

HJERTESVIKT OG DEN MOTIVERENDE SAMTALE

Kan motiverende samtale som metode være et nyttig verktøy for å fremme egenomsorg hos eldre pasienter med kronisk hjertesvikt?

Kandidatnummer: 1035

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 10173

Innleveringsfrist: 13.3.2014.

Sammendrag

Bakgrunn: Hjertesvikt utgjør et alvorlig helseproblem i den vestlige verden, og forekomsten av pasienter med denne diagnosen er stadig økende. Egenomsorg blir fremhevet som en sentral komponent i vellykket hjertesviktbehandling. Sykepleier har en viktig funksjon knyttet til veiledning og oppfølging av denne pasientgruppen. *Problemstilling:* Kan motiverende samtale som metode være et nyttig verktøy for å fremme egenomsorg hos eldre pasienter med hjertesvikt? *Metode:* Systematisk litteraturstudie, som inkluderer fem forskningsartikler: tre randomiserte kontrollerte studier, en kvalitativ studie og én mixed-method-studie. *Resultat, drøfting og konklusjon:* Motiverende samtale som metode viser seg å være et nyttig verktøy for å fremme egenomsorg hos eldre pasienter med hjertesvikt. Metoden er bevisstgjørende og ansvarliggjørende, og styrker pasientens tro på egne evner og ressurser. Metoden stiller krav til både pasient, sykepleier og arbeidssted for å kunne lykkes. Forskningsfeltet er relativt nytt og foreløpig smalt. *Nøkkelord:* eldre, kronisk hjertesvikt, egenomsorg, sykepleie og motiverende samtale.

OM VEILEDERENS VÆREMÅTE OG MOTTAKERENS UTBYTTE:

*If I can create a relationship characterized on
my part
by a genuineness and transparency, in which
I am
my real feelings
by a warm acceptance and the prizing of the
other
person as a separate individual
by a sensitive ability to see his world and
himself as
he sees them
Then the other individual in the relationship
will experience and understand aspects of
himself
which previously he has repressed
will find himself becoming better integrated,
more
able to function effectively
will become more similar to the person he
would
like to be
will become more self-directing and self-
confident
will become more of a person, more unique and
more self-expressive
will be more understanding, more acceptant of
others
will be able to cope with problems of life
more
adequately and more comfortably*

Carl Rogers 1961

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	6
1.1	Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling	6
1.1.1	Definisjon av begreper i problemstillingen	7
1.1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	8
1.2	Formålet med oppgaven	8
1.3	Oppgavens videre oppbygging.....	9
2.0	Hjertesvikt	11
2.1	Symptomer ved hjertesvikt.....	12
2.2	Behandling av hjertesvikt.....	13
2.2.1	Medikamentell behandling	13
2.2.2	Ikke- medikamentell behandling	14
3.0	Egenomsorg.....	14
3.1	Egenomsorg og sykepleie.....	15
3.2	Egenomsorg ved hjertesvikt	17
4.0	Motiverende samtale	19
4.1	Rolleforståelse	19
4.2	Prinsipper	20
4.3	Den motiverende samtals fasen og gjennomføring	22
4.3.1	Å innlede og bestemme tema for samtalen.....	22
4.3.2	Å utforske pasientens motivasjon og holdning til forandring	22
4.3.3	Å frembringe forandringsutsagn og øke pasientens motivasjon.....	23
4.3.4	Å forhandle fram en plan og sikre forpliktelse til endringen.....	23
5.0	Metode.....	24
5.1	Litteraturstudium som metode.....	24
5.2	Litteratursøk og fremgangsmåte.....	25
5.2.1	Inklusjonskriterier	26
5.2.2	Eksklusjonskriterier.....	27
5.2.3	Presentasjon av forskningslitteratur	27
5.3	Kvalitetsvurdering og kildekritikk	27
5.3.1	Validitet.....	28
5.3.2	Reliabilitet	29
5.4	Beskrivelse av analyseprosess.....	29
6.0	Resultat av analyse og diskusjon.....	31

6.1 Motiverende samtale som bevisstgjøring	31
6.2 Motiverende samtale som ansvarliggjøring.....	32
6.3 Motiverende samtale som hjelp til å ha tro på egne evner og ressurser	34
6.4 Motiverende samtale som aktivitetsfremming	35
6.5 Motiverende samtale som hjelp til å styrke pasientens evne til å utføre og opprettholde egenomsorg	36
6.6 Forutsetninger for å lykkes med motiverende samtale.....	38
7.0 Konklusjon	40
Litteraturliste	41
Vedlegg 1 – PICO- skjema brukt under søkeprosessen	45
Vedlegg 2 - Søkehistorikk	46
Vedlegg 3 Ekstraheringsskjemaer	48

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

I den avsluttende bacheloroppgaven på sykepleierutdanningen ønsker jeg å skrive om et tema som har høy relevans for sykepleiefaget og som engasjerer meg dyptgående. Som sykepleierstudent har jeg truffet eldre pasienter med hjertesvikt både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ved siden av studiene har jeg også hatt en deltidsjobb ved en kardiologisk sykehusavdeling. Jeg opplever møtene med hjertesviktpasienter som spesielt inspirerende, engasjerende og utfordrende. Pasientene gir ofte uttrykk for frustrasjon, manglende kontroll over egen livssituasjon og plagsomme hjertesviktsymptomer. Jeg har flere ganger erfart at pasienter med hjertesvikt reinnlegges på sykehus med få måneders mellomrom, som følge av akutte forverringer i sin tilstand. Det viser seg at flertallet av eldre hjertesviktpasienter har lite kunnskap om sin sykdom og mangelfull egenomsorg (Falk m.fl. 2013). Jeg har gjennom utdanningen fått stor interesse for det helsefremmende perspektivet og sykepleierens ansvar for å trekke pasienten med i egen behandling. Dette gjør at jeg i denne oppgaven ønsker å se nærmere på hva sykepleier kan gjøre for å fremme helse blant pasienter med hjertesvikt. Helsefremming kan defineres som

Proessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse (Mæland 2012:15).

Hjertesvikt utgjør et alvorlig helseproblem i den vestlige verden, og forekomsten av pasienter med denne diagnosen er stadig økende (Aarønæs m.fl. 2007a:171). Hjertesvikt har en prevalens i befolkningen generelt på 2-3 %, mens forekomsten øker til 10-20 % hos pasienter som er eldre enn 70 år. Akutte sykehusinnleggelse og behandling av pasienter med hjertesvikt medfører betydelige helsekostnader i Norge (Fålnun, Instenes og Norekvål 2013:68).

I de senere årene har det blitt økt fokus på helsefremming gjennom St. meld.nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, og den nye helse- og omsorgstjenesteloven, som trådte i kraft 1.januar 2012. Disse viser vei for en ny retning i helsetjenesten, som vektlegger mer forebygging framfor bare reparering, tidlig intervensjon framfor sen intervensjon,

brukermedvirkning i alle ledd i helsetjenesten og et bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsefremming er ifølge International Council of Nurses (ICN) og Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011), en sentral sykepleiefunksjon. Sykepleierens sammensatte kompetanse og nærhet til pasient og pårørende utgjør et naturlig utgangspunkt for å vektlegge veilednings- og undervisningssamtaler i yrkesutøvelsen. Forutsetningen for at dette skal lykkes, er at sykepleieren tar ansvar for å utvikle sin pedagogiske kompetanse (Kristoffersen 2011:342).

Motiverende samtale er en veiledningsmetode jeg har blitt introdusert for gjennom pensumlitteratur. En nylig publisert artikkel i tidsskriftet Sykepleien (Fållun m.fl. 2013) har også vært med på å inspirere meg til å finne oppgavens tema. På bakgrunn av hva jeg til nå har skrevet innledningsvis, har jeg valgt følgende problemstilling for bacheloroppgaven:

Kan motiverende samtale som metode være et nyttig verktøy for å fremme egenomsorg hos eldre pasienter med kronisk hjertesvikt?

Problemstillingen har høy relevans for sykepleie fordi den fokuserer på en stadig voksende pasientgruppe, som sykepleier vil møte i alle deler av helsetjenesten. Egenomsorg er et grunnleggende begrep innenfor sykepleietenningen og et avgjørende element for vellykket hjertesviktbehandling. Begrepet brukes i økende grad i utvikling av teorier og modeller for helsefremming og forebygging (Dørfler og Hansen 2005). Problemstillingen følger utviklingstrekk i helsetjenesten, er politisk og samfunnsmessig oppdatert og fremtidsrettet.

Jeg vil i oppgaven benevne den hjelpesøkende som pasient/han og den profesjonelle som sykepleier/hun.

1.1.1 Definisjon av begreper i problemstillingen

I dette underkapittelet presenterer jeg kort noen definisjoner av sentrale begreper i min problemstilling. Formålet med dette er å tydeliggjøre for leseren hvordan studenten forstår begrepene i den konkrete sammenhengen de brukes (Dalland 2007:266). Begrepene hjertesvikt, egenomsorg og motiverende samtale presenteres ikke her, da disse begrepene blir utførlig beskrevet i neste hovedkapittel.

En metode er en framgangsmåte som er egnet til å nå bestemte mål (Kristoffersen 2011:352).

Et verktøy er et redskap (Knappen og Thoresen 2005:209), som kan brukes i konkrete situasjoner.

Eldre er personer over 67 år (Romøren 2010:29).

1.1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

I dette litteraturstudiet har jeg valgt å rette fokus på eldre pasienter med kronisk hjertesvikt. Dette fordi majoriteten av hjertesviktpasientene er over 70 år. Hjertesvikten skal være ervervet og kronisk. Jeg konsentrerer meg om hjertesviktpasienter med NYHA klasse I, II eller III. Denne klassifikasjonen blir beskrevet senere i oppgaven. Jeg ekskluderer pasienter i NYHA klasse IV, fordi disse pasientene har uttalte symptomer som følge av en langtkommen sykdomsutvikling. Disse pasientene vil sannsynligvis ha større behov for en annen sykepleietilnærming. Jeg ekskluderer pasienter som har en demensdiagnose i tillegg til sin hjertesvikt. Jeg velger ikke å gå i detaljer hva gjelder konkrete egenomsorgstiltak ved hjertesvikt, men forholder meg til begrepet på et mer overordnet plan. Sykepleien knyttes ikke til en spesiell arbeidsplass, da sykepleier vil møte disse pasientene i alle nivåer av helsetjenesten. Det er den motiverende samtalen egnethet for å fremme hjertesviktpasienters egenomsorg som er fokus for min oppgave. Jeg velger i denne oppgaven også å fokusere på situasjoner hvor sykepleier er i direkte kontakt med pasienten.

1.2 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om hjertesvikt og hvilken betydning den motiverende samtale kan ha for å fremme egenomsorg blant disse pasientene. Gjennom min arbeidserfaring har jeg følt et behov for å utvikle større kompetanse i samhandlingen med hjertesviktpasienten. Hensikten med litteraturstudiet er også å få mer kunnskap og erfaring med litteratursøk, kildevurdering og analysing/evaluering. Studenten anser dette som viktig erfa-

ringskunnskap å ta med seg for å kunne arbeide kunnskapsbasert som sykepleier. Endelig er bacheloroppgaven et avsluttende krav for å kunne fullføre grunnutdanningen i sykepleie.

1.3 Oppgavens videre oppbygging

Kapittel 2 er det første kapittelet i oppgavens teoridel. Kapittelet redegjør for sykdommen hjertesvikt og symptomer. Kapittelet beskriver også behandling av både medikamentell og ikke- medikamentell art.

Kapittel 3 omhandler egenomsorgsbegrepet. Det redegjøres først for Dorothea Orems forståelse av egenomsorg. Med utgangspunkt i dette, redegjøres det deretter for en spesifikk egenomsorgsteori ved hjertesvikt.

Kapittel 4 er oppgavens siste teorikapittel. Her presenteres den motiverende samtale. Det redegjøres for metodens bakgrunn, rolleforståelse, prinsipper, faser og gjennomføring.

Kapittel 5 er et metodekapittel, hvor presentasjon av metode, fremgangsmåte, funn og kildekritikk beskrives. Kildevurderingen tar utgangspunkt i begrepene validitet og relevans. Dette kapittelet inneholder også en beskrivelse av studentens analyseprosess.

Kapittel 6 er oppgavens problemløsende del, hvor studenten benytter resultatene fra analysen, oppgavens teori og egne praksiserfaringer for å kunne belyse problemstillingen fra ulike sider. De første fem underkapitlene er en drøfting av temaene som utkrystalliserte seg i analysen. I det siste delkapittelet drøfter studenten forutsetninger for at sykepleier skal kunne lykkes med den motiverende samtale i praksis. Kapittelet avrundes med noen avsluttende betraktninger.

Kapittel 7 utgjør oppgavens konklusjon, det vil si en konsentrert oppsummering av hvordan studenten mener at problemstillingen kan besvares.

2.0 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en tilstand der hjertet har nedsatt evne til å pumpe oksygenrikt blod ut i kroppen, noe som fører til at kroppens vev får mindre blodtilførsel enn det som er nødvendig for å opprettholde en normal funksjon (Ørn og Brunvand 2011:173). Hjertesvikt kan oppstå akutt eller være kronisk. Tilstanden klassifiseres også ut fra om den er plassert i høyre eller venstre hjertehalvdel, og om den er systolisk eller diastolisk betinget. Systolisk hjertesvikt vil si at hjertet har svekket evne til å pumpe blod ut av ventriklene i dets kontraksjonsfase, mens diastolisk hjertesvikt skyldes at hjertet ikke er i stand til å ta imot blodet som skal inn til ventriklene i hjertets hvilefase (Aarønæs m.fl. 2007a). Kronisk venstresidig hjertesvikt er den vanligste og viktigste hjertesviktypen, og det er denne tilstanden det refereres til når begrepet hjertesvikt brukes (Ørn og Brunvand 2011:173). Den danner også utgangspunkt for min oppgave.

Hjertesvikt er en progredierende, kompleks og alvorlig sykdom. Tilstanden skyldes først en utløsende skade på myokard og deretter en gradvis forverring av hjertefunksjonen, som følge av unormalt forhøyet aktivitet i kroppens blodtrykksreguleringssystemer og aktivering av en rekke andre kompensasjonsmekanismer (Aarønæs m.fl. 2007a, Ørn og Brunvand 2011). Langvarig og forhøyet aktivitet i disse systemene innebærer en stor belastning på hjertet, reduserer hjertets «reservekapasitet» og fører til progredierende utvikling av hjertesviktsymptomer (Ørn og Brunvand 2011:173). Iskemisk hjertesykdom og hypertensjon er årsaken til utvikling av hjertesvikt i 75-80 % av pasienttilfellene. Andre sykdomsårsaker er diabetes, hjerteklaffefeil, ulike kardiomyopater, gjennomgått hjertemuskelbetennelse, vedvarende takykardi og medfødte hjertefeil (Aarønæs m.fl. 2007a:171). Normale aldersforandringer bidrar til utvikling av hjertesvikt og forsterker sykdomsutviklingen (Brodtkorb 2010:323).

Hjertesvikt diagnostiseres på bakgrunn av sykehistorie, kliniske funn og spesialundersøkelser som ekkokardiografi, elektrokardiografi, røntgen thorax og blodprøvefunn (Aarønæs m.fl. 2007a).

2.1 Symptomer ved hjertesvikt

Redusert fysisk funksjonsevne, dyspné og ødemdannelse i kroppen er typiske hjertesviktsymptomer. Pasientens reduserte funksjonsevne skyldes at skjelettmuskulaturen får for lite oksygen i forhold til behovet, noe som gjør at pasientens arbeidskapasitet må reduseres, avhengig av i hvor stor grad hjertets systoliske pumpekraft er svekket (Ørn og Brunvand 2011:174). Dyspneen forårsakes av at blod stuves tilbake i lungevenene, fordi høyre ventrikkel pumper mer blod inn i lungekretsløpet enn hva venstre ventrikkel klarer å pumpe videre ut i hovedkretsløpet. Lungevenestuvningen forårsaker et tyntet respirasjonsarbeid, ved at pasienten aktivt må puste ut ved utånding. Ekspirasjonsfasen er vanligvis en passiv prosess (Sand m.fl. 2009:363). Ved stor lungestuvning forplanter blodet seg tilbake til lungekapillærene, og det økte væsketrykket her kan føre til væskeutsiving fra kapillærene og ødemdannelse i lungevevet av varierende alvorlighetsgrad (Brodtkorb 2010:323). Hjertesviktpasienter opplever ofte at dyspneen forverres ved anstrengelser/aktivitet og når de legger seg ned. Den generelle ødemdannelsen i kroppen skyldes salt- og væskeretensjon og viser seg klinisk i form av dyspné og perifere, deklive ødemer (Ørn og Brunvand 2011:174). Mange hjertesviktpasienter plages også av tretthet, søvnforstyrrelser, redusert matlyst og opplever psykososiale problemer (Eikeland, Haugland og Stubberud 2011).

New York Heart Association har utarbeidet et klassifikasjonssystem med den hensikt og enkelt kunne fastslå sykdommens alvorlighetsgrad og hvilken påvirkning sykdommen har på pasientens hverdagsliv. Nivåplasseringen har betydning for pasientens prognose og behandling (Ørn og Brunvand 2011:174).

Funksjonsklasse I	<i>Asymptomatisk hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt uten begrensninger i vanlig fysisk aktivitet. Vanlig fysisk aktivitet medfører ingen følelse av utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina pectoris.
Funksjonsklasse II	<i>Lett hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt med lett begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile og ved lett fysisk anstrengelse, men større belastninger gir tydelig utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina pectoris.

Funksjonsklasse III	<i>Moderat hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt med markert begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile, men lett fysisk aktivitet som påkledning eller gange i lett motbakke gir utmattelse, dyspné, hjertebank eller angina pectoris.
Funksjonsklasse IV	<i>Alvorlig hjertesvikt.</i> Pasienten har hjertesvikt som ikke tillater noen form for fysisk aktivitet uten at det gir ubehag. Symptomer som skyldes hjertesvikten, er til stede i hvile.

Tabell 1. New York Heart Associations klassifisering av hjertesvikt (Eikeland, Haugland og Stubberud 2011:222).

Det typiske livsforløpet til en pasient med kronisk hjertesvikt bærer preg av relativt stabile perioder etterfulgt av akutte forverringar i tilstanden. Forverringene fører til en gradvis funksjonsreduksjon, inntil pasienten til slutt dør, enten fordi hjertet ikke klarer å pumpe mer, eller fordi pasienten får arytmier (Ørn og Brunvand 2011:174). Dødeligheten ved hjertesvikt er høy, med en gjennomsnittlig forventet levetid på fem år etter første sykehusinnleggelse (Nielsen og Hildebrandt 2009:19).

2.2 Behandling av hjertesvikt

Hjertesvikt er en ustabil tilstand. En svært viktig del av den medisinske og ikke-medikamentelle behandlingen handler derfor om å forsøke å holde pasienten i en stabil fase, for å kunne begrense antallet akutte forverringar i hans tilstand. Metodene som brukes ved behandling av hjertesvikt kan altså bremse, men ikke fjerne utviklingen av sykdommen (Nielsen og Hildebrandt 2009:21).

2.2.1 Medikamentell behandling

Den medikamentelle behandlingen ved hjertesvikt tar sikte på å optimalisere hjertets pumpefunksjon, bedre den perifere sirkulasjonen og bremse kompensasjonsmekanismene, som over tid vil være skadelig for hjertet (Aarønæs m.fl. 2007b:174). ACE- hemmere og

angiotensin II- reseptorantagonister, som bremser aktiveringen av renin-angiotensin-aldosteron-systemet, utgjør grunnlaget i all hjertesviktbehandling (Ørn og Brunvand 2011:175). Betablokkere, som reduserer hjertefrekvensen og diuretika, som øker utskillelsen av vann og natrium, er andre sentrale medikamenter ved hjertesvikt. Aldosteronantagonister og digitalispreparater blir også brukt (ibid.). En viktig forutsetning for optimal medikamentell behandling er at pasientene tar medikamentene slik de har blitt foreskrevet av legen.

2.2.2 Ikke- medikamentell behandling

Dersom medikamentell behandling ikke er tilstrekkelig, kan implantering av hjertestarter eller en hjertesvikt-pacemaker være nødvendig behandling. Dersom hjertefunksjonen blir livstruende dårlig, og det ikke er mulig å forbedre pasientens tilstand på andre måter, kan pasienten i sjeldne tilfeller vurderes til hjertetransplantasjon (Ørn og Brunvand 2011:177). Pasientens egenomsorg blir i internasjonale retningslinjer fremhevet som en nøkkelkomponent i vellykket hjertesviktbehandling (Lainscak m.fl. 2011 og Riegel m.fl. 2009). Dette beskrives nærmere i neste kapittel.

3.0 Egenomsorg

Begrepet egenomsorg, på engelsk kalt «self-care», har i løpet av de siste femti årene hatt en sentral plass i helsefaglige og helsepolitiske diskusjoner internasjonalt. Det har blitt større fokus på forebygging av kronisk sykdom og aktiv pasientdeltakelse, fordi andelen mennesker som lever med kroniske sykdommer stadig øker (Dørfler og Hansen 2005). Egenomsorg fremheves som viktig for å gi den enkelte pasient bedre helse og livskvalitet, men også som en grunnleggende forutsetning for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Meld. St. 10 (2012-2013):47). Begrepet egenomsorg har ikke en entydig definisjon. Det forstås ut ifra forskjellige perspektiv (Dørfler og Hansen 2005:6). Egenomsorgsbegrepet må derfor defineres i en konkret sammenheng.

3.1 Egenomsorg og sykepleie

Egenomsorg er et sentralt sykepleiefaglig begrep. Det er den amerikanske sykepleieprofessoren Dorothea E. Orem (1914-2007) som har beskrevet egenomsorg mest utfyllende. Orem ga i 1971 ut boka *Nursing: Concepts of Practice*, hvor hun presenterte sin teori om egenomsorg for første gang (Kristoffersen 2011:227). Orem's egenomsorgsteori inngår i dag som grunnlag i utviklingen av teorier og modeller for helsefremming og forebygging (Dørfler og Hansen 2005:19).

Orem definerer egenomsorg slik: «Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health and well-being.» (Orem 2001:43).

Ifølge Orem har mennesket normalt både ønske om og evne til å ta vare på seg selv. Det utfører handlinger som bidrar til å opprettholde liv, fremme helse og velvære. Teorien presenterer en grunnleggende tro på menneskets ressurser og evne til å lære, løse problemer og utvikle seg (Kristoffersen 2011:228). Verdier som selvstendighet, ansvarlighet og uavhengighet står sterkt i denne teorien (Dørfler og Hansen 2005:15).

Orem mener at hvert enkelt menneske til enhver tid må ivareta egenomsorg for å dekke sine grunnleggende behov. Hun deler disse behovene inn i tre ulike typer (Orem 2001:48):

Universelle egenomsorgsbehov. Disse behovene er allmenne og gyldige gjennom hele livet: for eksempel behovet for vann, luft og mat.

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov. Disse behovene er knyttet til å fremme menneskets liv og utvikling ut fra alder, modenhet og livssituasjon.

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Disse behovene fremkommer når det er svikt i normal funksjon, helse og velvære. Egenomsorgsbehovene stiller krav til handling for å få kontroll over sviktens omfang og for å forebygge ytterligere svikt.

Orem mener at mennesket normalt har evnen til å identifisere sine egenomsorgsbehov, vurdere og velge hvordan det skal forholde seg til dem. Læring av egenomsorg skjer gjennom sosialiseringprosessen, det vil si gjennom oppdragelsen til voksen rolle. Hvert enkelt menneske utfører egenomsorg på sin individuelle måte. Egenomsorgsbehovene utgjør bestemte mål i livet, som mennesket gjennom sine praktiske handlinger søker å oppnå/tilfredsstille (Orem 2001). Målene stiller med andre ord krav til at mennesket handler.

Et menneske har behov for sykepleie dersom han ikke lenger har tilstrekkelig kapasitet/ressurser til å utføre handlinger som er nødvendig for å tilfredsstille egenomsorgsbehovene (Kristoffersen 2011:234). Sykepleierens oppgave blir dermed å kartlegge hvilke egenomsorgsbehov personen har problemer med å dekke, for deretter å bruke sin kompetanse til å vurdere hva som kan/bør gjøres (Kristoffersen 2011:233). Sykepleieren har, ifølge Orem (2001), fem ulike hjelpemetoder for å imøtekomme pasientens egenomsorgsbehov:

- å gjøre noe eller handle for en annen
- å veilede og rettlede en annen
- å sørge for fysisk og psykisk støtte
- å sørge for omgivelser som fremmer utvikling
- å undervise

Pasientens tilstand, ressursvikt og kapasitet avgjør hvilken hjelpemethode sykepleieren bør benytte (Kristoffersen 2011:236). I neste avsnitt vil jeg kort sammenfatte hvordan Orem forstår sykepleierens veiledende og støttende hjelpemetoder, da dette har høy relevans for min oppgave.

Sykepleierens veiledende metode vil si å støtte pasienten under planlegging og utføring av egenomsorgshandlinger. Å bruke veiledning som metode er relevant i situasjoner hvor pasienten må ta valg eller følge en plan for egenomsorg (Kristoffersen 2011:237).

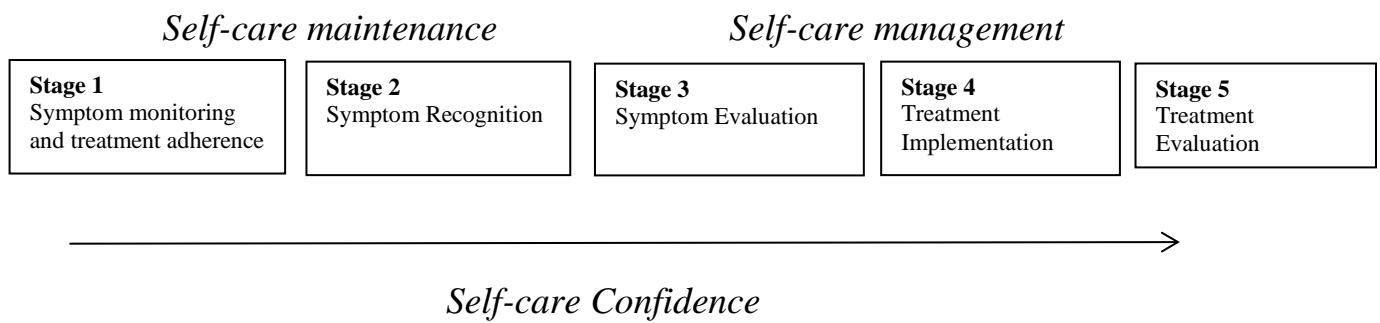
Forutsetningen for å kunne veilede pasienten er etableringen av et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient (Orem 2001:119). Pasienten må dessuten være i stand til selv å ta en beslutning og ha tilstrekkelige ressurser og motivasjon til å utføre

egenomsorgshandlingen. Sykepleierens funksjon er å støtte pasienten gjennom hele prosessen, anerkjenne pasientens utviklingsmuligheter og arbeide for å styrke pasientens motivasjon og tiltro til egne ressurser (Kristoffersen 2011:237). Orem understreker at dersom det er mulig for pasienten å utvikle sine evner til å utføre egenomsorg, skal sykepleien innrettes mot dette. Samtidig understreker Orem at det til enhver tid er sykepleierens ansvar å vurdere hvor mye pasienten kan tåle før sykepleieren må gripe inn og iverksette en annen hjelpemetode (ibid.).

3.2 Egenomsorg ved hjertesvikt

Ifølge Orems teori, vil det å leve med hjertesvikt føre med seg spesielle krav til handling for at liv og helse skal kunne opprettholdes. De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene kommer da i tillegg til de universelle og utviklingsrelaterte behovene, og vil kreve mer av personen for at han skal mestre sin livssituasjon. Egenomsorgshandlinger utgjør, ved siden av optimal medikamentell behandling, en avgjørende komponent i vellykket hjertesviktbehandling (Lainscak m.fl. 2011 og Riegel m.fl. 2009). Lainscak m.fl. (2011) beskriver at konkrete, anbefalte egenomsorgstiltak ved hjertesvikt blant annet innebærer et tilpasset kosthold med redusert saltinntak, en relativt stabil væskebalanse, røykeslutt, lavt alkoholforbruk, daglig vektkontroll, fysisk aktivitet og årlig influensavaksine. Pasientens kunnskap, erfaringer, evner og overbevisninger/verdier påvirker i stor grad hvilke handlingsvalg pasienten tar (Riegel m.fl. 2009).

Den amerikanske sykepleieprofessoren Barbara Riegel, som er en foregangskvinne internasjonalt hva gjelder klinisk forskning knyttet til pasienter med hjertesvikt, har i samarbeid med Victoria V. Dickson, utviklet en spesifikk teori om hva egenomsorg konkret utgjør innenfor denne pasientgruppen (Riegel og Dickson 2008). Teorien baserer seg på Orems originale og generelle egenomsorgsteori. Formålet med Riegel og Dicksons arbeid er å gjøre Orems egenomsorgsteori mer spesifikk, anvendbar og forståelig for sykepleier i møte med hjertesvikt-pasienten. Teorien kan begrepsmessig sammenfattes i figuren vist under:



Figur 1. Fremstilling av en situasjonsspesifikk teori om egenomsorg ved hjertesvikt. (Riegel og Dickson 2008).

I teorien kobles det å opprettholde egenomsorg (i.e., self-care maintenance) sammen med trinn 1 i figuren. Å opprettholde egenomsorg handler om å være årvåken overfor hjertesviktsymptomer og å fastholde en plan for egenomsorg, basert på gjeldene anbefalinger og målet om å opprettholde liv og fremme helse og velvære (jf. Orem). Å håndtere egenomsorg (i.e., self-care management) kobles sammen med trinn 2-5. Dette dreier seg om hvordan pasienten responderer og handler når hjertesviktsymptomer oppstår, og består konkret av følgende punkter: å gjenkjenne symptomer, å evaluere symptomer, å bestemme seg for å handle, å iverksette egenomsorgshandlinger og å evaluere effekten av iverksatte egenomsorgshandlinger (Riegel og Dickson 2008).

Hvordan pasienten håndterer sin egenomsorg er avgjørende for å kunne kontrollere den hårfine balansen mellom opplevelsen av velvære og opplevelsen av økende hjertesviktsymptomer. Endelig har pasientens tiltro/tillit til egne evner (i.e., self-care confidence) en avgjørende påvirkningskraft på pasientens totale egenomsorg, fordi dette vil påvirke hva slags egenomsorgshandlinger pasienten iverksetter, og når han velger å iverksette handlingene (ibid.).

Dersom pasienter engasjerer seg i egenomsorg, kan bedre behandlingsresultater oppnås og antall reinnleggelser reduseres (Lainscak m.fl. 2011, Riegel m.fl. 2009 og Strömberg, Jaarsma og Riegel 2012). God egenomsorg ved hjertesvikt kan føre til færre symptomer, økt funksjonskapasitet, økt livskvalitet, redusert dødelighet og bedre prognose (Lainscak m.fl. 2011:118). Kunnskap om spesifikk egenomsorgsteori ved hjertesvikt fører til større forståelse av hvordan sykepleier kan støtte pasienten i utførelsen av egenomsorg. Sykepleier blir

dessuten i bedre stand til å identifisere pasienter som har størst risiko for mangelfull egenomsorg, og som dermed har ekstra behov for veiledende/støttende intervensjoner. Lainscak m.fl. (2011) fremhever betydningen av å kunne veilede hjertesviktpasienter på en individuell og kyndig måte. Dette bringer oppgaven videre til neste kapittel, som omhandler motiverende samtale.

4.0 Motiverende samtale

Motiverende samtale blir også betegnet som motiverende intervju eller endringsfokustert veiledning. På engelsk kalles veiledningsmetoden «motivational interviewing», ofte forkortet til MI. I denne oppgaven vil jeg benytte motiverende samtale og forkortelsen MI når jeg henviser til metoden.

Den motiverende samtale ble utviklet på 80- tallet av psykologene William R. Miller og Steven Rollnick, opprinnelig i tilknytning til behandling av avhengighetsproblematikk (Rosdahl 2013). Veiledningsmetoden har sitt grunnlag i psykologen og psykoterapeuten Carl Rogers personsentrerte psykoterapi og forskning fra 1950- tallet, som bygger på å vise empati og respekt overfor pasienten (Efraimsson 2013:210). Metoden har i de senere år vist seg velegnet innenfor flere felt, og blir i dag mye benyttet i helsesektoren, hovedsakelig knyttet til veiledning av pasienter som har behov for å endre livsstil. MI er spesielt utviklet for å skape et ønske om forandring, og har stor bruksverdi i situasjoner hvor målet er å utvikle motivasjon til å igangsette atferdsendringer (Kristoffersen 2011:368).

4.1 Rolleforståelse

Motiverende samtale er en samarbeidsrettet, personsentrert og målrettet kommunikasjonsmetode (Efraimsson 2013:210). I den motiverende samtale er samspillet mellom pasient og sykepleier et samarbeid mellom to likeverdige parter. Pasient og sykepleier er likestilte i den forstand at begge parter innehar ekspertkunnskap, som bør bringes inn i

samarbeidet. Sykepleier er ekspert på sitt fagområde og bringer erfaringer og fagkunnskap inn i relasjonen. Pasienten er ekspert på sitt liv, hvordan vedkommende best forandrer seg og hvordan endringene kan tilpasses hans hverdag (Rosdahl 2013:31). Å få fram pasientens perspektiv, oppfatninger om egen livssituasjon/livsstil og ønsker om forandring er en av de viktigste sykepleieroppgavene i den motiverende samtale. Det er dette som innebærer metodens personsentrerende element (Kristoffersen 2011:369). Sykepleier skal arbeide ut fra en grunnleggende aksept og respekt for pasientens autonomi og anerkjennelse av pasientens ønsker og valg. Hun må tro på pasientens rett og kapasitet til selvbestemmelse, det vil si å akseptere at pasienten kan og faktisk gjør valg for hvordan han vil leve sitt liv (Efrainsson 2013:211). Sykepleier skal ikke være konfronterende eller overtalende, men forholde seg nøytral overfor pasientens perspektiv, verdier og ønsker. Sykepleierens oppgave i den motiverende samtale er ikke å komme med råd og anbefalinger om hvordan pasienten bør leve sitt liv, men å hjelpe pasienten til å gå i egendialog ved at han selv reflekterer over sine utfordringer (Rosdahl 2013:25). Metoden er målrettet ved at kommunikasjonen strategisk rettes inn mot å hjelpe pasienten til å gjøre forandring i eget liv. Sykepleier er styrende når det gjelder å fastholde pasientens oppmerksomhet mot forandring, men ikke-styrende når det gjelder å definere mål og metode for endringen. Metodens målrettede element må bygge på den største respekt for at forandring må skje i pasientens tempo og på pasientens egne premisser (Kristoffersen 2011:369).

I motiverende samtale bruker sykepleier bevisst åpne spørsmål, bekreftelser, refleksjoner og oppsummeringer for å stimulere pasienten til å analysere sin egen situasjon, problemer/utfordringer og muligheter. Hensikten med å bruke disse kommunikasjonsteknikkene er å lytte aktivt, anerkjenne, hente fram og forsterke pasientens motivasjon, styrke pasientens mestringstro og framheve tendenser til endring (Sætertrø 2013).

4.2 Prinsipper

Når sykepleier velger å veilede ut fra den motiverende samtale, er følgende prinsipper sentrale; å vise empati, å utvikle diskrepans hos pasienten, å henge med på motstand og å støtte pasientens mestringstro (Kristoffersen 2011:369).

Å vise empati innebærer at sykepleier viser innlevelse, oppriktig interesse og anstrenger seg for å sette seg inn i pasientens følelser, oppfatninger og tanker. Empati innebærer ikke at sykepleier identifiserer seg med eller sier seg enig i pasientens oppfatninger av situasjonen (ibid.)

Å utvikle diskrepans hos pasienten vil si å utvikle en opplevelse av at det foreligger et misforhold mellom hvordan noe er og hvordan noe burde være. Pasienten må oppleve dette misforholdet for å forstå at en forandring er nødvendig. Diskrepans skaper ambivalens, noe som kan utgjøre en viktig forandringskraft, ved at pasienten fatter beslutning om å endre livsstil (Efrainsson 2013:211).

Å henge med på motstand, på engelsk kalt «to roll with resistance», handler om å møte pasientens motstand mot endring på en konstruktiv måte (Kristoffersen 2011:370). Dersom pasienten argumenterer for å fortsette sin livsstil slik som før eller kjenner uvilje mot forandring, skal sykepleier unngå å argumentere mot pasienten og heller ikke gi informasjon om betydningen av å gjøre livsstilsendringen. Sykepleier må spørre om lov før hun gir informasjon. Å motta råd fra sykepleier uten å ha bedt om det skaper lett motstand hos pasienten, noe som skader samarbeidsrelasjonen og reduserer muligheten for at en forandring vil skje (Efrainsson 2013:212). Sykepleier bør i slike situasjoner heller trekke seg tilbake, vise forståelse og lytte til hva pasienten forteller (Rosdahl 2013:75).

Å støtte pasientens mestringstro vil si å styrke pasientens tiltro til egne evner knyttet til en bestemt oppgave. Å ha en positiv forventning om å mestre situasjonen eller målet en setter seg, er avgjørende for hvordan pasienten tenker, opplever og handler i situasjonen (Kristoffersen 2011:216). Mestringstro er derfor nært knyttet til pasientens motivasjon til endring. Motiverte pasienter engasjerer seg for sin egen del. De vil oppleve tilfredsstillelse når de mestrer noe, og måloppnåelsen er i seg selv en belønning for pasienten. Sykepleier kan styrke pasientens mestringstro ved å rette søkelyset på pasientens kvaliteter, hva han allerede mestrer, samt vedkommendes tidligere positive erfaringer med å gjennomføre forandringer i eget liv (Kristoffersen 2011:371).

4.3 Den motiverende samtals fasene og gjennomføring

En motiverende samtale har ulike fasene. Fasene vektlegger forskjellig fokus, og er på et overordnet plan strukturerende og retningsgivende for hvilke kommunikasjonsstrategier sykepleier benytter seg av i møte med pasienten. Fasene skal ikke forstås som fastlåste, ved at de følger etter hverandre i en bestemt rekkefølge. Sykepleier veksler mellom fasene (Rosdahl 2013).

4.3.1 Å innlede og bestemme tema for samtalen

Det er naturlig at sykepleieren i begynnelsen av samtalen fokuserer på å bygge en relasjon til pasienten. For å trykke pasienten og møte han med forståelse, er det nødvendig at sykepleier viser tydelig respekt og akseptasjon, oppriktig omsorg og inviterer til samarbeid (Rosdahl 2013). Sykepleier har rolle som samtalepartner. Det er pasientens situasjon, behov og ønsker som skal stå i sentrum for samtalen. For å kunne hjelpe pasienten, må sykepleier forstå hvor pasienten befinner seg. Ut fra hva pasienten forteller, er det viktig at han selv velger tema eller får hjelp til å velge ut ifra noen alternativer. Pasienten bør oppmuntres til å velge det temaet han anser som mest viktig. Det er avgjørende å starte der pasienten selv er motivert for å begynne (Kristoffersen 2011).

4.3.2 Å utforske pasientens motivasjon og holdning til forandring

I denne delen av samtalen stiller sykepleier åpne spørsmål for å utforske pasientens motivasjon til endring knyttet til samtals tema. Hun må få et bilde av hvor viktig temaet er for pasienten, om han har tro på at han klarer å gjennomføre endringen og hvor forberedt han er på å gjennomføre forandringen. Kristoffersen (2011) anbefaler her å bruke skalaer. Pasienten utfordres til å gradere svaret på disse spørsmålene på en skala fra 1-10. 1 angir liten viktighet, liten tro og lav forberedthet. Tilsvarende angir 10 stor viktighet, stor tro og høy grad av forberedthet. Det kan ofte ha stor betydning at sykepleier stiller oppfølgings spørsmål nedover og oppover skalaen, som for eksempel: Hva er det som gjør at du ikke angir et lavere tall? Hva må til for at du skal angi et høyere tall? (Kristoffersen 2011:373). Svarene pasienten

gir, danner utgangspunkt for videre samtale og kan bli en katalysator som påskynder forandringsprosessen.

4.3.3 Å frembringe forandringsutsagn og øke pasientens motivasjon

I denne fasen fokuserer sykepleier på å stille åpne spørsmål, som stimulerer pasienten til å utforske sine egne argumenter for forandring. Sykepleieren kan eksempelvis stille spørsmål om pasienten har noen bekymringer i forhold til sin nåværende situasjon, og om en endring i atferd kan gi positive gevinster. Oppfølgingsspørsmål har som mål å få pasienten til å formulere flere forandringsutsagn (Rosdahl 2013:110). Det er strategisk å fremme pasientens egne argumenter for forandring. Sykepleier må være styrende mot disse argumentene fordi det er sammenheng mellom pasientens språk og hans atferd. Det er også en sammenheng mellom sykepleiers atferd og pasientens språk, fordi pasientens endringsutsagn bør sees som en mediator for endring og noe sykepleier kan påvirke gjennom sin samhandling med pasienten (Rosdahl 2013).

4.3.4 Å forhandle fram en plan og sikre forpliktelse til endringen

I denne fasen retter pasient og sykepleier blikket framover mot beslutning og endring. Sykepleier må styre samtalen i retning av å planlegge trinnene for endring og utarbeide en handlingsplan. En handlingsplan vil konkretisere hva, hvordan og når endring faktisk og praktisk kan skje (Rosdahl 2013). Sannsynligheten for at pasienten endrer atferd er størst dersom pasienten selv har vært med på å utvikle en klar og konkret plan. Dette vil virke forpliktende på pasienten (Efraimsson 2013:224).

5.0 Metode

I dette kapitlet beskrives oppgavens metodedel, altså hvilken fremgangsmåte studenten har brukt for å frambringe kunnskap knyttet til oppgavens problemstilling (Dalland 2007:83). Sentrale temaer i dette kapitlet er presentasjon av fremgangsmåte ved litteratursøk, utvelgelseskriterier, kvalitetsvurdering, kildekritikk og beskrivelse av analyseprosess.

5.1 Litteraturstudium som metode

En litteraturstudie er en metode for å samle inn og analysere eksisterende kunnskap knyttet til et bestemt tema/problemstilling. En litteraturstudie er systematisk ved at litteraturen ikke er tilfeldig utvalgt, men strategisk funnet, bevisst valgt og kritisk vurdert på en systematisk måte (Frederiksen og Beedholm 2012:47). Dette systematiske litteraturstudiet kan plasseres innenfor en hermeneutisk vitenskapsforståelse. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Det handler om å tolke og beskrive vilkår for at forståelse av mening skal være mulig (Dalland 2007:56). I min situasjon handler det om å forsøke å gi mening/klarhet til min problemstilling. For at jeg skal kunne forstå betydningen/nyten av motiverende samtale i møte med hjertesviktpasienten, må jeg analysere og tolke litteraturen jeg finner. Bare på den måten kan jeg forstå hvordan metoden kan påvirke pasientens egenomsorgshandlinger.

Systematisk litteraturstudie som metode er relevant for min oppgave, nettopp fordi jeg ønsker å undersøke eksisterende kunnskap knyttet til min problemstilling, for på den måten å få større kunnskap om hvilken betydning den motiverende samtale kan ha når det gjelder å fremme hjertesviktpasienters egenomsorg. Kunnskapen jeg tilegner meg gjennom litteraturstudiet, kan øke min forståelse av hvordan sykepleier kan bistå pasienten og gi meg større handlekraft i praktiske situasjoner. Jeg mener metoden har potensial til å gi meg gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte.

5.2 Litteratursøk og fremgangsmåte

Emneplanen for bacheloroppgaven viser at bacheloroppgaven skal inneholde om lag 680 sider selvvalgt litteratur. Det første jeg gjorde var å innhente relevant faglitteratur for å kunne se sammenhenger, utviklingstrekk og videre bygge en teoretisk plattform for oppgaven. Jeg tok utgangspunkt i lærebøker, som jeg har brukt gjennom hele sykepleierutdanningen. I disse fant jeg relevant og grunnleggende kunnskap om blant annet hjertesvikt, motiverende samtale og sykepleieteori. Deretter søkte jeg etter litteratur gjennom BIBSYS, som er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler (Dalland 2007:67). Søkeordene jeg brukte her var «hjertesvikt», «motiverende samtale» og «veiledning». Gjennom dette søket fant jeg flere relevante fagbøker, og jeg brukte en del tid på å kikke gjennom bøkens innholdsfortegnelser og lese relevante kapitler for å få oversikt over feltet og sentrere oppgavens tema. Problemstillingen endret seg flere ganger gjennom prosessen, ettersom jeg fikk utvidet kunnskap om temaet. Dette gjorde at jeg lettere så naturlige sammenhenger.

Jeg jobbet grundig med å finne gode og relevante søkeord ut ifra min opprinnelige tanke om hva jeg ønsket å skrive om. For å klargjøre problemstillingen, systematisere litteratursøket og sikre at alle relevante søkeord ble inkludert, brukte jeg PICO-skjema i søkeprosessen. PICO-skjemaet, som ligger vedlagt (vedlegg 1), hjalp meg til å presisere hvilken pasientgruppe jeg ville fokusere på, hvilken intervensjon jeg ønsket å vurdere og hvilke resultater jeg var interessert i (Strømme 2007). I databasene søkte jeg både i fritekst og med standardiserte emneord/tesaurus. Emneordssøkingen ga svært få treff, så jeg valgte å ta utgangspunkt i fritekstsøkene når jeg skulle velge ut forskningsartikler.

Jeg benyttet databasene CINAHL, PubMed og SweMed+ i søkeprosessen. PubMed publiserer hovedsakelig forskning knyttet til medisin, men inneholder også artikler innenfor andre fagtradisjoner, som for eksempel sykepleie (Hørmann 2012:41). CINAHL publiserer artikler innenfor sykepleie og beslektede emner, så som fysio- og ergoterapi (Hørmann 2012:42). SweMed+ er en felles skandinavisk database som inneholder artikler fra skandinaviske legeforenings- og sykepleietidsskrifter (Hørmann 2012:43).

Jeg valgte å søke på enkelte søkeord ved hjelp av trunkeringstegn. Å trunkere vil si at du kun søker på ordstammen, slik at du i søketreffet inkluderer både entalls-/flertallsendelser samt ulike varianter av ordet (Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012). Videre kombinerte jeg søkeordene ved hjelp av de boolske operatorene AND og OR. Å kombinere søkeord med AND innsnevrer søket, da alle ordene du kombinerer må være med i artikkelreferansen. Å kombinere søkeord med OR utvider søket, ved å gi treff på artikkelreferanser som enten inneholder det ene, det andre eller begge begrepene (Hørmann 2012:39). Vedlegg 2 gir nærmere beskrivelse av hvilke søkeord og søkekombinasjoner jeg har brukt, samt antall treff. Jeg begynte først å søke etter artikler som var publisert mellom 2008 og fram til i dag, men utvidet etterhvert tidsrommet fra 2004 og fram til i dag, da dette søket ga flere og mer relevante treff tilknyttet min problemstilling. Da hensikten med denne oppgaven er å undersøke om motiverende samtale kan være et nyttig verktøy for å fremme egenomsorg hos eldre pasienter med hjertesvikt, var det naturlig å inkludere «motivational interviewing» i alle søkene mine. Dette gjorde at jeg fikk spisset litteratursøkene mine i stor grad, og at jeg dermed raskt kom fram til relevant litteratur, da forskningsfeltet er relativt nytt og smalt.

5.2.1 Inklusjonskriterier

Overordnede inklusjonskriterier var at artiklene skulle være skrevet på engelsk eller skandinaviske språk og ha et tilgjengelig abstrakt hvor studiens hensikt, bakgrunn, metode, resultater og konklusjon var tydelig presentert. Artikkelformatet skulle være bygd opp etter den såkalte IMRAD- strukturen; det vil si at artikkelen skulle ha en innledende del, en metodedel, en del med presentasjon av resultater og en diskusjonsdel. IMRAD- oppbyggingen er innenfor medisinske og helsefaglige publikasjoner et viktig kjennetegn på at artikkelen er vitenskapelig/forskningsbasert (Lerdal 2012). Studien skulle også være fagfelleurdert, det vil si vurdert og bedømt av eksperter innen fagområdet før publisering (Dalland 2007:80). Jeg anså dette som en første kvalitetssikring av artikkelen. Det skulle komme tydelig fram i abstraktet/nøkkelordene at artikkelen omhandlet motiverende samtale. Studien skulle fokusere på eldre hjertesviktpasienter med ervervet, kronisk hjertesvikt. Sykepleiere skulle ha en sentral rolle i studien. Studiene skulle være originalartikler; altså presentere ny kunnskap om emnet. Det var relevant å fokusere på primærlitteratur i denne oppgaven da temaet er smalt og utgjør et relativt nytt forskningsområde.

5.2.2 Eksklusjonskriterier

Jeg valgte å ekskludere oversiktsartikler, da forskningsfeltet er smalt og disse artiklene tok utgangspunkt i og oppsummerte originalartiklene jeg fant innenfor emnet. Jeg ekskluderte også artikler som ikke hadde «motivational interviewing» som et emneord. Jeg tok heller ikke med artikler som omhandlet motiverende samtale basert på veiledning via telefon, da jeg oppfatter at motiverende samtale handler om å bygge en relasjon til pasienten, få til et samarbeid og at pasienten selv er den aktive part i dette samarbeidet. Jeg anser derfor at motiverende samtale via telefon ikke er en optimal måte å etablere et samarbeid på.

5.2.3. Presentasjon av forskningslitteratur

På bakgrunn av litteratursøk, inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier fant jeg fem relevante og interessante forskningsartikler knyttet til min problemstilling. For å kunne presentere funnene så klart og oversiktlig som mulig, valgte jeg å bruke et ekstraheringsskjema. Jeg plasserte skjemaet inn i et tabellformat og trakk ut nøkkelmomenter fra artiklene. Dette skjemaet utgjør vedlegg 3, og gir en presentasjon og beskrivelse av mine funn.

5.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk

Kildekritikk omhandler metodene som brukes for å vurdere og karakterisere om en kilde er sann. Det skal vise om jeg er i stand til å forholde meg kritisk til kildematerialet jeg finner. Hensikten med dette kapittelet er å gi leseren del i vurderinger jeg har gjort knyttet til hvilken relevans, gyldighet og pålitelighet litteraturen har når det gjelder å belyse min problemstilling (Dalland 2007:66). For å vurdere i hvilken grad den valgte litteraturen og forskningsresultatene er relevante for min oppgave, tar jeg utgangspunkt i begrepene validitet og reliabilitet.

5.3.1 Validitet

Validitet handler om å vurdere om den litteraturen jeg har funnet, er relevant og gyldig for min problemstilling (Dalland 2007:50). I oppgaven har jeg hatt fokus på å inkludere teori og forskning som er oppdatert, sykepleierrettet og av nyere dato. I oppgavens teoridel har jeg hovedsakelig brukt lære- og fagbøker utgitt mellom 2009 - 2013. Utgivelsesårene styrker litteraturens relevans og gyldighet, da de er oppdatert i lys av dagens situasjon.

I beskrivelsen av hjertesvikt brukte jeg pensumbøker, da denne litteraturen er vurdert som sykepleiefaglig relevant gjennom studieplanen. Jeg valgte å ekskludere originallitteratur om den motiverende samtale skrevet av Miller og Rollnick, da denne litteraturen hovedsakelig er myntet på psykologer. Jeg vurderte det som mer hensiktsmessig og relevant å bruke sekundærlitteratur bearbeidet og tilpasset en helse- og sykepleiefaglig kontekst. Boka til Rosdahl (2013) var en sentral bok for å få en grunnleggende teoretisk og praktisk forståelse av den motiverende samtale. Kapitlene til Efraimsson (2013) og Kristoffersen (2011) knyttet den motiverende samtale til sykepleiefaget og hadde dermed høy relevans. Ut fra oppgavens problemstilling var det også relevant å inkludere Orems primærlitteratur (2001). Jeg brukte også noe sekundærlitteratur i denne teoridelen for lettere å få en helhetlig og kortfattet oversikt over egenomsorgsteorien. Litteratur om den spesifikke egenomsorgsteorien ved hjertesvikt var naturligvis svært relevant for min problemstilling, og i beskrivelsen av dette holdt jeg meg utelukkende til primærlitteratur.

Forskningsartiklene jeg har inkludert er publisert mellom 2005 – 2011. Studien til Brobeck m.fl. (2011) er relevant for min oppgave fordi den retter søkelys på sykepleieres oppfatning av hva som gjør motiverende samtale nyttig i møte med pasienter. Den beskriver også hvilke opplevelser/erfaringer sykepleiere har, knyttet til bruk av metoden. Selv om artikkelen ikke er sykdomsspesifikk, mener studenten at funnene har stor overføringsverdi til oppgavens problemstilling. Forskningen til Riegel m.fl. (2006) er relevant fordi den undersøker hvilken effekt den motiverende samtale har når det gjelder å fremme hjertesviktpasienters egenomsorg. Forfatterne ønsker også å belyse hvilke mekanismer ved den motiverende samtale, som gjør metoden effektiv. Artikkelen til Paradis m.fl. (2010) er relevant fordi forfatterne ønsker å undersøke hvilken effekt den motiverende samtale har når det gjelder å

fremme hjertesviktpasientens egenomsorg, sammenlignet med tradisjonell veiledning (å gi pasienten informasjon og råd). Forfatterne vurderer effekten opp mot den spesifikke egenomsorgsteorien ved hjertesvikt. Studien til Brodie og Inoue (2005) er relevant fordi den gir et konkret eksempel på hvilken effekt den motiverende samtale kan ha, knyttet til egenomsorgshandlingen fysisk aktivitet ved hjertesvikt. Studien sammenligner motiverende samtale med tradisjonell veiledning (å gi pasienten informasjon og råd). Studien til Brodie, Inoue og Shaw (2008) er relevant fordi den undersøker hvilken effekt den motiverende samtale kan ha på hjertesviktpasienters opplevelse av livskvalitet, sammenlignet med tradisjonell veiledning.

5.3.2 Reliabilitet

Begrepet reliabilitet står for pålitelighet (Dalland 2007:51). Selv om jeg vurderer litteraturen jeg har brukt som relevant for min problemstilling, er det også viktig å vurdere om dataene er troverdige før de benyttes. For å lette dette arbeidet, brukte jeg ved gjennomlesning av forskningsartiklene sjekklister utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Jeg valgte sjekklister ut fra artikkelens forskningsdesign. Artiklene hadde gjennomgående god kvalitet både metodisk og innholdsmessig. Studien til Paradis m.fl. (2010) er en pilotstudie med kun 30 deltakere med i studien. Det lave antallet deltakere kan problematisere generaliseringen av resultatene. Studiens resultater peker imidlertid i samme retning som de andre inkluderte studiene. Dette styrker studiens reliabilitet.

Når det gjelder litteratur jeg har brukt i teoridelen, anser jeg den som pålitelig fordi den er skrevet av anerkjente fagpersoner med god kompetanse innenfor sitt fagområde. Bøkenes utgivelsesår er også med på å styrke litteraturens pålitelighet, da disse baserer seg på det nyeste innen forskning og er oppdatert i forhold til dagens samfunnssituasjon.

5.4 Beskrivelse av analyseprosess

Analyse er et granskningsarbeid hvor formålet er å finne ut hva materialet har å fortelle oss (Dalland 2007:124). Det handler om å stille noen spørsmål til materialet, som gjør at jeg først

kan bryte innholdet opp for deretter å samle det igjen. Formålet med analysearbeidet er å presentere artiklene i en ny sammenheng; det vil si en sammenheng hvor jeg kan få svar på min problemstilling (Frederiksen og Beedholm 2012:50). I analysearbeidet må materialet ses i sammenheng med de beskrevne teoriene som ligger til grunn for oppgaven (Dalland 2007:269).

Analysearbeidet startet med at jeg leste gjennom de fem forskningsartiklene. Den første gjennomlesingen ble gjennomført uten førforståelse eller favorisering av artiklene. Jeg trakk ut nøkkelinformasjon fra artiklene, slik som design, metode og hovedfunn, og plasserte denne informasjonen inn i et skjema, se vedlegg 3. Parallelt med dette lagde jeg også et kort sammendrag av alle artiklene, uten å ha min problemstilling i tankene. Sammendragene var til god hjelp i analysearbeidet. Jeg leste deretter sammendragene flere ganger med fokus på min problemstilling. I denne prosessen arbeidet jeg etter en narrativ tilnærming til materialet, det vil si at jeg forsøkte å tematisere innholdet (Frederiksen og Beedholm 2012:52). Mønsteret som dannet seg mellom artiklene, gjorde at følgende temaer trådte fram som viktige i forhold til min problemstilling:

- Motiverende samtale som bevisstgjøring
- Motiverende samtale som ansvarliggjøring
- Motiverende samtale som hjelp til å ha tro på egne evner og ressurser
- Motiverende samtale som aktivitetsfremming
- Motiverende samtale som hjelp til å styrke pasientens evne til å utføre og opprettholde egenomsorg

Disse temaene danner utgangspunkt for oppgavens drøftingsdel, som utgjør neste kapittel.

6.0 Resultat av analyse og diskusjon

Denne delen utgjør oppgavens drøftingsdel, hvor mine funn skal vurderes og drøftes i lys av oppgavens teori. Egne synspunkter og erfaringer vil også trekkes med i diskusjonen. Som tidligere beskrevet, fant jeg i analyseprosessen fem temaer som pekte seg ut som relevante for min problemstilling. Drøftingsdelen vil dermed være tematisk inndelt basert på denne empirien. Jeg innleder hvert underkapittel med å presentere resultatene av min analyseprosess. Deretter vil jeg drøfte analysefunnene opp mot oppgavens teori og egne praksiserfaringer. Formålet med å strukturere drøftingsdelen på denne måten er for å tydeliggjøre/skille klart mellom hva som er kunnskap fra analyseprosessen, hva som er teoretisk kunnskap og hva som er mine egne refleksjoner. Kapittel 6.6 inneholder en drøfting av sentrale forutsetninger for å lykkes med den motiverende samtale.

6.1 Motiverende samtale som bevisstgjøring

Brobeck m.fl. (2011) beskriver at en grunnleggende tanke i den motiverende samtale er å hjelpe pasienten til å bli klar over utfordringer knyttet til egen livsstil, og på bakgrunn av dette gjøre positive endringer i eget liv. I sin studie, viser Brobeck m.fl. (2011) at sykepleiere erfarer at motiverende samtale bevisstgjør pasienten. Kommunikasjonsteknikkene som brukes i den motiverende samtale stimulerer pasienten til å sette ord på sine oppfatninger, opplevelser, ønsker, strategier og motivasjon. Brobeck m.fl. (2011) mener at dette fremmer pasientens forståelse for sin egen situasjon og bevissthet rundt å finne en løsning. Riegel m.fl. (2006) finner i sin studie at sykepleierens kommunikasjonsstil utgjør et viktig moment i forklaringen av hvorfor motiverende samtale påvirker pasientenes egenomsorg på en positiv måte. De knytter effekten opp mot sykepleierens evne til å vise empati, bekrefte og lytte aktivt til det pasienten forteller.

Studenten ser derfor at motiverende samtale bevisstgjør pasienten slik at han blir i stand til å reflektere over sine egenomsorgshandlinger. Pasienten stimuleres til å sette ord på utfordringer og bekymringer knyttet til nåværende handlemønstre, og beskrive hvordan han egentlig ønsker å ha det i sin livssituasjon, på tross av hjertesviktsykdommen. Opplevelsen av

et eventuelt misforhold her kan skape en erkjennelse hos pasienten at det er nødvendig å endre og fremme egenomsorg. Dette støttes av Efraimsson (2013) og Kristoffersen (2011). Prinsippene ved motiverende samtale tilsier at det er avgjørende at disse refleksjonene kommer fra pasienten selv, da dette kan bedre pasientens forståelse og klarhet for sin egen livssituasjon. Når pasienten formulerer dette i egne ord, skjer bevisstgjøringen. Det skaper sannsynligvis en langt større forandringskraft i pasienten enn at det er sykepleier som forteller pasienten hva hun mener at han skal gjøre. Dette støttes av Rosdahl (2013). Studenten ser at sykepleierens rolle, atferd og kommunikasjonsteknikker har stor betydning for metodens nytteverdi overfor hjertesviktpasienter.

Studenten mener at motiverende samtale som bevisstgjøring også kan hjelpe pasienten til å se sammenhenger mellom symptomer, hva som forårsaker symptomene og hva han selv kan gjøre for å begrense disse. Ved å fokusere samtalen inn på et bestemt tema, kan pasienten utvikle ferdigheter knyttet til å opprettholde/håndtere spesifikke egenomsorgshandlinger ved hjertesvikt. At pasienten blir i stand til å se disse sammenhengene er, ifølge den spesifikke egenomsorgsteorien (Riegel og Dickson 2008), avgjørende for god egenomsorg. Motiverende samtale som bevisstgjøring fremmer pasientens egenomsorg ved at den tar utgangspunkt i pasientens situasjon, stimulerer pasientens endringsprosess og utvikler hans evner til å se sammenhenger.

6.2 Motiverende samtale som ansvarliggjøring

Brobeck m.fl. (2011) skriver at den motiverende samtale tydeliggjør pasientens og sykepleierens rolle og ansvar i relasjonen. Sykepleierne i studien anser som sin viktigste oppgave å stimulere pasienten til å reflektere over egne utfordringer, og deretter støtte han til å finne sine egne løsninger. Pasienten anses som den sentrale og ansvarlige parten i relasjonen. Sykepleierne erfarer at motiverende samtale gir pasientene muligheter til å påvirke sin egen situasjon og innta en aktiv og ansvarlig rolle knyttet til egenomsorg. Videre beskriver de at det er mer effektivt å la pasienten komme fram til egne løsninger framfor at sykepleieren forteller pasienten hva vedkommende skal gjøre. Både Riegel m.fl. (2006) og Paradis m.fl.

(2010) betoner autonomi og pasientens eget valg og ansvar for endring som det sentrale i den motiverende samtale. Studiene er imidlertid tydelig på at ansvarliggjøring må skje i et støttende samarbeid med sykepleier.

Dette støttes også av Orems egenomsorgsteori, som beskriver at mennesket normalt har ønske om og evne til å ta vare på seg selv. Mennesket har normalt evne til å lære, løse problemer og utvikle seg. Det har også ønske om selvstendighet, ansvarlighet og uavhengighet. For å oppnå dette utfører mennesket egenomsorgshandlinger. Når mennesket opplever helsesvikt stiller det økt krav til å opprettholde egenomsorg. Orem beskriver at mennesket normalt har evne til å identifisere egenomsorgsbehov og vurdere/velge egenomsorgshandlinger. Dette støttes også av Efrimsson (2013), som fremhever at pasienten kan ta/tar valg for hvordan han vil leve sitt liv.

Studenten ser at mennesket har behov for sykepleie når han ikke lenger har tilstrekkelig kapasitet og ressurser til å utføre egenomsorgshandlinger. Hun må da vurdere graden av helsesvikt. Hvor mye hjelp trenger pasienten? Hvilke gjenværende ressurser har pasienten? På bakgrunn av denne «datasamlingen» må sykepleier velge hvilken hjelpemetode hun skal bruke i møte med pasienten (jf. Orems egenomsorgsteori).

Studenten ser at det kan være stor fare for dårlig sykepleie dersom sykepleier tillegger pasienten større ansvar enn hva vedkommende kan takle. Det er likeledes viktig å være klar over at ikke alle pasienter er i stand til å ta dette ansvaret. Dette avhenger også av pasientens kulturelle verdier, språkkunnskap, pasientens evne til refleksjon, eventuelle tilleggs-diagnoser som for eksempel depresjon og i noen tilfeller pasientens alder. Ansvarliggjøringen som den motiverende samtale legger opp til, kan i disse situasjonene heller skape skyldfølelse og være til belastning for pasienten. Den motiverende samtale må, som andre metoder, brukes på riktig måte, i rett sammenheng og til rett tid. Dette understrekes også av Sætertrø (2013). Det er sykepleierens ansvar å vurdere hvor mye pasienten kan tåle.

6.3 Motiverende samtale som hjelp til å ha tro på egne evner og ressurser

Ifølge Paradis m.fl. (2010) er det grunnleggende for egenomsorg at pasienten er overbevist om nytten av å endre atferd og at vedkommende har tro på at han har tilstrekkelige ressurser/evner til å nå målene han setter seg. Paradis m.fl. (2010) finner i sin studie at motiverende samtale, tilpasset pasientens motivasjon til endring, gir en signifikant økning i pasientenes tiltro til egne ressurser knyttet til utføring av egenomsorg. Tradisjonell rådgiving gir ikke tilsvarende økning. Forfatterne hevder at tiltro til egne evner/ressurser er en viktig forutsetning for å kunne opprettholde og håndtere egenomsorg. Dette støttes av Riegel m.fl. (2006), som også mener det er sammenheng mellom sykepleierens kommunikasjonsstil i den motiverende samtale og pasientens motivasjon og tiltro til at endring er mulig. Sykepleierne som blir intervjuet i studien til Brobeck m.fl. (2011) erfarer at motiverende intervju øker pasientens motivasjon til endring betraktelig sammenlignet med hva tradisjonell rådgivning gjør.

Studenten har erfaring med at mange pasienter med hjertesvikt opplever frustrasjon og manglende kontroll over egen livssituasjon. Hun ser at pasienten trenger kunnskap, overbevisning og erfaring for å ha tro på egne evner/ressurser i en bestemt situasjon. Her må sykepleier, innenfor den motiverende samtalens prinsipper, bidra med sin fagkunnskap inn i relasjonen og hjelpe han til å se sammenhenger mellom sykdom og symptomer. Samtidig må hun tydelig anerkjenne pasienten som ekspert på eget liv. Det er her den motiverende samtale, som en personsentrert veiledningsmetode, ser ut til å fungere godt. Samtalen fremmer og utforsker pasientens egne grunner til forandring i en atmosfære av akseptasjon og empati. Rosdahl fremhever at jo mer pasienten selv argumenterer for forandring, jo større er sannsynligheten for at han endrer atferd (2013). Pasienten blir sett som et unikt individ av sykepleier og får derved bekreftet sin verdi. Et menneske med tro på egne verdier og evner får styrket sin innvendige motivasjon. Pasienter som er innvendig motivert engasjerer seg for sin egen del. De vil oppleve tilfredsstillelse når de mestrer noe – det vil være deres belønning. Å ha en positiv forventning om å mestre situasjonen/målet, er avgjørende for hvordan mennesket tenker, opplever og handler i sin livssituasjon (Kristoffersen 2011:216). Som Riegel og Dickson (2008) fremhever i sin spesifikke egenomsorgsteori, har tiltro til egne evner/ressurser avgjørende påvirkning på hvilke egenomsorgshandlinger pasienten iverksetter, og når han velger å iverksette disse. Et grunnleggende prinsipp og et viktig

samtalefokus i den motiverende samtale er nettopp å styrke pasientens mestringstro. Dette fokuset er, slik studenten ser det, en viktig del av forklaringen knyttet til hvorfor den motiverende samtale kan fremme egenomsorg hos eldre hjertesviktpasienter.

6.4 Motiverende samtale som aktivitetsfremming

Brodie og Inoue (2005) finner i sin studie at motiverende samtale er en effektiv veiledningsmetode for å fremme fysisk aktivitet blant eldre hjertesviktpasienter. Pasienter i denne studien rapporterer en betydelig økning i aktivitetsnivå, aktivitetstyper og energiforbruk i hverdagen, etter å ha blitt veiledet innenfor den motiverende samtals prinsipper. Forfatterne finner ikke tilsvarende økning blant pasienter som mottar standard veiledning. Brodie m.fl. (2008) viser i en senere studie, som baserer seg på studien publisert i 2005, at pasienter som blir veiledet innenfor den motiverende samtale for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå, rapporterer betydelig bedre livskvalitet etter en femmånedersperiode. Dette er ikke tilfellet blant pasienter som mottar standard veiledning. Forfatterne hevder at fysisk aktivitet kan føre til en større opplevelse av frihet/uavhengighet, noe som igjen kan påvirke hjertesviktpasienters opplevelse av livskvalitet. Riegel m.fl. (2006) finner i sin studie at motiverende samtale er effektivt fordi pasienten får hjelp til å tilpasse sitt liv til sykdommen. Forfatterne sier at dette blant annet handler om å samarbeide med pasienten om utarbeidelse av en konkret handlingsplan.

Gjennom min arbeidserfaring opplever jeg at hjertesviktpasienter strever med redusert fysisk funksjonsevne, dyspné, tretthet og redusert matlyst. Dette er symptomer som bremser pasientens deltakelse i dagliglivets aktiviteter. Studiene til Brodie og Inoue (2005) og Brodie m.fl. (2008) er svært interessante fordi de gir konkrete, tydelige eksempler på at den motiverende samtale har effekt når det gjelder å styrke eldre hjertesviktpasienters deltakelse og engasjement knyttet til fysisk aktivitet. Ørn og Brunvand fremhever at hjertesviktpasienter bør være så fysisk aktive som mulig, da dette kan forbedre pasienten funksjonskapasitet og livskvalitet (2011:176). Helsepersonell må derfor trygge pasienten på at det er trygt og viktig med fysisk aktivitet ved hjertesvikt. Dette skjer ved å etablere et samarbeid mellom pasienten, legen og sykepleieren. Pasienten må være i en stabil fysisk fase med god kontroll over blodtrykk, puls, vekt og medikamentell behandling. I denne samarbeidsrelasjonen kan den

motiverende samtalen være en hjelp til å utarbeide en konkret, skriftlig handlingsplan. Pasienten er igjen nøkkelpersonen her, og må selv definere mål, finne eget tempo og legge premissene. Handlingsplanen skaper tydelighet, noe som øker muligheten for at pasienten oppnår målene han setter seg. Planen gir dessuten struktur og fremfor alt hjelp når pasienten skal iverksette egenomsorgshandlinger. Dette støttes av Efraimsson (2013). En handlingsplan kan hjelpe pasienten til å inkludere fysisk aktivitet som en del av sine daglige vaner.

Endringsarbeid er en krevende. Det er viktig at pasienten opplever sosial støtte både fra eget nettverk og fra helsearbeidere. Det kan redusere risikoen for tilbakefall til gamle vaner. Skulle dette allikevel skje, er det viktig at sykepleier hjelper pasienten til å se at tilbakefallet kan brukes fremadrettet. Pasienten starter faktisk ikke forfra igjen – han har i prosessen fått mye kunnskap om hva han må være oppmerksom på ved neste forsøk. Både situasjonen og personen er endret.

Sykepleier kan også hjelpe pasienten til å se at naturlige daglige aktiviteter også er trening. Pasientens uoverkommelige hindringer kan kanskje utføres på alternative måter? Min erfaring er at det er nyttig å henlede oppmerksomheten på det pasienten får til.

Det er også inspirerende for pasienten at det legges til rette for variert fysisk aktivitet sammen med andre både på sykehus og hjemme. Om pasienten klarer å øke sin fysiske aktivitet, så vil han også erfare at funksjonskapasiteten øker, og dermed også livskvaliteten fordi han opplever økt velvære og blir mer fri og uavhengig. Økt funksjonskapasitet reduserer mortalitet og bedrer sykdomsprognosen (Lainscak m.fl. 2011).

6.5 Motiverende samtale som hjelp til å styrke pasientens evne til å utføre og opprettholde egenomsorg

Studien til Paradis m.fl. (2010) viser tydelig at motiverende samtale har en positiv effekt når det gjelder å styrke hjertesviktpasienters evne til å utføre og opprettholde egenomsorg. Forfatterne finner ikke tilsvarende økning blant pasienter som mottar standard veiledning.

Riegel m.fl. (2006) viser også en betydelig forbedring i pasientenes egenomsorgskapasitet etter å ha blitt veiledet innenfor den motiverende samtalsprinsippet. De kobler effekten opp mot at pasienten får hjelp til å overkomme potensielle hindringer, utarbeide en konkret handlingsplan og bistand til å lette overgangen mellom sykehus og hjem. Dette skjer ved at sykepleier gir informasjon, bistår pasienten i prosessen med å bygge opp ferdigheter innen egenomsorg og aktivisering av eventuelle ressurspersoner i pasientens liv.

Gjennom min arbeidserfaring opplever jeg at pasienter med hjertesvikt hyppig reinnlegges på sykehus. Jeg synes derfor at funnene knyttet til motiverende samtale er svært interessante. Internasjonale retningslinjer for behandling av hjertesvikt understreker tydelig hvor viktig god egenomsorg er for å holde sykdommen under kontroll og forebygge ytterligere forverring (Lainscak m.fl. 2011 og Riegel m.fl. 2009). God egenomsorg ved hjertesvikt fører med seg flere positive gevinster, som færre symptomer, økt funksjonskapasitet, redusert dødelighet og bedre prognose (Lainscak m.fl. 2011:118).

For å styrke pasientens evne til å utføre og opprettholde egenomsorg, må sykepleier også bruke den motiverende samtalen til å gi individuell informasjon, undervisning og veiledning. Dette må være så individuelt og konkret at pasienten får kunnskap om medisiner, saltfattig diett, vektkontroll, fysisk aktivitet, observasjon av ødemer og tegn til dyspné. Dette er en viktig sykepleierfunksjon overfor hjertesviktpasienter, noe som støttes av Eikeland, Haugeland og Stubberud (2011) og Brodtkorb (2010). Studenten ser at prinsippene ved den motiverende samtale kan stå i veien for å gi individuell informasjon i tilstrekkelig grad. Hun kan tro at pasienten forstår det som for henne er åpenbare sammenhenger. Det er derfor viktig å være klar over at pasienten ikke alltid har tilstrekkelig medisinsk kunnskap.

Siden hjertesvikt er en kronisk, progredierende sykdom og behandlingen er livslang, forstår studenten at pasienten vil ha behov for veiledning gjennom hele sykdomsforløpet. Dette stiller krav til god samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør i samarbeid med primærhelsetjenesten planlegge utskrivelse og hjemreise. Avtalene bør nedfelles i skriftlig form. Siden sosial støtte har stor betydning for utføringen av egenomsorg, er det viktig at pasientens sosiale ressurser aktiveres i samarbeid med hjemmebaserte tjenester.

Studenten forstår at det å leve med kronisk hjertesvikt kan være en stor påkjenning for pasienten. Hun ser at det ved høy alder er en rekke faktorer som kan komplisere utføring av egenomsorg. Dette kan være mangel på sosialt nettverk, kompliserende tilleggs-sykdommer, redusert kognitiv funksjon, søvnforstyrrelser og manglende evne til ny innlæring (Riegel m.fl. 2009).

6.6 Forutsetninger for å lykkes med motiverende samtale

Å skulle veilede en pasient ut fra den motiverende samtalsprinsippene, stiller flere krav til sykepleierne. Sykepleierne i studien til Brobeck m.fl. (2011) opplever motiverende samtale som en krevende veiledningsmetode. Å skulle bruke metoden i pasientveiledning forutsetter at sykepleieren har erfaring, kompetanse og trening. Dette støttes også av Efraimsson (2013), som hevder at regelmessig praktisering er nødvendig for å holde kunnskapen ved like. Kunnskap og erfaring er viktig for å øke metodens anvendelighet; det vil si sykepleierens forståelse for hvordan hun kan bruke/tilpasse den motiverende samtale i ulike pasientsituasjoner og praksissammenhenger. Motiverende samtale er en integrert del av nyere litteratur innenfor grunnleggende sykepleie (Kristoffersen 2011). Sætertrø (2013) argumenterer for nytten av å introdusere sykepleierstudenter for metoden, som et konkret verktøy for å sikre pasientsentrert tilnærming og økt fokus på helsefremmende arbeid. For å kunne veilede ut fra den motiverende samtale kreves imidlertid grundig opplæring, og det er i dag flere norske høgskoler som tilbyr videreutdanning innenfor denne veiledningsmetoden.

Sykepleierne i studien til Brobeck m.fl. (2011) erfarer at motiverende samtale er en tidkrevende veiledningsmetode. Sykepleierne understreker at en viktig forutsetning for å lykkes er å følge/respektet pasientens tempo. Å endre livsstil/egenomsorgshandlinger er en langsiktig prosess, og pasienten må derfor få veiledning og oppfølging over lang tid. Brobeck m.fl. (2011) og Ski og Thompson (2013) fremhever at jo flere/lengre motiverende samtaler pasienten mottar, jo større er sannsynligheten for at pasienten vil lykkes med å nå sine mål. Studenten ser at tidsaspektet kan representere en utfordring i mange praksissammenhenger. I studien til Paradis m.fl. (2010) ser forfatterne imidlertid tydelige positive effekter knyttet til bruk av motiverende samtale, selv om tiden brukt per veiledning ikke er så lang (5-10 min). Dette viser at motiverende samtale også kan være et nyttig og effektivt verktøy i

arbeidssammenhenger hvor tempoet er høyt og sykepleier har lite tid til rådighet per pasient. Sykepleier må se mulighetene, bruke sin tid og kompetanse effektivt og konstruktivt – på en måte som gagnar pasienten. Slik studenten forstår det, kan mye av effekten ved den motiverende samtale tilskrives sykepleierens evne til å anerkjenne pasientens autonomi og ansvar, og respekt for at hennes rolle begrenser seg til å hjelpe pasienten med å ta gjennomtenkte valg. Dette støttes av Efrainsson (2013) og Ski og Thompson (2013). Å formidle denne grunnholdningen til pasienten avhenger ikke av tid, slik studenten ser det, men av sykepleierens bevissthet, interesse og etiske refleksjonssans i møte med pasienten. Det handler om kvaliteten på veiledningen, og ikke kvantiteten.

En annen viktig forutsetning for å lykkes med motiverende samtale, er at arbeidsstedet hvor sykepleieren jobber, vektlegger og anerkjenner helsefremmende arbeid. Det må være en bred enighet om at det er verdt å investere ressurser i motiverende samtale, og sykepleier må få tid og mulighet til å praktisere metoden, og dessuten få støtte og tilbakemelding fra ledelse og arbeidsfelleskap (Brobeck m.fl. 2011, Efrainsson 2013). Studiene til Paradis m.fl. (2010), Riegel m.fl. (2006), Brodie og Inoue (2005) og Brodie m.fl. (2008) viser at motiverende samtale er langt mer effektivt med tanke på å fremme egenomsorg blant hjertesviktpasienter, enn hva tradisjonell veiledning er. Brobeck m.fl. (2011) og Ski og Thompson (2013) hevder dessuten at motiverende samtale krever mindre tid for å oppnå positive resultater sammenlignet med andre veiledningsmetoder. Med dagens krav om en effektiv og bærekraftig helsetjeneste, og økt politisk fokus på helsefremming, pasientmedvirkning og forebygging, mener studenten derfor at motiverende samtale i mange tilfeller kan representere et kostnadseffektivt og nyttig verktøy i møte med den eldre hjertesviktpasienten.

Gjennom mitt litteratursøk fant jeg i hovedsak forskningsartikler som baserte seg på å undersøke effekten av motiverende samtale sammenlignet med tradisjonell veiledning. Ut fra mine søk virker forskningsfeltet foreløpig smalt. Siden metoden er personsentrert, kunne det være interessant å utforske hvordan pasienter med hjertesvikt opplever å bli veiledet ut fra den motiverende samtalsens prinsipper. Hva er det som kan fremme bruk av motiverende samtale blant sykepleiere innenfor helsetjenesten? Hvordan kan man praktisk organisere arbeidshverdagen for naturlig å kunne innlemme den motiverende samtale?

7.0 Konklusjon

Denne oppgaven viser at motiverende samtale som metode kan være et velegnet og nyttig verktøy for å fremme egenomsorg blant eldre pasienter med hjertesvikt. Metoden er effektiv fordi den bevisstgjør pasienten og hjelper han til å reflektere over sin egen livssituasjon. Pasienten blir betraktet som den sentrale og ansvarlige part i relasjonen, og får dermed bekreftet sin integritet, individualitet og selvstendighet. Motiverende samtale fremmer pasientens tro på egne evner og ressurser knyttet til utføring av konkrete egenomsorgshandlinger. Dette styrker pasientens motivasjon til endring (Efraimsson 2013, Kristoffersen 2011 og Rosdahl 2013). Pasienten utvikler evner til å se sammenhenger mellom symptomer og egenomsorgshandlinger, og får styrket sin beslutningskapasitet ved utarbeiding av en handlingsplan. Motiverende samtale påvirker dermed flere sentrale momenter, knyttet til den spesifikke egenomsorgsteorien ved hjertesvikt, i positiv retning.

Samtidig er det flere utfordringer knyttet til bruk av metoden. Å skulle veilede ut fra den motiverende samtalsens prinsipper krever interesse, inngående kunnskap og velutviklede ferdigheter fra sykepleierens side. Sykepleier må dessuten gis tid og rom for å kunne bruke metoden på sin arbeidsplass. Motiverende samtale er ikke velegnet som hjelpemetode overfor alle hjertesviktpasienter – den må brukes i riktig kontekst, på riktig måte og til rett tid.

Metoden er i tråd med nye helsepolitiske føringer og følger utviklingstrekk i helsetjenesten. Den gir sykepleier et konkret og effektivt verktøy innenfor helsefremmende arbeid. Forskningsfeltet er relativt nytt og foreløpig smalt. Det er derfor behov for mer forskning innenfor feltet.

Litteraturliste

Aarønæs, M. m.fl. (2007a). Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127 (2):171-173. Hentet 27. januar 2014 fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1479331>

Aarønæs, M. m.fl. (2007b). Behandling av kronisk hjertesvikt. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127 (2):174-177. Hentet 27. januar 2014 fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1479593>

Brobeck, E. m.fl. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (23/24):3322-30.

doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>

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

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03422.x>

Brodie, D.A., Inoue, A. og Shaw, D.G. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (4):489-500. Hentet fra Cinahl.

Brodtkorb, K. (2010). Respirasjon og sirkulasjon. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dørfler, L. og Hansen, H.P. (2005). *Egenomsorg – en litteraturbasert udredning af begrebet*. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.

Eikeland, A., Haugland, T. og Stubberud, D-G. (2011). Sykepleie ved hjertesykdommer. I: H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Efrainsson, E.Ö. (2013). Motiverande samtal. I: B.K. Söderkvist (red.). *Patientundervisning*. 1.utg. Lund: Studentlitteratur.

Falk, H. m.fl. (2013). Older Patients' Experiences of Heart Failure – An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3):247-255. doi:

<http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12025>

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.).

Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder.

København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Fålun, N., Instenes, I. og Norekvål, T.M. (2013). Hjertesvikt krever spesialkompetanse.

Sykepleien, 101 (13):68-70. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0127

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 1. januar 2012.*

Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012). *Søketeknikker*. Hentet 5. februar 2014 fra:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/soketeknikker/>

Hørmann, E. (2012). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det*

sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder. København: Nyt Nordisk Forlag

Arnold Busck A/S.

Knappen, A.E. og Thoresen, A. (2005). *Ordlister for ungdom*. 4. utg. Oslo: Aschehoug.

Kristoffersen, N.J. (2011). Den myndige pasienten. I: E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Livsstil og endring av livsstil. I: E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: E-A. Skaug (red.).

Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lainscak, M. m.fl. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13 (2):115-126. doi: 10.1093/eurjhf/hfq219

Lerdal, A. (2012). Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien*, 100 (02):72-73. doi:

10.4220/sykepleiens.2012.0018

Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 30. januar fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar;jsessionid=3A9D30457913834C78A677CB773714B2>

Nielsen, O.W. og Hildebrandt, P. (2009). Definition og epidemiologi. I: P. Hildebrandt og F. Gustafsson (red.). *Hjertesvigt i klinisk praksis*. København: Munksgaard Danmark.

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6.utg. St. Louis, MO: Mosby.

Paradis, V. m.fl. (2010). The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25 (2):130-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c52497>

Riegel, B. og Dickson, V.V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (3):190-196. doi: 10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85

Riegel, B. m.fl. (2006). A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-care. Mechanisms of Effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21 (3):232-241. Hentet fra Cinahl.

Riegel, B. m.fl. (2009). State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From The American Heart Association. *Circulation*, 120:1141-1163. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628

Rogers, C. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Romøren, T.I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rosdahl, G. (2013). *Den motiverende samtale i teori og praksis*. 1.utg. København: Munksgaard.

Sand, O. m.fl. (2009). *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ski, C.F. og Thompson, D.R. (2013). Motivational interviewing as a brief intervention to improve cardiovascular health. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12 (3):226-229. doi: 10.1177/1474515112472271

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Strömberg, A., Jaarsma, T. og Riegel, B. (2012). Self-care: who cares? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (2):133-134. doi: 10.1177/1474515111429660

Strømme, H. (2007). Litteratursøking. *Sykepleien Forskning*, 1 (4):264-265. doi: 10.4220/sykepleienf.2007.0008

Sætertrø, O. (2013). *Kompendium. Motiverende samtale i sykepleie*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Ørn, S. og Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I: S. Ørn, J. Mjell og E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1 – PICO- skjema brukt under søkeprosessen

PASIENT/POPULASJON/ PROBLEM HVEM?	INTERVENSJON/INITIATIV/ACTION HVA?	COMPARISON/ALTERNATIVER? Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	OUTCOME/RESULTAT Hvordan kan tiltaket påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?
Heart failure	Motivational interviewing		Self-care*

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall inkluderte artikler	Forfatter, årstall og navn på valgte artikler	Artikkel-type
22.01.14	CINAHL	heart failure AND motivational interviewing AND self-care*	2004-2014 Abstract Available Peer Reviewd	41	13	3	<p>Brobeck, E. (2011). “Primary healthcare nurses’ experiences with motivational interviewing in health promotion practice”</p> <p>Paradis, V. m.fl. (2010). «The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients»</p> <p>Riegel, B. m.fl. (2006). “A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care: Mechanisms of Effectiveness”</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Randomisert kontrollert pilotstudie</p> <p>Mixed-method-studie. Kvalitativ og kvantitativ metode.</p>

23.01.14	PubMed	heart failure AND motivational interviewing		10	10	2	<p>Brodie, D.A og Inoue, A. (2005) «Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure»</p> <p>Brodie, D.A, Inoue, A. og Shaw, D.G. (2008) “Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial”</p>	<p>Randomisert kontrollert studie.</p> <p>Randomisert kontrollert studie.</p>
23.01.14	SweMed+	heart failure AND motivational interviewing		1	1	0		

Vedlegg 3 Ekstraherings skjemaer

Forfatter	Tittel	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Teoretisk rammeverk	Utfallsmål og analysemetode	Hovedfunn	Metodisk kvalitet
Brobeck, E. m.fl. 2011 Sverige <i>Journal of Clinical Nursing, 20 (23/24)</i>	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice	Hensikten med denne studien er å beskrive hvilke erfaringer sykepleiere, som jobber i primærhelseomsorgen, har knyttet til bruk av motiverende samtale i helsefremmende arbeid.	Studien har et deskriptivt design. Metoden er kvalitativ.	20 sykepleiere	Ottawa-charteret og motiverende samtale.	Kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim og Lundman 2004) blir brukt for å bearbeide data. Innholdsanalysen består av flere analysesteg, hvor data trinnvis blir trukket ut og kategorisert i hoved- og undergrupper.	Sykepleiere som jobber i primærhelseomsorgen opplever motiverende samtale som en krevende, berikende og nyttig metode som fremmer bevissthet og tydeliggjør pasientens og sykepleierens rolle og ansvar i relasjonen. Motiverende samtale er et verdifullt verktøy som sykepleiere kan bruke for å fremme helse innenfor primærhelseomsorgen.	God

<p>Riegel, B. m.fl. 2006 USA</p> <p><i>Journal of Cardiovascular Nursing, 21 (3)</i></p>	<p>A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke om motiverende samtale kan være en effektiv metode for å styrke egenomsorg blant hjertesvikt pasienter. Forfatterne ønsker også å undersøke hvilke mekanismer ved metoden som påvirker pasientens egenomsorg på en positiv måte.</p>	<p>Mixed-method, pretest posttest design.</p> <p>Kvantitativ og kvalitativ metode.</p>	<p>15 pasienter</p>	<p>Motiverende samtale. Egenomsorg blir i denne studien definert som en naturalistisk beslutnings-takende prosess (egenomsorg påvirkes av interaksjonen mellom person, problem og miljø).</p>	<p>Pasientenes nivå av egenomsorg blir målt ved hjelp av Self-Care of HF Index (SCHFI). SCHFI inneholder 15 punkter, hvor hvert punkt måles på en Likert-skala.</p> <p>Pasientenes kunnskap om hjertesvikt blir målt ut fra Representations.</p> <p>Studiens kvalitative data blir analysert ved hjelp av Atlas software.</p>	<p>71,4 % av pasientene forbedrer sin evne til å utføre egenomsorg etter å ha blitt veiledet innenfor den motiverende samtalsens prinsipper. <i>Kommunikasjon</i> (aktiv lytting, empati), <i>å hjelpe pasienten med å tilpasse sitt liv til sykdommen</i> (anerkjenne kulturelle tro- og verdigrunnlag, overkomme hindringer, lage en konkret plan) <i>og å støtte overgangen fra sykehuset til hjemmet</i> (gi informasjon, bygge ferdigheter, aktivere støtteapparat) påvirker pasientens endringsprosess på en positiv måte.</p>	<p>God</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

<p>Brodie, D.A. og Inoue, A. 2005 England</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing, 50 (5)</i></p>	<p>Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure</p>	<p>Hensikten med denne studien er å sammenligne effekten av to forskjellige metoder med henblikk på å fremme fysisk aktivitet blant eldre hjertesviktpasienter. Et standard veiledningsprogram (gi pasienten informasjon og råd) sammenlignes med et program basert på motiverende samtale.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>3 grupper:</p> <p>*Standard veiledning</p> <p>* Motiverende samtale</p> <p>*Standard veiledning og motiverende samtale</p>	<p>60 hjertesviktpasienter</p>	<p>Motiverende samtale.</p>	<p>Mengde fysisk aktivitet målt ved kcal/kg/day, spørreskjema for fysisk aktivitet på fritid (Booth m.fl. 1996) og en 3 dagers dagbok for fysisk aktivitet.</p> <p>Fysisk yteevne målt ved en 6 minutters gåtest.</p>	<p>Pasienter som blir veiledet innenfor den motiverende samtales prinsipper rapporterer betydelig økning i aktivitetsnivå, aktivitetstyper og energiforbruk i hverdagen, med den største økningen i gruppen «motiverende samtale». Gruppen som mottar standard veiledning får ikke tilsvarende økning.</p> <p>Alle pasientene øker sin fysiske yteevne, uavhengig av gruppe.</p>	<p>God</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

<p>Brodie, D.A., Inoue, A. og Shaw, D.G.</p> <p>2008</p> <p>England</p> <p><i>International Journal of Nursing Studies, 45 (4)</i></p>	<p>Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke om veiledning, knyttet til fysisk aktivitet, kan fremme hjertesviktpasienters livskvalitet i løpet av en fem-månedersperiode. Forfatterne sammenligner effekten av et standard veiledningsprogram (gi pasienten råd og veiledning) med et program basert på motiverende samtale. Forfatterne ønsker å vurdere hvilken gruppe som rapporterer best livskvalitet etter intervensjonsperioden.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>3 grupper:</p> <p>*Standard veiledning</p> <p>*Motiverende samtale</p> <p>*Standard veiledning og motiverende samtale</p>	<p>60 eldre pasienter med hjertesvikt</p>	<p>Motiverende samtale.</p>	<p>Medical Outcomes Short Form-36 Health Survey</p> <p>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</p> <p>Motivation Readiness for Physical Activity scale</p> <p>Data blir analysert ved bruk av statistikkprogram (SPSS) i Windows.</p>	<p>Pasienter som blir veiledet innenfor den motiverende samtals prinsipp, rapporterer betydelig bedre livskvalitet etter intervensjonsperioden, med høyest økning i gruppen «motiverende samtale». Gruppen som mottar standard veiledning får ikke tilsvarende økning. Etter intervensjonsperioden er det en generell økning i pasientenes mestringstro og motivasjon.</p>	<p>Middels</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Paradis, V. m.fl. 2010 Canada <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 25 (2)	The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients	Hensikten med denne studien er å undersøke om motiverende samtale, tilpasset pasientens endringsprosess, kan ha positiv effekt når det gjelder å fremme hjertesviktpasienters egenomsorg.	Pilotstudie. Randomisert kontrollert studie. 2 grupper: *Motiverende samtale *Standard veiledning	30 pasienter 15 i en intervensjonsgruppe 15 i en kontrollgruppe.	Den spesifikke egenomsorgsteorien ved hjertesvikt (The Theory of Heart Failure Self-care). Motiverende samtale. Stages of Change-modellen (endringsprosessen)	Self-care of HF Index (SCHFI) kombinert med Likert-skalaer. Therapeutic Self-care Scale kombinert med Likert-skala. Confidence and Conviction skala kombinert med Likert-skala. Hypoteser blir testet ut fra ulike analysis-of-covariance-modeller.	Pasientene i intervensjonsgruppa får betydelig større tiltro til egne evner og ressurser etter å ha blitt veiledet innenfor den motiverende samtalsprinsippene. Intervensjonsgruppa viser også noe økning i evnen til å opprettholde og håndtere egenomsorg. Forfatterne finner ikke tilsvarende økning i gruppen som mottar standard veiledning.	God
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----