vägleda personer är en stor del av sjuksköterskans arbete för att ge patienter en uppfattning om diagnosen, hantera och ta kontroll över sin hälsa (Fridlund et al., 2012). Med detta menas att motiverande samtal är en del av sjuksköterskans arbete för att guida personen till att förändra sina levnadsvanor till mer hälsosamma. Socialstyrelsen (2015) skriver i sina riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder att hälso- och sjukvården har ett stort ansvar för att minimera personens riskfaktorer då det kommer till exempelvis rökning och höga blodfetter, vilket sjuksköterskan med hjälp av motiverande samtal kan göra. Socialstyrelsen (2015) nämner vidare att vården behöver fokusera mer på personers levnadsvanor och att vara mer tydliga med vad som kan erbjudas för hjälp till personer som har viljan att förändra sin livsstil. Enligt Barth, Børtveit & Prescott (2015) bör motiverande samtal baseras på sjuksköterskan och personens gemensamma motivation till förändring. Vårdpersonalen undersöker noggrant behovet och kan vägleda personen om vad som kan vara bra att göra. Därefter kan det tillsammans hitta ett område och fokusera på förändringar som känns meningsfulla för båda.

Trots ovanstående påvisade flera studier att motiverande samtal inte har kunnat ge en positiv verkan för att ändra levnadsvanor (Groeneveld et al., 2011; Chair et al., 2014 & Lakerveld et al., 2013). Inget stor skillnaden i riskfaktorerna påvisades heller (Barker-collo et al., 2015; Beckie & Beckstead, 2010; Chair et al., 2014). Anledningen kan vara olika mänskliga faktorer som hindrar implementering av motiverande samtal och därmed påverkar effekten negativt. Exempel på mänskliga faktorer är motivationsnivå, personens utbildning och jobb, vilket land man befinner sig i, kompetens hos vårdgivare och personen själv, sättet att utföra samtalet, hälso- och sjukvårdens roll och hinder som uppstår på vägen. Vården kan se olika ut i olika länder där personen kanske inte får vara delaktig och självbestämmande i sin vård utan det är hälso- och sjukvårdspersonalen som uttalar och bestämmer vad personen ska göra. Detta förhållningssätt kan vara en anledning till liten eller utebliven effekt av motiverande samtal. Granskade artiklar inkluderar flera olika länder vilket innebär att kunskapsnivån om hälsa och riskfaktorer också är olika för deltagarna som kan påverka resultatet av motiverande samtal. Befolkningens kunskapsnivå om hälsa kan ses olika ut i olika länder. Kompetens hos sjuksköterskan som utförde motiverande samtal har stor betydelse i effekten av interventionen. Det beskrivs av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2014) att motiverande samtals uteblivna effekt är svår att bedöma, då anledningen kan beror på att motiverande samtal inte är effektiva eller vårdgivarens kompetens var inte tillräckligt bra. Vidare konstaterades det att det inte är säkert att implementering av samtalsmetoden utformad och definierad av Miller och Rollnick följdes.

Det är viktigt att först uppmärksamma personens egen vilja och motivationsnivå och det krävs att ta ställning till personens kapacitet till livsstilsförändring och självbestämmande. Personens motivationsnivå och ambivalens om sitt beteende är fundamentala faktorer till förändring. Motiverande samtal hjälper att reda ut osäkerheten (Socialstyrelsen, 2018). För att kunna bli motiverad till förbättring eller förändring av levnadsvanor behövs egen vilja och mål utifrån personen perspektiv (Stawnychy et al., 2014). Personens ambivalens spelar stor roll till att främja förändring genom motiverande samtal (Socialstyrelsen, 2018). Viljan att vinna över hinder och motivation för förändring kan ses som betydande i utöandet av motiverande samtal. Dessutom undersöker motiverande samtal kognitiva och emotionella aspekter som har inflytande på förändring. En persons målmedvetenhet, beslutsamhet, motivation, ansvar och tilltro är primära aspekter för motiverande samtal (Barth, et al., 2015). När det inte finns motiv eller endast finns en låg nivå av motivation från den egna personens sida kan det leda till motsatt effekt av motiverande samtal och personen vägrar ändra gamla vanor. Detta förklaras enligt Fridlund et al. (2012) att det kan bero på att personen upplever mer press utifrån till omställning snarare än egen vilja eller egen uppfattning. På grund av att personerna var upptagna med att smälta allt det nya upplevde de ångest, oro och stress över situationen. Uppfattningen av den verkliga situationen och förmågan att kunna ta beslut tar tid och kommer senare i sjukdomsförloppet. Personerna känner att de inte får hjälp att hantera tillståndet och kände sig ensamma med sin oro, rädsla och skuld känslor. Allt detta kan påverka implementering av motiverande samtal negativt och leda till uteblivet resultat.

Enligt Pellmer Wramner, Wramner och Wramner (2017) har personers levnadsvillkor stor anknytning till levnadsvanor. Levnadsvanor betraktas som livsstil, där livsstil oftast styrs av livserfarenhet, socialt nätverk, självkänsla och vad samhället har att erbjuda till att bidra till hälsa. Det har visat sig att personer som är arbetare, har lägre utbildning och låg inkomst har fler ohälsosamma levnadsvanor. Pellmer Wramner et al. (2017) menar att ett sjukdomsförebyggande arbete måste ske på ett sätt där det inte leder till skuld känslor och

att för mycket ansvar läggs på personen, utan det måste vara stärkande för personen för att klara av och ha kontroll över hälsan och kunna förändra sin livsstil. Detta förstärks av Socialstyrelsen (2015) riktlinjerna som påvisar en stark anknytning mellan socioekonomiska förhållanden och ohälsosamma levnadsvanor. Några studier nämner även att personens socioekonomiska status kan påverka effekten av motiverande samtal (Lakerveld et al., 2013 & Paradis et al., 2010).

Flera personer som deltog i motiverande samtal med sjuksköterskan uppgav att de var nöjda med samtalet, vilket framkom i flera studier (Loon et al., 2014; Riegel et al., 2017; Van keulen et al., 2011 & Wray, 2014). Vi anser att de här personerna fått ett bra bemötande med god omvårdnad vilket är en del av sjuksköterskans professionella ansvar. Sjuksköterskan försöker ha förståelse för personens livssituation, omsorg om individen och engagerar sig i personens liv utan att se diagnosen. Alla dessa aspekter är enligt Ehrenborg och Wallin (2014) en del av kännetecknen för ett humanistiskt perspektiv. Enligt Loon et al. (2014) upplevde personer också att motiverande samtal var individuellt anpassat stöd, uppmuntrande och kände sig förstådda. Vidare framkom det i resultatet att personer som tog del av samtalet rapporterade att sjuksköterskan tog sig tid till att förstå personerna genom att vara genuint intresserad, vilket är viktigt för personerna och de kände sig lättade över att kunna prata om problemet (Loon et al., 2014). Målet med den professionella sjuksköterskans ansvar enligt Ehrenborg och Wallin (2014) att utveckla kunskap för att förstå dessa personers behov och utforska hur behovet kan mötas. Dels för att göra personen medveten om hälsa och ohälsa samt uppmuntra till deras egenvård och därmed öka deras förmåga att hantera olika symptom och livsprocesser.

I denna studie används begreppet "person" trots att det skulle vara mer relevant att använda ordet patient istället för person i vissa sammanhang. Anledningen till detta är att vi ville förhålla oss till studiens kärna som är personcentrerad. Varje person är unik och oersättlig. Person handlar om vem man är, det vill säga identitet som inte är reversibel medan patienten är en roll som är ersättlig och förändringsbar. En person kan förstås med sin levnadshistoria, alla minnen, förväntningar och känslor och äger en alldeles särskild identitet, samt förväntas tas på allvar och är ojämförbar. Patient kan däremot identifieras utifrån sin diagnos och symtomen som sammanbundna med den personliga identiteten (Ekman et al., 2015). I denna studie anses därmed att det är mer personcentrerat att bli kallad person än patient. En person kan dock fortfarande ingå i patientrollen (Ekman et al., 2015).

Personcentrerad omvårdnad går ut på att ha personen i centrum och utgå från personens berättelse och sedan planera personens vård utifrån dennes resurser (Ekman et al., 2015). På så sätt får personen hjälp utifrån sin egen livshistoria. Från personens egen berättelse får sjuksköterskan möjlighet att förstå vilka levnadsvanor denne har och därmed se vilka riskfaktorer som finns hos just denna individ, som skulle kunna förebyggas eller förbättras. Motiverande samtal sker personcentrerat och är baserade på individen (Socialstyrelsen, 2015). Personen är expert på sin egen livsstil och det är denna som sjuksköterska behöver ta del av. Dahlborg-Lyckhage (2014) menar att det är självklart att personens undervisning ska utgå från personen som en "person". Varje person är unik och lever med sin individuella livsstil, med sina erfarenheter, etnicitet och kultur. Därför påverkar samma händelser olika personer på olika sätt, vilket gör att personerna reagerar olika. Genom att ta reda på personens berättelse fås information som behövs för att kunna motivera personen till förändring. Detta poängterar även Fridlund et al. (2012) som menar att när en sjuksköterska arbetar i en stegvis process känner personen sig delaktig i sin vård och vården bli mer personanpassad. Sjuksköterskans professionella ansvar går ut på att

se personen i sin helhet snarare än diagnosen. Detta baseras på en av sjuksköterskans kärnkompetenser, som är personcentrerad vård (Ehrenberg & Wallin, 2014). Det bidrar till att vård kan bedrivas med säkerhet och bättre kvalitet och därmed förbättra personens hälsostatus och hälsosituation. Hälsosituationen samlas in från bland annat personens egen berättelse och genom att ha ett humanistiskt perspektiv under utövandet av motiverande samtal. Det framkom i flera artiklar att sjuksköterskan hade lyssnat på livsstilshistorier. Sedan sätts en individuell vårdplan med realistiska mål tillsammans med personen. För att hjälpa personerna utifrån deras historia (Loon et al., 2014; Ma et al., 2014 & Wray, 2014). Sedan sätts realistiska mål tillsammans med patienten (Loon et al., 2014; Ma et al., 2014; Riegel et al., 2017 & Wray, 2014). Det var viktigt att motiverande samtalet utövades med ett personcentrerat förhållningssätt.

Det visade sig i flera studier att sjuksköterskans motiverande samtal hjälper dessa personer till en gynnsam progress (Beckie & Beckstead, 2010; Drevenhorn et al., 2012; Ma et al., 2014; Riegel et al., 2017; Va Keulen et al., 2011; Wray, 2014). En förbättring i egenvårdsförmåga sågs också (Creber et al., 2015 & Paradis et al., 2010 & Riegel et al., 2017). Omvårdnaden utgår från personens upplevelse av sin sjukdom och därefter fokuseras det på att lindra personens besvär samtidigt som personens egenvårdsförmåga stärks. Det innebär att personen ska vårdas på med ett etiskt förhållningssätt som är omvårdnadens utgångspunkt. På grund av omvårdnadens utveckling med tiden, förkortades vårdtider i sjukhusen. Vårdtiden i form av uppföljning inom öppenvård och en stor del som egenvård i hemmet ökade därmed. Det innebär att personens egen förmåga att följa upp sina behandlingar blev viktigare. Av den orsaken ökar vikten av sjuksköterskans professionella ansvar i mötet med personen. Sjuksköterskan ansvarar för att sätta personens behov och förväntningar i centrum utifrån sin bedömning, kunskap och ansvar och därmed motivera personens egenvårdsförmåga. Det innebär att sjuksköterskan har ansvar och makt över personens behandlingar och behöver därför reflektera över behandlingar som erbjuds till personer. Detta belyser vikten av sjuksköterskans åtgärder för att stärka personens motivation till att följa upp hennes/hans vård under sjukhustiden (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Sjuksköterskan har ansvar för att ge information till personen om hans/hennes sjukdom. Sjuksköterskan måste också se till att personen har förstått all information som har getts om sin sjukdoms olika aspekter, symtom och konsekvenser. Dessutom måste tydlig information om sjukdomen ges och därmed motivera och förstärka personens möjlighet att leva ett helt vanligt liv med nya förutsättningar utifrån tillståndet. Detta hjälper personen att bestämma över sin egen vård och nya situation utan att känna sig kränkt. För att bevara personens autonomi och värdighet behövs att personen är kunnig om sin kropp och hälsa, vilket även i sin tur förstärker självförtroendet och motivationen mer hos en person. Detta är ett stödjande sätt som ger empowerment. Därmed skapas en gemensam vårdplattform för både sjuksköterskan och patienten samt ökar personens delaktighet i sin vård. Det innebär att personens specifika vårdbehov uppmärksammas och belyses (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Det har visat sig i några studier att motiverande samtal inte gett någon förbättring i egenvård (Creber et al., 2015; Ma et al., 2014 & Paradis et al., 2010). Med hjälp av inspiration och empowerment kan dock personen pushas och bidra till att delta i sin vård (Loon et al., 2014).

Hälsa definieras enligt WHO (1948) som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, mentalt, socialt och andligt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. Livskvalité förknippas oftast enligt Fayers och Machin (2016) med lycka och

tillfredsställelse. Livskvalité är individuellt, det är personen själv som upplever det och kan själv skatta det. Det framkom i flera studier att personer med kardiovaskulära sjukdomar får förbättrad livskvalité med hjälp av sjuksköterskans motiverande samtal (Barker-Collo et al., 2015; Beckie och Beckstead 2010 & Chair et al., 2014). Vissa av dessa personer hade inga förbättrade kliniska parametrar i sjukdomens symtom gällande bland annat blodfetter eller blodtryck, men upplevde däremot förbättrad livskvalité (Beckie & Beckstead, 2010). I detta fall anser vi att hälsostatus inte har stor inverkan på personens upplevda livskvalité. Trots att de kliniska värdena inte var förbättrade så upplevde personerna att de hade livskvalité. Fridlund et al. (2012) menar att det har stor betydelse att använda sjukdomsspecifika redskap och erfarenhet grundade i studier i livskvalitetsforskning, där den upplevda erfarenheten sätts i centrum. Utöver det är det viktigt att värdera behovet vilket bidrar till att införa ett personcentrerat handlingsätt (Fridlund et al., 2012). Vidare menar Fridlund et al. (2012) att en personcentrerad vård har stor betydelse för personens livskvalité, och behöver därmed beaktas när livskvalité skattas. Att utföra omvårdnad utifrån erfarenhet baserad på kunskap är ett av sjuksköterskans professionella arbetsområden (Ehrenborg & Wallin, 2014). En sjuksköterska ska i högsta möjliga mån bedriva vård och behandling i samarbete med personen, och denna vård ska bygga på beprövad erfarenhet och vara baserad på vetenskap enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763). Utifrån denna lag kan sjuksköterskan genom motiverande samtal leda patienten till en förbättrad egenvård, som med tiden leder till stärkt välbefinnande och bättre hälsa.

Fridlund et al. (2012) anser att svårt hjärtsjuka personer som bedömer allvaret av sitt hälsotillstånd högre upplevs generellt ha nästan samma livskvalité som personer med mindre grad av hjärtsjukdom. Dessutom noteras att personer med komplicerade hjärtfel upplever hög livskvalité medan personer med lindrigare hjärtfel upplever att livskvalitén är lägre. Detta kan bero på att personer som har mer kunskap om sin nya situation känner sig tryggare och börjar därmed med aktiviteter igen som tidigare, vilket kan bidra till att livskvalitén uppfattas som god (Fridlund et al., 2012).

Metoddiskussion

I denna uppsats valdes en litteraturoversikt istället för en kvalitativ intervjustudie med anledning av att syftet i föreliggande arbetet var att sammanställa befintlig forskning och få en bredare och en mer övergriplig bild av valt problemområde. Kvalitativ metod hade lämpat sig väl eftersom syftet handlade om att undersöka upplevelser och kvalitativ intervjustudie ger enligt Henricson (2017) ett djupare resultat och uppfattning om ett fenomen. Vårt syfte med denna studie var dock att forma en översikt över problemformuleringen. Enligt Forsberg och Wengström (2016) besvarar en litteraturoversikt syftet med hjälp av en stor mängd kvalitativa och kvantitativa artiklar som redan finns skrivet om det berörda ämnet. Kvalitetsbedömning av artiklarna ska göras för att ge en ökad giltighet, trovärdighet samt tillförlitlighet av studien (Forsberg & Wengström, 2016).

Studien innehöll ett tydligt syfte och utgick ifrån det. Sökstrategier redovisades begripligt; hur artiklarna kommit fram och inklusions- och exklusionskriterier för sökningarna redovisades. Det beskrivs hur materialet bearbetades och analyserades. För att få fram artiklar utfördes sökningar i två databaser PubMed och CINAHL Complete då dessa databaser omfattar medicin och omvårdnad (Forsberg och Wengström, 2016). Enligt Henricson (2017) är det en fördel att börja med en bredare sökning och därefter smalna av sökningen. Artikelsökningar gjordes därför först i fritext med hjälp av olika

ordkombinationer som gav många artiklar. Sedan användes MeSH-termer i PubMed och CINAHL-Headings i CINAHL. I denna uppsats användes även AND och OR, för att få många och relevanta artiklar. Ibland blev det inga träffar och dessa sökningar redovisades inte. Tidsperioden begränsades till artiklar från år 2009 till 2018. Orden "kardiovaskulära sjukdomar" användes vid sökningarna och sökningarna begränsades därför inte till en specifik sjukdom inom kardiovaskulära sjukdomar. Kardiovaskulära sjukdomar var inklusionskriterier. Många artiklar framkom efter sökningar om motiverande samtal som utfördes i omvårdnaden av personer med kardiovaskulära sjukdomar. I vissa sökningar framkom andra yrkeskategorier, som läkare och psykologer och dessa inkluderades inte i resultatet. Flera artiklar med icke relevanta resultat exkluderas också. Inkluderade artiklar var originalartiklar och omfattade kardiovaskulära sjukdomar, sjuksköterska, motiverande samtal och var utförda de senaste tio åren. Vid sökning framkom flera artiklar med bara ett av de bärande begreppen, antingen bara sjuksköterska, motiverande samtal eller kardiovaskulära sjukdomar. Dessutom framkom en del artiklar som inte var originalartiklar. För att besvara syftet med relevant artiklar exkluderades dessa artiklar.

Insamling av artiklarna började med läsning av titlar på artiklarna för att se om de svar på syftet, för att förstå studiens syfte och frågeställningar, samt vilken design studien hade. Ganska många artiklar beställdes för att läsa samtliga artiklar i fulltext för att inte missa relevanta artiklar. Flera gånger visade det sig att den beställda artikeln inte var relevant till denna studies syfte, trots att beskrivningen i abstraktet verkade vara relevant. Det kunde ta upp till tre dagar för att få beställda artiklar och sedan behövde ytterligare artiklar beställas för att besvara syftet på bästa möjliga sätt. Dataanalys och databearbetning genomfördes sedan gemensamt för att säkerställa att valda artiklar kunde besvara syftet och problemformuleringen, samt att de redovisade trovärdiga och giltiga resultat.

Studien utgick från en grupp av sjukdomar och inte från en specifik sjukdom. Detta innebär att studien inte har fördjupat sig i en bestämd kardiovaskulär sjukdom, utan en översiktsstudie om sjukdomsgruppen utfördes. De flesta artiklarna beskrev kardiovaskulära sjukdomar generellt men det var personer med en specifik sjukdom som deltog i studierna. Förklaring av vilka kardiovaskulära sjukdomar som studierna handlade om framkom i artiklarnas methods del. Kardiovaskulära sjukdomar har flera gemensamma symtom och riskfaktorer och oftast användes liknande preventions- och behandlingsåtgärder i de inkluderade studierna. Denna uppsats undersök därmed hela sjukdomsgruppen och kan därmed bidra till vidare forskning om allmänna kardiovaskulära sjukdomar. Vi är medvetna om att begreppet kardiovaskulära sjukdomar kan orsaka lite förvirring när artiklarna beskriver specifika sjukdomar. I enlighet med Almås et al. (2011) är kardiovaskulära sjukdomar dock ett samlingsnamn på flera sjukdomar.

Eftersom vi inte har svenska eller engelska som modersmål blev det svårt att hitta rätt ord på vissa begrepp och använda dessa i texten. Det innebär att texterna behövde läsas många gånger. Det krävdes även ordböcker för att översätta och hitta synonymer. Det engelska ordet "empowerment" är ett exempel som enligt Fridlund et al. (2012) inte hade ett heltäckande ord på svenska. Därför användes ordet istället som det är, för att undvika feltolkning eftersom det enligt Henricsson (2017) kan uppstå problem om det inte finns rätt översättning av ord från engelska till svenska. Hela meningar från artiklarna lästes och på så sätt kunde helheten förstås. Plagiat undveks genom att noggrant redovisa referenser både i löpande text och i referenslistan. Det kan dock kvarstå vissa misstolkningar av ord eller meningar i arbetet.

Granskning av artiklar innan de används i resultat är ett annat krav för en litteraturoversikt (Forsberg & Wengström, 2016). I den här studien granskades artiklarna med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering (Bilaga A). Artiklar av hög eller medelhög kvalitet användes. I denna studie inkluderade artiklar som bedömdes av medel kvalitet då de hade relevant data som kunde besvara syftet. Artiklar som var av låg kvalitet exkluderades trots att de ansågs ha potential till att svara på syftet. I enlighet med Forsberg och Wengström (2016) ökade därmed studiens trovärdighet samt validitet. Forsberg och Wengström (2016) menar att validitet är att bedöma om mätverktyget anses ha ett sannolikt innehåll utan systematiska mätfel. Att ha högre kvalitet på artiklar minskar även risken för feltolkning av ett ämne (Henricson, 2017). Det kan uppkomma fel vid bedömning av vissa artiklar då vi inte är erfarna på kvalitetsbedömning. Litteraturoversikt tillförlitlighet förstärktes och säkerställdes genom kontinuerliga handledningstillfällen, vilket gjorde att resultatet i översikten är relevant (Henricson, 2017). Inkluderade artiklar granskades och en kvalitetsbedömning gjordes. Användningen av peer-reviewed artiklar var ett sätt att säkerställa studiens tillförlighet då artiklarna var kritiskt granskade av kunniga experter inom det berörda ämnet. Randomiserad kontrollerad studie [RCT] är det mest trovärdiga sättet att undersöka behandling av en viss sjukdomstyp genom jämförelse av effekten av två behandlingar som inkluderar en slumpmässig fördelning av en interventionsgrupp och en kontrollgrupp (Henricsson, 2017 & SBU, 2017). Denna studies resultat består av 15 artiklar varav 12 är RCT, vilket ger en hög trovärdighet.

Studiens resultat baseras på personernas hälsostatus efter motiverande samtal och var positivt, delvis positivt eller negativt i olika länder. Ett övergripande resultat redovisades som visar en helhetsbild. Det visade sig att studien gav nästan liknande resultat trots att motiverande samtal utfördes i olika länder. Resultatet av studien omfattar artiklar från olika länder som har olika hälso- och sjukvårdsregler, rutiner och normer. Detta innebär samtidigt att alla dessa länders hälso- och sjukvård styrs av olika regler, normer och rutiner. Alla personer har olika etnicitet samt olika sociala och ekonomiska aspekter. Detta kan påverka studiens användning av resultatet i Sverige. Det kan vara lite komplicerat att utgå från dessa studiers resultat och förvänta sig få exakt samma resultat i Sverige. Denna studie kan dock användas till för att utforska läget i Sverige idag. Det kan vara en fördel då Sverige har blivit ett mångkulturellt land, där många personer har kommit från olika länder och kontinenter. Enligt 2 a § i HSL ska en god omvårdnad ges till alla personer på lika villkor med lika värde, oavsett bakgrund, etnicitet, hudfärg, kön med mera (SFS, 2014:822).

Slutsats

Slutsatsen är att motiverande samtal, både enskilt i kombination med annan behandling kan leda till en hälsosammare livsstil och förbättrad livskvalitet. Effekten av metoden har koppling till olika faktorer som bör tas hänsyn till för att få motiverande samtal att fungera i praktiken.

Fortsatta studier

Vidare forskning om motiverande samtal som behandlingsmetod vid kardiovaskulära sjukdomar rekommenderas. Detta för att säkerställa hur sjuksköterskans motiverande samtal kan bidra till en mer effektiv metod för att hjälpa personer med kardiovaskulära sjukdomar till en hälsosammare livsstil, förbättra egenvården och livskvalitén. Det behövs fler undersökningar och utvärderingar för att kunna förstå betydelsen av motiverande samtal.

Vidare forskning utifrån sjuksköterskans perspektiv skulle kunna bidra till en balans mellan sjuksköterska -och personperspektivet. Med hjälp av mer forskning utifrån båda parter synpunkter kan en tydligare bild av motiverande samtal möjliggöras med djup förståelse, samt leda till ökad kunskap inom detta ämne.

Klinisk tillämpbarhet

Motiverande samtal har visat sig vara den rådande effektiva metoden för livsstilsförändringar för personer med kardiovaskulära sjukdomar. Sjuksköterskans kunskap och bemötande har betydelse för personens vård. Vårdvetenskap är att ha tillräcklig kunskap om den lidande personens livssituation och hennes/hans upplevelse av sin sjukdom (Eriksson, 2018). Motiverande samtal baserade på ett personcentrerat förhållningssätt kan användas för att förebygga och behandla sjukdomen.

Litteraturöversikten kan vara lämplig som hjälpmedel för vårdpersonal, särskilt för sjuksköterskor. Litteraturöversikten kan förhoppningsvis öka kunskapsnivån om motiverande samtal relaterade till kardiovaskulära sjukdomar samt betydelsen och effekten av metoden. Studien beaktar sjuksköterskans förhållningssätt till motiverande samtal och kan därmed hjälpa till att förbättra inställningen till metoden för behandling av personer med kardiovaskulära sjukdomar.

REFERENSER

Almás, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (Red.). (2011). *Klinisk omvårdnad del 1* (2. uppl.). Stockholm: Liber.

*Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Witt, E., Feigin, V., Jones, A., McPherson, K.,..., & Aroll, B. (2015). Improving Adherence to Secondary Stroke Prevention Strategies through Motivational Interviewing. *Stroke*, 46(12), 3451–3458. Doi: 10.1161/STROKEAHA.115.011003.

Barnes, A. S. (2013). Emerging Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women: Obesity, Physical Activity, and Sedentary Behavior. *Texas Heart Institute Journal*, 40(3), 293–295. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709229/>.

Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2015). *MI- att samtala om förändring*. (1. uppl.). Falkenberg: Gleerups Utbildning AB.

*Beckie, T. M., & Beckstead, J. W. (2010). *Journal of Women's Health*, 19(11), 1977–1985. Doi: 10.1089/jwh.2010.1937.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Boggatz, T. (2016). Quality of life in old age - a concept analysis. *International Journal of older people nursing*, 11(1), 55-69. Doi: 10.1111/opn.12089.

*Chair, S. Y., Chan, S. W., Thompson, D. R., Leung, K. P., & Ng, S. K. (2014). Effect of motivational interviewing on the clinical and psychological outcomes and health-related quality of life of cardiac rehabilitation patients with poor motivation. *Hong Kong Medical Journal*, 20(3), 15-19. Hämtad från http://www.hkmj.org/system/files/hkm1403sp3p15_0.pdf.

Codern-Bové, N., Pujol-Ribera, E., Pla, M., González-Bonilla, J., Granollers, S., Ballvé, J., ..., & ISTAPS Study Group. (2014). Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. *BMC Public Health*, 14(1), 1. Doi: 10.1186/1471-2458-14-1225.

Crawley A., Murphy L., & McKee N. (2018). *Canadian Family Physician August*, 64 (8) 584-587. Hämtad från <http://www.cfp.ca/content/64/8/584.long#sec-6>.

*Creber, R. M., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C., & Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 256–264. Doi: 10.1016/j.pec.2015.08.031.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2014). *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Dahlström, U., Jonasson, L., & Nyström, F. (2010). *Kardiovaskulär medicin: Kroatien* (4. uppl.). Stockholm: Liber.

Dart, M. A. (2011). *Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the patient [Motiverande Samtal i omvårdnad: Empowering patienten]*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.

*Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention - a randomized study of 2 years duration. *Blood Pressure*, 21(5), 293-299. Doi: 10.3109/08037051.2012.680734.

Ehrenberg, A., & Wallin, L. (2014). *Omvårdnadens grunder*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I F. Friberg (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (1. uppl., ss. 69-92). Stockholm: Liber AB.

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet Om det tidlösa i tiden* (1. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Fayers, P. M. & Machin, D. (2016). *Quality of life* [ebruary reader version]. Hämtad från [https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=kGVcCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=fayers,+p.+m.+%26+machin,+d.+%26+\(2016\).+quality+of+life&ots=u7EWFhu1CT&sig=rLdmdVOjA1rtUoFeuqDLhSFBOVY&redir_esc=y#v=onepage&q=fayers%2C%20p.%20m.%20%26%20machin%2C%20d.%20\(2016\).%20quality%20of%20life&f=false](https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=kGVcCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=fayers,+p.+m.+%26+machin,+d.+%26+(2016).+quality+of+life&ots=u7EWFhu1CT&sig=rLdmdVOjA1rtUoFeuqDLhSFBOVY&redir_esc=y#v=onepage&q=fayers%2C%20p.%20m.%20%26%20machin%2C%20d.%20(2016).%20quality%20of%20life&f=false).

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska Litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.) (Valda delar). Stockholm: Natur & Kultur.

Franco, M., Cooper, R. S., Bilal, U., & Fuster, V. (2011). Challenges and Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention. *The American Journal of Medicine*, 124(2), 95-102. Doi: 10.1016/j.amjmed.2010.08.015.

Friberg, F. (2017) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl.). (Valda delar). Lund: Studentlitteratur.

Fridlund, B., Malm, D., & Mårtensson, J. (red.). (2012). *Kardiologisk omvårdnad*. (2:1 uppl.) (Valda delar). Lund: studentlitteratur AB.

*Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., & van Mechelen, W. (2011). Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 836. Doi: 10.1186/1471-2458-11-836.

- Gustin, L.W. & Skärsäter, I. (red.). (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (2. uppl.). Lund: studentlitteratur AB.
- Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., & Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*, 35(21), 1365–1372, doi: 10.1093/eurheartj/eh462.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare* (2. uppl.). Danmark: Narayana Press.
- Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Holm Ivarsson, B. (2016). *Motiverande Samtal: Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- HSL, (2016). *Hälso- och sjukvårdslagen (1983763)*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763.
- *Jensen, L., Leeman-Castillo, B., Coronel, S. B., Perry, D., Betz, C., Kapral, C., & Krantz, M. j. (2009). Impact of a nurse telephone intervention among high-cardiovascular-risk, health fair participants. *The journal of cardiovascular nursing*, 24(6), 447-453. Doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b246d9.
- Jokinen, E. (2015). Obesity and cardiovascular disease. *Minerva Paediatrica*, 67(1), 25-32. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25387321>.
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination*. (2:1. uppl., ss. 81-97). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård* (1. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Kolbe-Alexander, T. L., Proper, K. I., Lambert, E. V., van Wier, M. F., Pillay, J. D., Nossel, C., ... Van Mechelen, W. (2012). Working on wellness (WOW): A worksite health promotion intervention program. *BMC Public Health*, 12, 372. Doi: 10.1186/1471-2458-12-372
- Lai, D. T. C., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational Interviewing for Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.
- *Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 47. Doi: 10.1186/1479-5868-10-47.

Lindson-Hawley, N., Thompson, T., P., & Begh, R. (2015). Motivational Interviewing for Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

*Loon, M. S., van Dijk-de Vries, A., van der Weijden, T., Elwyn, G., Widdershoven, G. A. (2014). Ethical issues in cardiovascular risk management: Patients need nurses' support. *Nursing ethics*, 21(5):540-53. Doi: 10.1177/0969733013505313).

*Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient education and counseling*, 95(2), 231-237. Doi: 10.1016/j.pec.2014.01.011.

Mannucci, E., Dicembrini, I., Lauria, A., & Pozzilli, P. (2013). Is Glucose Control Important for Prevention of Cardiovascular Disease in Diabetes?. *Diabetes Care*, 36(2), 259–263. Doi: 10.2337/dcS13-2018.

Miller, N. H. (2010). Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *The journal of cardiovascular nursing*, 25(3), 247-251. Doi: 10.1097/JCN.0b013e3181cec6e7.

*Murphy, B. M., Worcester, M. U. C., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Mitchell, F., ..., & Goble, A. J. (2013). Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the “Beating heart problems” self-management program. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 33, 220-228. Doi: 10.1097/HCR.0b013e31828c7812.

*Paradis, V., Cossette, S., Frasure-Smith, N., Heppell, S., & Guertin, M. C. (2010). The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 25(2), 130-141. Doi: 10.1097/JCN.0b013e3181c52497.

Pellmer Wramner, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (4. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Polit, D. F., & Beck, C. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Prey, J. E., Woollen, J., Wilcox, L., Sackeim, A., D., Hripcsak, G., Bakken, S., ..., & Vawdrey, D. K. (2014). Patient Engagement in the inpatient setting: a Systematic Review. *Journal of American Medical Informatics Association: JAMIA*, 21(4), 742-745. Doi: 10.1136/amiajnl-2013-002141.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276–288. Doi: 10.1037/h0088437.

Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., ... & Taylor, R. S. (2018). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Doi: 10.1002/14651858.CD002902.pub4.

*Riegel, B., Dickson, V. V., Garcia, L. E., Creber, R. M., & Streur, M. (2017). Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 283–288. doi: 10.1016/j.pec.2016.08.030.

Risling, T., Martinez, J., Young, J., & Thorp-Froslic, N. (2017). Evaluating Patient Empowerment in Association With health Technology: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), 329. Doi: 10.2196/jmir.7809.

Rouleau, G., Gagnon, M., & Côté, J. (2015). Impact of Information and Communication Technologies on Nursing Care: An Overview of Systematic Reviews (Protocol). *BMC*, 4(1), E1. Doi: 10.1186/s13643-015-0062-y .

SBU (2017). *Kvalitetsgranskning av studier*. Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel06.pdf.

Schmidt, W., Endres, M., Dimeo, F., & Jungehulsing, G. J. (2013). Train the Vessel, Gain the Brain: Physical Activity and Vessel Function and the Impact on Stroke Prevention and Outcome in Cerebrovascular Disease. *Cerebrovascular Disease (Basel, Switzerland)*, 35(4), 303-312. Doi: 10.1159/000347061.

SFS 2014:822. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763.

Socialstyrelse (u.å.). *MI (Motiverande samtal)*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal>.

Socialstyrelse (2015). *Tusentals kroniskt hjärtsjuk går miste om bästa behandling*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015december/tusentalskroniskthjartsjukagarmisteo-mbastabehandling>.

Stawnychy, M., Creber, R. M., & Riegel, B. (2014). Using Brief Motivational Interviewing to Address the Complex Needs of a Challenging Patient with Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), E1–E6. Doi: 10.1097/JCN.0000000000000098.

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Hälsofrämjande arbete*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Halsoframjande-arbete/>.

Svenska sjuksköterskeförening (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf.

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad; reviderad 2016*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf.

Teramoto, T., Sasaki, J., Ishibashi, S., Sadatoshi, B., Hiroyuki, D., Seitaro, D., ... , & Yokote, K. (2012). Cardiovascular disease risk factors other than dyslipidemia: executive summary of the Japan atherosclerosis society (JAS) guidelines for the diagnosis and prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in Japan. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*, 20(10), 733-742. Hämtad från https://www.jstage.jst.go.jp/article/jat/20/10/20_17368/_pdf/-char/en.

Van Camp, G. (2014). Cardiovascular disease prevention. *Acta clinica Belgica*, 69(6), 407-411. Doi: 10.1179/2295333714Y.0000000069.

*Van Keulen, H. M., Mesters, I., Ausems, M., van Breukelen, G., Campbell, M., Resnicow, K., & de Vries, H. (2011). Tailored Print Communication and Telephone Motivational Interviewing Are Equally Successful in Improving Multiple Lifestyle Behaviors in a Randomized Controlled Trial. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 41(1), 104-118. Doi: 10.1007/s12160-010-9231-3.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed: Vetenskapsrådets rapportserie*. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forsknings-sed_VR_2017.pdf.

Watson, R., & Zibadi, S. (2018). *Lifestyle in Heart Health and Disease*. (1st Ed.). Massachusetts: Academic Press Inc.

Weil, J., Stritzke, J., & Schunkert, H. (2012). Risk factor "smoking": smoking cessation in patients with cardiovascular diseases. *Internist* 53(1), 45-50. Doi:10.1007/s00108-011-2892-6.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO). (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Hämtad från [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

*Wray, W. (2014). Preventing Cardiovascular Disease in Women. *Canadians Nurse*, 110(3), 24–28. Hämtad från <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7f02c709-7402-4e71-aca1-b48eb54c1d31%40sdc-v-sessmgr02>.

Östlund, L., & Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl.). Lund: studentlitteratur.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke-kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfälligt resultatredovisning.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Witt, E. Feigin, V., Jones, A., McPherson. K., Starkey, N., Parag, V., Jiang, Y., Barber, A., Rush, E., Bennet, D. & Aroll, B., 2014, Kina	Improving adherence to secondary stroke prevention strategies through motivational interviewing	Syftet var att undersöka effektiviteten av motiverande samtal för att minska återfall av stroke i jämförelse med vanlig behandling.	<p><u>Design:</u> Single-blind, prospektiv RCT.</p> <p><u>Urval:</u> Studien inkluderade 386 strokepatienter, 16 år eller äldre som varit inlagda på en strokeavdelning inom 28 dagar. Patienter med ex. afasi, psykiska problem och behandling, kognitiv nedsättning, svårigheter att kommunicera på engelska och som inte kunde lämna informerat samtycke exkluderades från studien. Även personer som blev inskrivna inom slutenvården eller som skulle uppleva för mycket stress genom att delta, exkluderades.</p> <p><u>Datansamling:</u> Patienter med stroke delades i hälften, där interventionsgrupp fått fyra sessioner motiverande samtal i 28 dagar under tre, sex, nio och tolv månader post stroke medan</p>	386	Motiverande samtal bidrog inte till någon signifikant förändring i blodtrycksnivå eller kolesterolhalt hos personerna som tidigare haft stroke. Det hade dock en positiv effekt på självrapporterad compliance till medicinsk behandling vid sex och nio månaders uppföljning. En förbättring i andra mätvärden kunde också påvisas men skillnaden i jämförelse med vanlig vård var inte signifikant.	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			kontrollgruppen fick vanlig vård, också var tredje månad post stroke. <u>Analys:</u> Känslighetsanalys			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Beckie, T. M. & Beckstead, J. W., 2010, USA	The Effects of a Cardiac Rehabilitation Program Tailored for Women on Global Quality of Life: A Randomized Clinical Trial.	Syftet var att undersöka effekten av ett skräddarsytt rehabiliteringsprogram för att förbättra livskvaliteten hos kvinnor med kranskärslsjukdom jämfört med ett traditionell rehabiliteringsprogram.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> kvinnor >21 år, diagnostiserade med akut hjärtinfarkt [AMI], angina pectoris eller har genomgått CABG-kirurgi eller perkutan koronar ingrepp [PCI] inom det senaste året (2009) och kan läsa, skriva och prata engelska. Exklusionskriterier var sjukförsäkring som inte täcker mer än 36 månader, elektrokardiogram övervakade fysiska övningar, kognitiv nedsättning, nedsatt förflyttningsförmåga. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in med två instrument som mätte livskvalité. Ett frågeformulär av Multiple Discrepancies Theory [MDT] och self-anchoring striving	225	Livskvaliteten, som mättes med hjälp av MDT och SASS-poäng, ökade signifikant från 35.1 till 37.9 i interventionsgruppen som fick vägledande behandling med hjälp av motiverande samtal. Kontrollgruppen som bara fått traditionell behandling höjdes från 7.1 till 7.9. Dock visade interventionsgruppen på en svag försämring i livskvaliteten efter sex månaders uppföljning.	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			scaler [SASS] skala fylldes i vid baseline, efter interventionen (TTM och motiverande samtal för beteende förändring) och följdes upp i sex månader. <u>Analys:</u> [ANOVA] Analysis of variance.			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Chair, Sy., Chan S., Thompson, Leung & Ng, S., 2014, Kina	Effect of motivational interviewing on the clinical and psychological outcomes and health-related quality of life cardiac rehabilitation patients with poor motivation	Syftet var att undersöka effekten av motiverande samtal ur ett kliniskt och ett psykologiskt perspektiv samt att mäta hälsorelaterad livskvalitet hos lågt motiverade personer med kardiovaskulära sjukdomar under hjärtrehabilitering.	<u>Design:</u> RCT. <u>Urval:</u> 146 patienter med låg motivation som var med i ett hjärtrehabiliteringsprogram. Deltagarna i interventionsgrupp fick vanlig vård plus tio sessioner motiverande samtal av en sjuksköterska medan kontrollgruppen fick vanlig vård. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in under tre, sex, nio och tolv månader av kliniska parametrar för blodtryck, BMI, High-density lipoprotein [HDL], rökning och medicin följsamhet. Psykiska	146 (30)	Resultatet påvisade en signifikant förbättring vad gällde metaboliska värden, triglycerider, fysisk smärta, generell och emotionell hälsa, fysisk aktivitet och livskvalitet hos personerna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Båda grupperna hade förbättrat sina kolesterolvärden, HDL, sitt blodtryck, blodfetter och sin psykiska hälsa (ångest och depression). Vid uppföljningen efter 12 månader var dock ingen av grupperna redo att sluta röka.	RCT II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			resultat mättes med hjälp av sjukhusets ångest- och depressionsskala samt en egenförmågaskala. Den hälsorelaterade livskvaliteten mättes med (SF-36 Health Survey) och intervjuer som handlade om patientens välbefinnande genomfördes. <u>Analys:</u> Innehållsanalys			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Creber, R. M, Patey, M., Lee S.C., Kuan A., Jurgens C. & Riegel B., 2016, USA	Motivational interviewing to improve self-care for patient with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial.	Syftet var att jämföra effekten av en skräddarsydd behandling med motiverande samtal med en traditionell behandling för att förbättra egenvårdsbeteende, fysiska symtom samt livskvalitet hos personer med hjärtsvikt.	<u>Design:</u> Single-center RCT <u>Urval:</u> 67 patienter som varit inlagda på sjukhus, haft en primär eller sekundär diagnos av hjärtsvikt eller har gjort hjärttransplantation eller har gjort hjärttransplantation även kan läsa och tala engelska kontaktades direkt efter utskrivningen. Deltagarna var 18 år eller äldre och bodde i en miljö där de självständigt engagerade sig i egenvård, bodde inom 30 mil från universitetssjukhuset, hade åtminstone adekvat	67	Resultatet visade att personerna med hjärtsvikt som erhöll behandling med motiverande samtal visade en signifikant förbättrad förmåga till egenvård, förbättrade blodtrycksnivåer, generell hälsa samt förbättrat socialt stöd. Det var dock ingen skillnad jämfört med gruppen som fick traditionell behandling när det kom till förbättrat självförtroendet i utförandet av egenvård, fysiska symtom av hjärtsvikt eller livskvalite.	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			<p>hälsokompetens, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA II-IV). Exklusionskriterier var patienter med pågående hjärtsviktsbehandling med Milrinone, patienter som stod i kö för att få en inopererad voice activity detector [VAD], gravida, personer med psykosjukdom och kognitiv försämring och patienter som hade nedsatt förmåga att hantera information.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Data samlades in mellan januari 2012 till dec 2013. Ett besök och 3-4 telefonsamtal från sjuksköterskan under 90 dagar. Self-Care (egenvård) mättes med SCHFI, livskvalité med KCCQ och symtom på hjärtsvikt mättes med HFSPS.</p> <p><u>Analys:</u> Kvantitativ analys</p>			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Drevenhorn, E., Bengtson,	Consultation training of	Syftet var att öka patientens följsamhet	<u>Design:</u> RCT	261	Resultatet visade att 56 procent av personerna med hypertoni i	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

A., Nilsson, M.P., Nyberg, P. & Kjellgren K.I., 2012, Sverige	nurses for cardiovascular prevention- A randomized study of 2 years duration	vid behandling av hypertoni och risk för kardiovaskulära sjukdomar genom en rådgivningskurs till sjuksköterskor som arbetade med personer som led av hypertoni med hjälp av "stage of change model" och motiverande samtal.	<p><u>Urval:</u> Sjuksköterskor från svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicinförening (SVM) och patienter med hypertoni registrerade på vårdcentraler, båda könen, över 75 år med blodtryck 160/90 mm Hg, BMI mer än 25 kg/M2, HDL mer än 6.5 mmol/l. Ingen rapporterad regelbunden fysisk aktivitet. Deltagarna rökte eller använde snus.</p> <p><u>Datansamling:</u> Studien utfördes på patienter och sjuksköterskor. 153 patienter och 33 sjuksköterskor i interventionsgruppen respektive 59 och 16 i kontrollgruppen. Sjuksköterskan i interventionsgrupp fick en tre dagars träning i "stage of change" modellen av förändring och motiverande samtal anpassade för personer med kardiovaskulära sjukdomar. Studien utförde under två års tid.</p> <p><u>Analys:</u> Kvantitativ dataanalys</p>		interventionsgruppen hade uppnått målet med ett blodtryck på 140/90 mm Hg eller mindre än kontrollgruppen. Patienterna i interventionsgruppen hade även minskade kolesterolvärden, BMI, midjemått, minskad alkoholkonsumtion och självrapporterad upplevelse av stress och ökad följsamhet i antal patienter som tar medicinering mot blodfetter i jämförelse till kontrollgrupp.	
Författare År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Land						
Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., & van Mechelen, W., 2011, Nederländerna	Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial.	Syftet var att utvärdera effekten av livsstilsförändrande åtgärder bestående av individuell rådgivning i form av motiverande samtal med fokus på fysisk aktivitet, kosthållning och rökning för manliga byggarbetare med en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar.	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Urval:</u> Inklusionskriterier var manliga byggarbetare, 18-65 år, anställda hos 400 företag, som hade en förhöjd risk för kardiovaskulära sjukdomar. Personerna hade deltagit i de frivilliga periodiska hälsoundersökningarna i företagshälsovården.</p> <p><u>Datinsamling:</u> Standard vård och behandling av riskpatienter jämfördes med en sex månader lång livsstilsintervention. Interventionsgruppen erhöll individuell rådgivning i form av motiverande samtal som gavs av en sjuksköterska. Tre individuella samtal och fyra telefonsamtal. Deltagarnas kardiovaskulära riskprofiler och beteenden diskuterades och personliga mål formulerades samt data samlades via frågeformulär.</p> <p><u>Analys:</u> Linjära och logistiska regressions analysering</p>	861 (221)	Resultatet visade att behandlingen hade signifikant effekt på matvanor där interventionsgruppen hade ett ökat intag av frukt och samtidigt minskat intag av ohälsosamma mellanmål. En positiv minskning av rökvanor sågs vid sex månader. Rökningen och fysisk aktivitet var dock inte förbättrad vid 12 månaders uppföljning.	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).
Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jensen, L., Leeman- Castillo, B. Coronel, SB., Perry, D., Betz, C., Kapral, C. & Krantz, Mj., 2009, USA	Impact of a nurse telephone intervention among high- cardiovascular- risk, health fair participants	Syftet var att beskriva högriskdeltagares vårdsökande beteenden som blivit kontaktade efter att de screenats för hjärt- och kärlsjukdom genom en telefonuppföljning från sjuksköterskor; samt att beskriva riskreducerande behandling för hjärt- och kärlsjukdom till högriskdeltagare efter screening och telefonuppföljning	<u>Design:</u> CCT <u>Urval:</u> Patienter med tio års- hög risk för kardiovaskulära sjukdomar. Deltagarna fyllde i en riskbedömning för att vara med i studien efter de varit med på en hälsomässa. De fick fylla i ålder, kön, vikt, diabetesstatus, historia av kardiovaskulära sjukdomar, kolesterolhalten och blodtryck. <u>Datainsamling:</u> Deltagare med hög risk för kardiovaskulära sjukdomar inkluderades och fick mottaga ett telefonsamtal från en sjuksköterska med råd en månad efter hälsomässan. Principer av motiverande samtal tillämpades samt uppföljningsbehov skattades. Sedan jämfördes vården som var mottagen före och efter åtgärden. <u>Analys:</u> Kohort analysis	529 (82)	Resultatet visade att fler deltagare var villiga att diskutera kardiovaskulär hälsa med sin vårdgivare efter interventionen med motiverande samtal. Efter interventionen diskuterade hjärthälsa jämfört innan interventionen med motiverande intervju. Fler personer pratade om kost och eller fysisk aktivitet efter telefonsamtalet. Fler personer började också ta läkemedel mot kardiovaskulära sjukdomar. Dubbelt så många kom i kontakt med vård och besökte vårdcentral efter telefoninterventionen.	CCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G., 2013, Nederländerna	Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial.	Syftet var att bedöma effekten av en livsstilsintervention med motiverande samtal inom primärvården för att reducera risken att utveckla Diabetes Mellitus typ två och för att minska mortalitetsrisken av kardiovaskulära sjukdomar	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> 622 män och kvinnor, 30-50 år, med mer än tio procents uppskattad risk för diabetes mellitus typ två och/eller kardiovaskulära sjukdomar mortalitet. <u>Datainsamling:</u> Ungefär hälften av deltagarna i interventionsgruppen erhöll livsstilsbaserade motiverande samtal i kombination med problemlösningsmetoder som leddes av specifikt tränade sjuksköterskor. Kontrollgruppen fick en informationsbroschyr om hälsa. <u>Analys:</u> Linjära och logistiska regressions analysering	622 (120)	Resultatet visade att livsstilsinterventionen med motiverande samtal inte var mer effektiva än en hälsobroschyr för att förhindra utvecklingen av diabetes typ två och eller att minska dödligheten i kardiovaskulära sjukdomar. Det hade heller ingen större inverkan på deras levnadsvanor.	RCT I
Loon, Van Dijk-de Vries, van der Weijden, Elwyn &	Ethical issues in cardiovascular risk management:	Syftet med studien var att bedöma en sjuksköterska-ledd intervention med motiverande samtal	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Patienter med kardiovaskulära sjukdomar,	18	Patienterna upplevde att rådgivningen inte var något hot mot deras autonomi utan såg det istället som ett stöd i arbetet att kunna minska deras riskfaktorer.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Widdershoven, 2014, Nederländerna	Patients need nurses' support.	från ett etiskt perspektiv genom att utforska patienternas upplevelser av interventionen och deras syn på rollerna som sjuksköterska och patient.	<p>sjuksköterskor valde patienten med viss profil för en intervju med olika variation när det gäller ålder, kön, riskfaktorer och inte behövde lyckas att förändra livsstil.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Informationen samlades in genom djupintervjuer. Det utfördes 16 intervjuer på 18 patienter eftersom två av dem var ett par. Intervjuerna varade ca 40 min och bestod av öppna frågor i samtalsform.</p> <p><u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys</p>		De upplevde samtidigt att det skulle krävas mycket för att kunna utföra detta arbete. Dom uppskattade framförallt sjuksköterskans realistiska rådgivning, pedagogiska och uppmuntrande roll.	
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ma Zhou, Zhou & Huang, 2014 Kina	Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care	Syftet var att undersöka effekten av motiverande samtal i jämförelse med vanlig vård hos kinesiska patienter	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Urval:</u> patienter som fått diagnosen hypertoni av en kardiolog, 18 år eller äldre, patienter som behandlades med minst en blodtryckssänkande medicin. Exkluderade patienter var personer med sekundär hypertoni och gravida kvinnor.</p>	120	Resultatet visade att patienterna hade ökad compliance när det kom till medicinsk behandling, kostvanor, fysisk aktivitet, rökvanor, alkoholkonsumtion efter deras motiverande samtal i jämförelse med personer som fått vanlig vård. Dessutom hade interventionsgruppen minskat blodtryck efter samtalet. Totala	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			<p><u>Datainsamling:</u> Data samlades in med hjälp av frågeformulär där patienter delades in i två grupper. Interventionsgruppen fick motiverande samtal och kontrollgruppen vanlig vård.</p> <p><u>Analys:</u> Kvantitativ studie</p>		<p>poängen för livskvalitet, generell och mental hälsa blev även högre i interventionsgruppen. Det fanns dock ingen skillnad mellan grupperna i self-efficiency.</p>	
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
<p>Murphy, B. M., Worcester, M. U. C., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Mitchell, F., ..., & Goble, A. J., 2013, Australia</p>	<p>Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the “Beating heart problems” self-management program.</p>	<p>Syftet var att undersöka effekten ett åtta veckors gruppbaserat program med integrerad kognitiv och beteendearterad terapi [KBT] och motiverande samtal för personer som nyligen haft en akut hjärtincidens.</p>	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Urval:</u> 275 patienter på två sjukhus efter hjärtinfarkt eller som skulle genomgå en koronar-bypass operation eller perkutan kranskärlsintervention, 32-75 år gamla, 86 procent var män, någorlunda bra kunskaper i engelska språket, bodde i centrala delar för att kunna delta i programmet.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Två RCT studier jämförde effekterna av “beating heart program” i förhållande till vanlig vård. Beating heart</p>	<p>275</p>	<p>Resultatet visade att personerna i interventionsgruppen konsumerade mindre fett och minskade mer i midjemått än kontrollgruppen. Skillnaden mellan de två grupperna var liten när det kom till fysisk aktivitet men resultatet visade att interventionsgruppen hade bättre rörelseförmåga och promenerade längre sträckor än kontrollgruppen.</p>	<p>RCT I</p>

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			programmet omfattade KBT och motiverande samtal i åtta veckor, en halv timmer per vecka. Personerna randomiserades till en interventionsgrupp eller kontrollgrupp. <u>Analys:</u> Intervention to treat [ITT] och “completers only” analyses			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Paradis, V., Cossette,S., Frasure-Smith, N., Heppell, S., Guertin, M.C., 2010, Kanada	The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients	Syftet med studien var att utvärdera den preliminära effekten av ett motiverande samtal baserat på “stages of change” [MISC] för personers egenvårdsbeteende vid hjärtsvikt	<u>Design:</u> RCT studie <u>Urval:</u> 30 deltagare från en hjärtsviktsklinik på ett sjukhus. Deltagarna var 18 år eller äldre, diagnostiserade med hjärtsvikt, svårt med viss egenvård, fysisk och mental förmåga att delta i studien, kunde skriva och prata franska, och som regelbundet inte följdes av någon professionell vårdgivare för livsstilsförändringar, samt som inte skickades till akuten eller blev inlagda på sjukhuset efter första besöket.	30	Resultatet påvisade signifikant högre självförtroende för att utföra egenvård i interventionsgruppen. Det visade sig dock inte vara någon större skillnad när de kom till andra teorier som övertygelsen av att upprätthålla egenvård vid hjärtsvikt eller till förbättrad egenvård i allmänhet.	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			<p><u>Datinsamling:</u> Patienter från en hjärtsviktlinik som slumpmässigt delades in i två grupper, hälften i en interventionsgrupp och hälften i en kontrollgrupp. Patienter i interventionsgrupp fick tre motiverande samtal (ett vid ett personligt möte och två via telefon). Data samlade i en månad efter experimentet.</p> <p><u>Analys:</u> Kovariansanalys</p>			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Riegel, B., Dickson, V. V., Garcia, L. E., Creber, R. M., & Struer, M., 2017, USA	Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention.	Syftet var att identifiera vilka mekanismer inom motiverande samtal som var effektivt när det kom till att påverka förändring i egenvårdsbeteende genom att belysa de samtalstekniker som används inom motiverande samtal och dess relation till	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Urval:</u> Patienter som var inlagda på sjukhus och anmälde sig till motiverande samtal med inriktning mot hjärtsvikt.</p> <p><u>Datinsamling:</u> Patienterna fick genomgå MI samtalen under en tre-månaders period. En successiv mixed-metod med två faser. Interventionsgruppen fick ett hembesök och tre till fyra</p>	41	Resultatet visade att tre tekniker som används inom motiverande samtal kunde kopplas till förbättrad egenvårdsbeteende. Första tekniken var: reflektion och omformulering. Den andra var: genuin empati, bekräftelse och humor och den tredje var individanpassad problemlösning. Dessa tekniker stimulerade till öppenhet och målsättning, positivt självprat, upplevelsen av att ha förmågan att kunna ta sig över hinder, och till	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

		förändring i egenvården.	uppföljningar via telefon över 90 dagar. <u>Analys:</u> En integrerad analys av kvalitativa och kvantitativa data utfördes.		förändringsprat. Teknikerna som är principer inom motiverande samtal hjälpte personer med hjärtsvikt till bättre egenvård.	
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Van Keulen, H. M., Mesters, I., Ausems, M., van Breukelen, G., Campbell, M., Resnicow, K., Rogde Vries, H., 2011, Nederländerna	Tailored Print Communication and Telephone Motivational Interviewing Are Equally Successful in Improving Multiple Lifestyle Behaviors in a Randomized Controlled Trial	Syftet med studien var jämföra effekterna av de två metoderna "Tailored Print Communication" och motiverande samtal via telefon när det kom till livsstilsförändringar i fysisk aktivitet och intag av frukt och grönsaker konsumtionen för medelålders vuxna med hypertoni.	<u>Design:</u> Vitalum, RCT <u>Urval:</u> 1639 deltagare från 23 primärvårdsenheter som uppfyllde fem kriterier: 45-70 år, diagnostiserad hypertoni, män, inte deltog i andra studier och en person per adress (i ett par fick bara en delta). <u>Datinsamling:</u> Deltagarna delades slumpmässigt in i tre interventionsgrupper där första gruppen fick skraddarsydda brev, andra fick fyra motiverande telefonsamtal, tredje fick kombinerade variation (två skraddarsydda bre och två motiverande samtal via telefon)	1629 (29)	Alla tre interventionsgrupperna (som fick skraddarsydda brev med motiverande samtalsteknik, motiverande samtal per telefon eller de två metoderna kombinerat) visade lika stora livsstilsförändringar samt var signifikant mer effektiva än kontrollgruppen när det kom till fysisk aktivitet och intag av frukt och grönt. Personerna i interventionsgrupperna uppfattade dock telefonsamtalen som mer positiva än breven och de kom dessutom ihåg mer av innehållet i samtalet än i brevet.	RCT I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).
Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

			medan kontrollgruppen fick ingen information. Sedan gjorde två uppföljning efter 25 och 47 veckor genom frågeformulär. <u>Analys:</u> Power analysering			
Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wray, W., 2014, Kanada	Preventing Cardiovascular Disease in Women.	Syftet var att öka medvetenheten bland kvinnor med risk för kardiovaskulära sjukdomar och ge dem möjlighet till att vara aktiva med att förbättra sin kardiovaskulära hälsa.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> 317 kvinnor mellan 31-83 år, patienter vars elektroniska journaler innehöll information om vikt, kroppsmasseindex, blodtryck, blodfettsnivåer samt och har familjehistoria av kardiovaskulära sjukdomar och diabetes. <u>Datansamling:</u> Data samlades in med frågeformulär som består av fyra öppna frågor och var helt anonymt. <u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	317	Resultatet visade att några deltagare gick ner i vikt, minskade sitt blodtryck till 140/90 mm Hg eller lägre med hjälp av farmakologisk behandling och livsstilsförändringar. Några patienter hade även minskat sina kolesterolvärden. Patienterna uppgav att de var nöjda och uppskattade att deras kardiovaskulära hälsa togs på allvar samt att behandlingen hade anpassats utefter deras individuella behov.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg