



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave)

Vurdering: Hjemmeeksamen

Kandidatnummer: 320

Leveringsfrist: 26/02/16 kl 14:00

Ordinær eksamen

Veileder: Anita Moen Hakestad



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Motivasjon til fysisk aktivitet-

Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet i hjerterehabilitering



Exercise and cardiac health, artwork. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia BritannicaImageQuest.http://quest.eb.com/search/132_1218487/1/132_1218487/cite

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 9000

Sammendrag

Tittel: Motivasjon til fysisk aktivitet – Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet i hjerterehabilitering.

Bakgrunn og valg av tema: Gjennom utdanning og jobb på hjerteavdeling har jeg møtt flere mennesker med hjerteinfarkt. Årlig er det et stort antall pasienter som innlegges med diagnosen hjerteinfarkt, og på bakgrunn av dette er det viktig å belyse denne sykdommen. Fysisk aktivitet spiller en viktig rolle for å komme seg etter et hjerteinfarkt, og dette er årsaken til at oppgaven handler om fysisk aktivitet.

Problemstilling: *”Hvordan kan sykepleier være med på å motivere pasienter til fysisk aktivitet i rehabiliteringsfasen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt?”*

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å øke kunnskap om hvordan sykepleier kan motivere pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt til fysisk aktivitet i en rehabiliteringssammenheng.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor det har blitt gjort søkt i databaser som CINAHL og PubMed. For å få relevante studier ble søkeordene ”Motivational Interviewing”, ”Coronary heart disease” og ”Myocardial Infarction” brukt. På bakgrunn av dette ble det inkludert fire forskningsartikler, som blir presentert i oppgaven og senere drøftet opp mot teori og egne erfaringer.

Resultater: Det kommer frem i artiklene at MI er en nyttig metode for å skape motivasjon blant pasienter. Videre kommer det frem at informasjon og oppfølging fra sykepleiers side var viktig. Det var ønskelig med råd om kosthold og fysisk aktivitet. Det å inkludere familien var for enkelte viktig.

Oppsummering: For de som blir rammet av hjerteinfarkt er det viktig å drive med fysisk aktivitet for å trene opp hjertet igjen. Her er det individuelle forskjeller som er viktig å ta hensyn til i forhold til å kunne skape motivasjon. For å kartlegge individuell motivasjon kan MI være et viktig redskap.

Nøkkelord: Motivasjon, fysisk aktivitet, hjerteinfarkt, hjerterehabilitering.

Summary

Title: Motivation for physical activity- How nurses can motivate for physical activity in cardiac rehabilitation.

Background: Annually there is a large number of patients diagnosed with heart attack. Through education and job I have met several patients with this diagnose. Because of the large number of heart attack's it is important to highlight this disease. Physical activity plays an important role in recovering from the disease and is therefore included in this study.

Question: *“How can nurses motivate patients with heart attack to physical activity in a cardiac rehabilitation setting?”*

Aim: The purpose of this study is to increase knowledge about how nurses can motivate patients with heart attack in a cardiac rehabilitation setting.

Method: The method used in this study is a literature study. Searches have been made in databases like CINAHL and PubMed. To get relevant studies search words like “Motivational Interviewing”, “Coronary heart disease” and “Myocardial Infarction” has been used. Four research articles were included and are introduced later in this study. They will be discussed together with theory and personal experiences.

Results: The articles regarding MI conclude that it is a useful method to create motivation among patients. The other articles conclude that information and monitoring by nurses was important for adopting a healthy lifestyle. Advice among diet and physical activity was important. For some patients it was important to include the family in the cardiac rehabilitation program.

Summary: After a heart attack it is important to train the heart, by doing physical activity. Motivation is an important factor. To create motivation, it is important to take care of patients' individual differences. MI can be used as an important method to create individual motivation.

Keywords: Motivation, physical activity, heart attack, cardiac rehabilitation.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.2 | Problemstilling | 2 |
| 1.3 | Avgrensning og utdyping av problemstilling..... | 2 |
| 1.4 | Begrepsavklaring..... | 2 |
| 2 | TEORI..... | 3 |
| 2.1 | Benner og Wrubels sykepleieteori | 3 |
| 2.2 | Hjerterehabilitering..... | 5 |
| 2.3 | Kommunikasjon | 6 |
| 2.4 | Motivasjon | 7 |
| 2.5 | Lovverk..... | 8 |
| 2.5.1 | Helsepersonelloven..... | 8 |
| 2.5.2 | Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. | 8 |
| 2.5.3 | Yrkesetiske retningslinjer | 8 |
| 3 | METODE..... | 9 |
| 3.1 | Litteraturstudie | 9 |
| 3.2 | Fremgangsmåte | 9 |
| 3.3 | Søkehistorikk..... | 10 |
| 3.4 | Metodekritikk..... | 12 |
| 3.4.1 | Kritisk vurdering av egen oppgave | 12 |
| 3.5 | Kildekritikk | 13 |
| 3.6 | Etikk i oppgaveskriving | 13 |
| 3.6.1 | Etiske overveielser i arbeidet med denne studien | 14 |
| 4 | RESULTAT | 15 |
| 4.1 | Artikkel 1 | 15 |
| 4.1.1 | Kritisk vurdering av artikkel 1 | 15 |
| 4.2 | Artikkel 2 | 16 |
| 4.2.1 | Kritisk vurdering av artikkel 2 | 16 |
| 4.3 | Artikkel 3 | 17 |
| 4.3.1 | Kritisk vurdering av artikkel 3 | 17 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.4 | Artikkel 4 | 18 |
| 4.4.1 | Kritisk vurdering av artikkel 4 | 18 |
| 4.5 | Oppsummering av hovedfunnene | 18 |
| 5 | DRØFTING..... | 19 |
| 5.1 | Motivasjon og kommunikasjon..... | 19 |
| 5.2 | Motivasjon til fysisk aktivitet i hjerterehabilitering. | 22 |
| 5.3 | Motstand mot fysisk aktivitet..... | 26 |
| 6 | KONKLUSJON..... | 28 |
| | REFERANSELISTE | 29 |

VEDLEGG- Resultattabell

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Europa skyldes nesten halvparten av alle dødsfall hjerte- og karsykdommer. Dette går fram av 2008- utgaven av European Heart Network sin statistikk ”*New European Cardiovascular Disease Statistics*” (Stephansen, 2008). Det er hjerteinfarkt og slag som i følge statistikken tar flere liv enn noen annen sykdom. Hjerte- og karsykdommer er et stort og alvorlig helseproblem i Europa, og dette er noe som må tas på alvor.

Ser vi på Norge og hvordan situasjonen er her i forhold til resten av Europa, er hjerte- og karsykdommer den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall. Dette er når vi ser på alle aldersgruppene samlet, og selv om dødeligheten av hjerte- og karsykdommer synker i alle aldersgrupper (Folkehelseinstituttet, 2014). Årlig utskrives omtrent 15 000 personer fra norske sykehus med diagnosen hjerteinfarkt, og blant disse overlever omkring 12 000 (Mæland, 2006, s. 22 & 143). Denne statistikken viser at det er et høyt antall pasienter som overlever et hjerteinfarkt, og som har behov for rehabilitering i ulik grad. Rehabilitering er viktig, blant annet fordi det er med på å forebygge nye og flere infarkt. Forskning viser at små endringer i livsstil og kosthold kan bety mye for forebygging, både før og etter hjerte- og karsykdom (Folkehelseinstituttet, 2014). Det å endre livsstil, er krevende for den det gjelder. Motivasjon spiller av den grunn en viktig rolle når det kommer til å endre vaner og holdninger.

Hjerterehabilitering handler om å drive helsefremmende arbeid, og ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s. 8). I løpet av sykepleieutdanningen min, samt i praksisperioder på sykehus og ved arbeid på en hjerteavdeling ved et universitetssykehus, har jeg tilegnet meg erfaring med pasienter som er til behandling i forbindelse med hjerteinfarkt. I og med at det er et stort antall pasienter som innlegges med diagnosen hjerteinfarkt, synes jeg at det er viktig å belyse nettopp denne sykdommen. Jeg har alltid likt å holde meg i fysisk aktivitet, og jeg har tidligere drevet med svømming på høyt nivå. Dette er også noe av bakgrunnen for valget av problemstilling i denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

Statistikken viser at det er et høyt antall pasienter som overlever hjerteinfarkt, og som har behov for rehabilitering.

”Hvordan kan sykepleier være med på å motivere pasienter til fysisk aktivitet i rehabiliteringsfasen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt?”

1.3 Avgrensning og utdyping av problemstilling

Jeg har valgt å ha fokus på både menn og kvinner, da motivasjon er noe som begge kjønn har et behov for. Som sykepleier er det viktig å motivere pasienter til fysisk aktivitet, fordi nettopp dette gir stor helsegevinst. Hjerterehabilitering kan deles i ulike faser, fase 1, 2 og 3. Fase 1 er den tiden pasienten tilbringer på sykehuset. Fase 2 er tiden kort tid etter sykehusopphold, mens fase 3 er tiden etter den organiserte rehabiliteringen, der pasienten driver egentrening. I denne oppgaven vil det legges hovedvekt på pasienter i fase 2. Fase 2 er som nevnt rehabiliteringen kort tid etter sykehusopphold, med blant annet hjerteskoole. Det er i denne fasen man begynner med strukturert trening med lav / middels aktivitet, for så å øke til trening med høyere intensitet (Frank, 2012). Fase 2 er også den grunnleggende fasen for å legge aktivitetsgrunnlag som kan tas videre til fase 3.

1.4 Begrepsavklaring

Her blir begrepet Motivational Interviewing (heretter forkortet MI) forklart, da dette er et begrep som blir mye brukt i oppgaven.

MI: Er en metode og et redskap som kan brukes for å kartlegge hva som motiverer pasienter, eller hva som er til hinder for motivasjon hos pasienter (Barth & Näsholm, 2007, s. 36).

2 TEORI

I dette kapitlet presenteres teori, som legger grunnlag og utgangspunkt for drøftingsdelen.

2.1 Benner og Wrubels sykepleieteori

Benner og Wrubels definerer mennesket ut fra en fenomenologisk synsvinkel. Dette vil si å oppnå innsikt i hvordan en gitt person, i en bestemt kontekst, forstår et gitt fenomen. Det essensielle ved en person er nettopp at vedkommende lever i en verden og forholder seg til den på en meningsfull måte (Kirkevold, 2009, s. 199). En person er en selvfortolkende skapning som skapes, og skaper seg selv, i forhold til den konteksten vedkommende befinner seg i gjennom hele sitt livsløp.

Benner og Wrubels trekker frem og definerer følgende punkter som sentrale i sin teori: Omsorg, person, situasjon, kontekst, stress, mestring, sykdom, symptomer, livsløp, helse og helsefremming (Kirkevold, 2009, s. 199). Benner og Wrubels bygger, i sin sykepleieteori, videre på Lazarus sin definisjon av mestring. De definerer mestring som det folk gjør, når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt, uten begrensninger. Mestring er derfor alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende (Konsmo, 2003, s. 84).

I forhold til helsefremming og gjenopprettelse av helse tar Benner og Wrubels utgangspunkt i fem ulike innfallsvinkler. Disse er:

- Offentlig og privat tenkning
- Bearbeiding av følelser
- Å rehabilitere kroppslig viten
- Bearbeiding av mening og det man bryr seg om
- Situasjonens rolle

Offentlig og privat tenkning gjelder hvordan folk tenker om helse og om hvilke valgmuligheter en har, både offentlig og privat. Hvilken vektlegging myndighetene gjør i ulike spørsmål som har med helse å gjøre, får store konsekvenser for befolkningens helse på lang sikt (Konsmo, 2003, s. 118). Privat er det hvordan hver enkelt tenker som avgjør hvilke helsefremmende valg som blir tatt. Dette blir påvirket av hvordan man tenker og hva man opplever av valgmuligheter. Sykepleier har en sentral rolle i å undervise og veilede pasienter. En viktig del er å gi nødvendig informasjon. Informasjonen bør ikke bare være muntlig og skriftlig, men den bør omfatte sensorisk og motorisk informasjon, fordi informasjonen fungerer best når kroppen oppfatter den direkte (Benner & Wrubels, 1989, s. 168).

Bearbeiding av følelser handler om hvordan følelser spiller inn på å fremme og gjenopprette helse. Det å kontrollere følelser ved å ignorere, fornekte eller unngå dem vil bare gi følelsene mer makt. Ved å heller akseptere følelsene; hvilken betydning de har og innhold i dem kan man forstå situasjonen bedre, og dermed oppleve vekst og utvikling (Benner & Wrubels, 1989, s. 171). Å rehabilitere kroppslig viten går ut på å gjenvinne sine kroppslige ferdigheter. Det å tilrettelegge situasjonen kan være med på å gjøre det lettere for pasienten (Konsmo, 2013, s. 121).

Bearbeiding av mening og det man bryr seg om.

Denne faktoren handler om hvordan man forstår en situasjon og hva man bryr seg om i situasjoner. Dette er avgjørende for hvilke muligheter man opplever at man har (Konsmo, 2003, s. 124). Ved å tolke situasjonen på en annen måte, legge andre meninger i ting, eller utvikle noe annet å bryr seg om, kan man få nye mestringsmuligheter (Konsmo, 2003, s. 124). Situasjonens rolle handler om hvordan situasjoner påvirker personen. Alle situasjoner gir ulike muligheter for hvert enkelt menneske. Den enkeltes mestringsmuligheter er likevel begrenset av og påvirket av kollegaer, familie og venner (Konsmo, 2003, s. 126).

2.2 Hjerterehabilitering

Et hjerteinfarkt er en tilstand hvor hjertemuskelceller forsvinner på grunn av sterkt nedsatt eller opphevet blodtilførsel til hjertemuskulaturen via kransarteriesystemet (Arnesen, 2014). Nesten alle hjerteinfarkt skyldes en trombose i en av koronararteriene. Avhengig av hvor denne trombosen dannes, og om den tetter koronararteriene helt igjen eller ikke, vil hjerteinfarkt ramme et større eller mindre område av hjertemuskulaturen (Mæland, 2006, s. 23). Det er vanlig å skille mellom transmurale infarkter og subendokardiale infarkter. Transmurale infarkter omfatter hele tykkelsen av hjerteveggen mens subendokardiale bare omfatter den ytre delen av hjerteveggen (Mæland, 2006, s. 23).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer hjerterehabilitering slik:

”Summen av aktiviteter som er nødvendig for å sikre hjertepasienten best mulig fysisk, psykisk og sosialt funksjonsnivå med sikte på at pasienten ved egen innsats kan gjenvinne en personlig tilfredsstillende rolle i samfunnet og leve et aktivt liv (Frank, 2012).”

Hjerterehabiliteringen består av ulike virkemidler som medisinsk oppfølging og behandling, informasjon og undervisning, fysisk trening, psykologisk støtte og behandling, atferdspåvirkning og yrkesmessig attføring (Mæland, 2006 s. 16). Dette skjer i et tverrfaglig samarbeid hvor flere yrkesgrupper jobber sammen for å ivareta pasienten.

Rehabilitering etter hjertesykdom starter allerede på sykehuset. I den akutte fasen er sykepleierens funksjon og ansvar å forebygge helsesvikt, og forebygge at komplikasjoner og nye helseproblemer oppstår (Eikeland, 2010, s. 232). Sykepleier skal forsøke å styrke pasientens håp om å mestre situasjonen og vilje til å leve videre. Videre i rehabiliteringen har sykepleier et ansvar for å fremme pasientens egenomsorg, slik at pasienten selv skal kunne ta ansvar for å forebygge forverring eller tilbakefall av sykdommen (Eikeland, 2010, s. 232). Studier har vist at oppfølging fra sykepleier i rehabiliteringen etter hjertesykdom gir bedre livskvalitet for pasienter, det fører til færre reinnleggelser og det gir en økonomisk gevinst (Eikeland, 2010, s. 232).

Fra tidlig tid ble hjerteinfarktpasienter behandlet varsomt og skånsomt. Standardbehandling etter et infarkt var strengt sengeleie i seks uker (Mæland, 2006, s. 13). Det var ikke før på 1960- tallet man begynte med forsiktig gjenopptreningsprogram for hjertepasienter. Forskning

viste at de som deltok i opptreningsgruppene, viste seg å ha langt lavere dødelighet enn forventet (Mæland, 2006, s. 14). Systematisk fysisk trening er en viktig del i hjerterehabiliteringen. Treningen er en form for læring, hvor pasienten ut fra egne erfaringer bygger opp fornyet selvtillit og positive forventninger (Mæland, 2006, s. 67).

2.3 Kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon bygger på at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2013, s. 12). Det er vanlig å dele kommunikasjon inn i nonverbal og verbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon står for store deler av kommunikasjonen og omhandler kroppsspråk. Dette i form av blikk-kontakt, kroppsholdning, stemmebruk og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2013, s. 189). En viktig funksjon er å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Dette skaper en trygghet og tillit som den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Nonverbal bekreftende kommunikasjon er med på å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine resurser så godt som mulig (Eide & Eide, 2013, s. 199). Verbal kommunikasjon går ut på å bruke stemmen ved hjelp av ord.

Kommunikasjon i helsevesenet har som hensikt å være til hjelp for pasienter og pårørende. Kommunikasjon bygger på ferdigheter som aktiv lytting og samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Et av målene med kommunikasjonen er at den skal skape trygghet og tillit, samtidig som den er med på å formidle informasjon på måter som bidrar til å løse problemer. Den skal også stimulere til at pasienter og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig. Kommunikasjon som denne er pasientsentrert, noe som er en forutsetning for empowerment (Eide & Eide, 2013, s. 20).

2.4 Motivasjon

Motivasjon definert av Kaufmann, er prosesser som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd (Renolen, 2010, s. 41). Motivasjon er faktorer som setter i gang og som styrer atferd i mennesker. Det kan være indre og/eller ytre tilstander som driver oss til handling. En inndeling av ulike motivasjonstyper er å betrakte dem som enten styrt innenfra eller utenfra oss selv (Renolen, 2010, s. 42). Indre motivasjon betraktes som å ha større kraft enn ytre, og omtales gjerne som naturlig motivasjon. Den ytre motivasjonen kalles gjerne for kunstig motivasjon (Renolen, 2010, s. 43). Indre motivasjon kan defineres som aktivitet som gjøres for å oppnå en indre tilfredsstillelse. Ytre motivasjon er styrt utenfra. Her er det krefter utenfor oss som igangsetter handlingen. Drivkraften kan være trussel om straff eller det å oppnå en belønning (Renolen, 2010, s. 43).

Det finnes i dag ingen god skandinavisk betegnelse på MI, men begrepet motiverende intervju kan brukes. MI handler fremfor alt om motivasjonsaspektene ved endring. Det handler ikke først og fremst om hvordan endringene skal skje, men om det skal skje endring, eller hvorfor endring ikke skal skje (Barth & Näsholm, 2007, s. 13). Ett av hovedtrekkene med en slik samtale er at den alltid er pasientsentrert. Samtalen tar utgangspunkt i pasientens oppfatninger, tanker og opplevelser. Ved en slik pasientsentrert samtale begrenses den av de rammene pasienten selv setter opp (Barth & Näsholm, 2007, s. 36). Målet med samtalen er endring, som for pasienten skal kunne føre til et bedre liv. MI som metode går ut på å være sammen med pasienten og ut fra en reflekterende posisjon utveksle tanker, overveielser og synspunkter som kan bidra til å skape endring. Denne endringen må være basert på pasientens egne opplevelser, oppfatninger, prioriteringer og valg (Barth & Näsholm, 2007, s. 36). Det å få en pasient til å gjennomføre en endring kan bli møtt med motstand. Motstand er et begrep som blir brukt i MI når hjelperen opplever at pasienten, gjennom sin aktivitet, forsvarer seg eller blokkerer for hjelpen man prøver å gi. Situasjonen kan oppleves som en kamp eller interessekonflikt (Barth & Näsholm, 2007, s. 99). Motstand kan komme til uttrykk i form av reaktans, ambivalens, beskyttelse eller spill. Når hjelper møter motstand, er hovedstrategien i MI å "rulle med". Dette går ut på at man som hjelper flytter seg respektfullt til side, spiller nøytralt og utforsker veien som motstanden indikerer. I stedet for å konfrontere motstanden ved å argumentere imot, gjør dette at hjelperen kan registrere motstanden og motstandsfenomenet (Barth & Näsholm, 2007, s. 104).

2.5 Lovverk

2.5.1 Helsepersonelloven

I Helsepersonelloven (2011) kapittel 2 § 4 står det at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Lovdata, 2011).

2.5.2 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1 slår fast at det er kommunen som skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. For at kommunen skal kunne oppfylle dette lovbestemte ansvaret, skal kommunen blant annet tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Lovdata, 2011).

2.5.3 Yrkesetiske retningslinjer

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier har ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som skal fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norges sykepleieforbund, 2011, s. 7).

3 METODE

I dette kapitlet blir den metodiske fremgangsmåten som er brukt i oppgaven presentert. En metode er en fremgangsmåte eller et middel som forteller hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for valg av en metode må gjøres slik at spørsmålet blir belyst på en faglig interessant måte, ved hjelp av gode data (Dalland, 2012, s. 111).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som i hovedsak bygger på skriftlige kilder innenfor et valgt tema. Dette kan være kilder som forskning og litteratur (Forsber & Wengström, 2012, s. 30). En forutsetning for at man skal kunne gjøre en systematisk litteraturstudie, er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan utgjøre grunnlaget for beslutninger og konklusjoner. Mulrow & Oxman definerer en systematisk litteraturstudie ved at den starter med et klart formulert spørsmål som besvares av systematisk å identifisere, velge og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27). En av utfordringene med en slik metode er å finne relevant forskning med god kvalitet. I en litterær oppgave er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet.

3.2 Fremgangsmåte

I denne oppgaven ble databasene CINAHL, Ovid og PubMed brukt for å finne relevant litteratur. De fleste artiklene gikk igjen i databasene, og CINAHL ble derfor mest brukt. Dette er den databasen som har blitt brukt mest under studiet, og som er best kjent. Av denne grunn ble det naturlig å velge denne databasen. CINAHL er en internasjonal artikkelbase for helsefag, som vektlegger sykepleie (Høyskolen Stord Haugesund, 2015). Databasen inneholder blant annet kvalitativ forskning og pasienterfaringer.

I databasen CINAHL søkte jeg på enkeltsøk med ordene "Motivation interviewing", "Healthy lifestyle", "Coronary heart disease", "cardiovascular health" og "cardiac rehabilitation". Jeg trykket så på "Search History", markerte søkeordene og trykket på "Search with AND". På noen av søkene kom det opp mange artikler. Det ble derfor brukt avgrensninger.

Databasen PubMed er en internasjonal database som inneholder tidsskriftsartikler innen medisin og sykepleie osv. (Høyskolen Stord Haugesund, 2015). Denne databasen følger en annen struktur en CINAHL. Her ble MeSH som ”Myocardial Infarction” og ”Risk Reduction Behavior” brukt. Disse ble lagt til i ”search builder” og det ble gjennomført et søket i ”PubMed”. Dette søket ga mange resultater og ble derfor avgrenset.

Inklusjonskriterier som ble brukt under utvelgelsen av artiklene, var at de var publisert etter 2005, at de hadde en overføringsverdi til sykepleiefaget og at de omhandlet hjerteinfarkt, rehabilitering eller MI. Eksklusjonskriterier var at artiklene ikke var publisert i pålitelige kilder, at de ikke var relevant i forhold til problemstillingen, eller at de ikke var skrevet på engelsk eller et nordisk språk. Fremgangsmåten og avgrensningene for de ulike artiklene er presentert i tabellene nedenfor.

3.3 Søkehistorikk

Tabell 1 - CINAHL

Da jeg utførte dette søket, prøvde jeg å finne en forskningsartikkel om MI rettet mot hjertesykdommer.

| Søk i CINAHL 05.01.2016 | | | |
|-------------------------|---------------------------|--|-------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Motivational interviewing | | 2,542 |
| S2 | Cardiovascular health | | 26,845 |
| S3 | S1 AND S2 | | 66 |
| S4 | | Full Text and Academic Journals Published date: 2007 - 2016 | 28 |

Artikkel nummer en av 28 ble valgt, med tittelen ”*Motivation interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health?*”

Tabell 2 - PubMed

Her var hensikten med søkinget å finne en artikkel som handlet om hvilke utfordringer en opplevde i etterkant av et hjerteinfarkt.

| Søk i PubMed 24.01.2016 | | | |
|-------------------------|-------------------------|---|-----------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Myocardial Infarction | | Add to search builder |
| S2 | Risk Reduction Behavior | | Add to search builder |
| | Search PubMed | | 186 |
| | | Free full text, Publication date from 2005 / 2016, Abstract | 41 |

Her ble artikkel nummer 39 valgt, med tittelen *"Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes"*

Tabell 3 - CINAHL

Her var det ønskelig å finne ut hvordan MI fungerer i rehabiliteringssammenheng.

| Søk i CINAHL 06.01.2016 | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Motivational interviewing | | 2,542 |
| S2 | Rehabilitation setting | | 12,816 |
| S3 | S1 AND S2 | | 38 |

Artikkelen nummer 10 *"Pragmatic Insights Into a Nurse- Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation setting"* ble valgt av 38 mulige.

Jeg ønsket en artikkel på norsk og søkte derfor på sykepleien.no med søkeordene informasjon og hjerteinfarkt. Her fant jeg artikkelen *"Ektefellenes behov for informasjon- når partner får akutt hjerteinfarkt"* (Holme, 2008).

3.4 Metodekritikk

De sterke sidene ved litteraturstudie som metode, er at en raskt og effektivt kan få tilgang på litteratur gjennom bøker, forskningslitteratur og artikler. En kan raskt få mye kunnskap innenfor et emne, hvor det er lett å oppspore kildene igjen (Forsberg & Wengström, 2012, s. 34).

En litteraturstudies svake side er at det er begrenset tilgang på relevant forskning. Samtidig blir utvalget gjort selektivt, noe som vil si at en ofte velger ut fra det som støtter egne standpunkt (Forsberg & Wengström, 2012, s. 30).

3.4.1 Kritisk vurdering av egen oppgave

Jeg bestemte meg tidlig for temaet jeg ønsket å skrive om i bacheloroppgaven. På bakgrunn av temaet ble en midlertidig problemstilling formulert som ga utgangspunkt for søket etter artikler. Søkingen ga mange resultater og den endelige problemstillingen ble derfor formet ut fra hva som ga relevant litteratur. Det er mye forskning rundt temaet, og gode artikler kan av den grunn ha blitt oversett. Mine personlige meninger og erfaringer kan hatt innvirkning på valg av artikler. Sykepleieteorien til Benner og Wrubels ble valgt, da denne er aktuell i forhold til problemstillingen. Teorien går, som tidligere forklart, ut på at mennesket ikke kan forstås isolert fra den sammenhengen det inngår i. Mennesket utvikler seg i forhold til faktorer i omgivelsene (Kristoffersen, 2011, s. 259). Artikkene som ble funnet er internasjonale. Studiene som ble valgt, belyser oppgavens tema og problemstilling på en god måte. For å kritisk vurdere artikkene har jeg brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra kunnskapssenteret.no. Jeg har ikke fylt ut sjekklistene, men vurdert artikkene på bakgrunn av kravene sjekklistene stiller. Dette er med på å kvalitetssikre studiene som er inkludert i oppgaven.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er i følge Dalland (2012, s. 67) de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Kildekritikk innebærer både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet under utvelgelsen. Hensikten med dette er at leseren skal få del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72). I oppgaven er det ønskelig med forskningslitteratur som er sykepleiefaglig relevant, og som passer inn i forhold til den norske befolkningen. Jeg har derfor i hovedsak valgt litteratur som gjelder befolkning det er naturlig å sammenligne den norske befolkningen med. Kriteriene som utgjorde at artikkelen ble valgt, var at de omhandlet hjerteinfarkt, motivering av pasienter og at de var av relevans for sykepleiefaget. Artikler av nyere dato ble valgt fremfor eldre. Studier som ble ekskludert, var dem jeg så som lite relevant i forhold til problemstillingen.

3.6 Etikk i oppgaveskriving

Etikk handler om normene for riktig og god livsførsel. Det er etikken som skal gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler i vanskelige situasjoner (Dalland, 2012, s. 96). God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning (Forsberg & Wengström, 2012, s. 144). Forskningsetikk inngår i etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. De forskningsetiske normene er hensyn til forsøkspersonen, informert og frivillig samtykke, konfidensialitet og ivaretagelse av personopplysninger, forskningskompetansen og nødvendige tillatelser (Slettbø, 2012, s. 210). I forhold til medisinsk forskning handler dette først og fremst å unngå å påføre deltakere som deltar i forskning, skade eller unødvendige belastninger. Det dreier seg også om å beskytte personvernet og å sikre troverdigheten av forskningsresultater (Slettbø, 2012, s 216).

3.6.1 Etiske overveielser i arbeidet med denne studien

I denne litteraturstudien har jeg brukt skolens retningslinjer for oppgaveskriving. Det har blitt brukt primærkilde i beskrivelsen av sykepleieteori, da dette er originalteksten til teoretikerne. Litteraturen jeg har brukt har jeg funnet via søk i bibliotekets databaser og pensumlitteratur. Det har ikke blitt brukt plagiat i denne oppgaven. I Dalland (2012, s. 80) står det at en skal gjøre rede for alle kildene som blir brukt i sitt arbeid. Det at sitater og referanser er korrekt oppgitt er viktig for å unngå plagiat. Kildehenvisninger som er brukt i denne litteraturstudien følger APA- standarden. Da artiklene ble valgt til denne oppgaven, var det ønskelig at de var godkjent av en etisk komite. I artikkelen av Gregory et al. (2006) oppgis det at den er etisk godkjent. I de andre artiklene blir det ikke oppgitt at de er godkjent av en etisk komite. De er allikevel tatt med fordi personene deltok frivillig, noe som er et sentralt punkt i forskningsetikk (Slettbø, 2012, s. 209). Artiklene er også publisert i anerkjente databaser eller tidsskift, som skal betyr at de har blitt fagfellesvurdert.

4 RESULTAT

I denne delen av oppgaven blir artiklene og resultatene presentert.

4.1 Artikkel 1

”Motivational interviewing: A usefull approach to improving cardiovascular health?”

Artikkelen av Thompson et al. (2011) handler om å systematisk vurdere og analysere ulike forskningsresultater om MI. Dette er for å finne ut hvordan MI kan bli brukt i utdanning, i forskning og i praksis med tanke på kardiovaskulær helse. Studien er en kvantitativ forskningsartikkel som har samlet data fra metaanalyser, systematiske gjennomganger og litteraturstudier. Artiklene som ble brukt, var skrevet på engelsk i tidsrommet januar 1999 til desember 2009. Resultatene fra primærstudiene var blandet, mens metaanalysene og de systematiske gjennomgangene viste seg å være mer positive i forhold til effekten av MI. En systematisk gjennomgang av MI av åtte studier innen diabetes, astma, hypertensjon, høyt kolesterol og hjertesykdom, fant positive resultater for effekten av MI. Dette viser til et fysiologiske og livsstilsendrende utfall. Bevisene fra studien viser at MI er en nyttig tilnærming til atferdsendring, og det har en bedre effekt enn tradisjonelle råd. MI fremstår som mer effektivt selv med korte samtaler / møter. Studien bekrefter at det trengs mer forskning om MI og hvilke elementer i intervjuet som er avgjørende for ønsket effekt.

4.1.1 Kritisk vurdering av artikkel 1

Etter kritisk vurdering av Thompson et al. (2011) har jeg kommet frem til at forskningsartikkelen holder god kvalitet. Formålet med studien kommer tydelig frem, og den kvantitative metoden som er brukt for å svare på problemstillingen er hensiktsmessig. Til tross for uklare data i forhold til hvordan og hvorfor MI virker, har forskerne konkludert med at det er nok bevis i forhold til at MI virker. Studiens resultat kommer tydelig frem. På bakgrunn av dette vurderer jeg artikkelen som relevant i forhold til sykepleiefaget. Sjekkliste for kritisk vurdering har blitt brukt ved alle artiklene.

4.2 Artikkel 2

”Recovering form a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes”

Hensikten med denne studien av Gregory et al. (2006) var å identifisere synspunkter og erfaringer fra mennesker som har klart å endre på livsstilen sin etter hjerteinfarkt. Artikkelen viser hvordan deltakerne har kommet seg etter hjerteinfarkt og hvilke langsiktige behov som måtte til for å kunne endre livstil. Studien er en kvalitativ studie hvor fokusgrupper og intervju ble brukt som metode. Det var totalt 53 personer som deltok. Av disse var 35 menn og de resterende kvinner. De som deltok var skrevet ut fra sykehus inntil to til tre år før studien ble gjennomført. Alle deltakerne var under 65 år. Deltakerne ble delt inn i grupper hvor noen av gruppene bestod av bare menn og noen av gruppene bare kvinner. Det var også to grupper som bestod av begge kjønn. I diskusjonen ble det tatt opp om informasjonen som ble gitt på sykehuset, var tilfredsstillende. I forhold til dette var det mange deltakere som ikke kunne huske å ha fått informasjon, noen mente at det var for mye informasjon, mens andre mente at informasjonen var selvmotsigende. Felles for alle deltakerne var at de alle var bevisste over viktigheten av livsstilsendringer som inkluderte fysisk aktivitet, røykeslutt og kostholdsvaner. Det kom også fram i studien at for å opprettholde sunn livstil, var det et behov for kontinuerlig oppfølging fra helsepersonell, og ikke bare familien.

4.2.1 Kritisk vurdering av artikkel 2

Artikkelen av Gregory et al. (2006) er en kvalitativ studie. Studiens formål er bra og datasamlingen er grundig og god. Da det var få kvinnelige deltakere, ble det i tillegg gjort intervjuer av kvinnelige deltakere for å styrke deres representasjon. Resultatet, diskusjonen og konklusjonen kommer tydelig frem. Ut fra dette ansees artikkelen som god og relevant i forhold til oppgaven.

4.3 Artikkel 3

”Pragmatic Insight Into a Nurse- Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation Setting”

Artikkelen av Everett et al. (2008) tar for seg hvilke prosesser som brukes for å inkludere MI i hjerterehabilitering, og å diskutere bruken av MI i sammenheng med hjerterehabilitering. Det er en økende interesse for å bruke MI som en strategi for atferdsendring i forhold til hjerte- og karsykdommer, selv om bruken av MI i hjerte rehabilitering er minimal. Det er derfor uklart om den kliniske metoden MI krever endring i forhold til hjerterehabilitering. Studien er en randomisert kontrollert studie hvor det var 104 som deltok. Sykepleierne som deltok, hadde undervisning og fått lært teknikker i forhold til MI. Deltakerne ble intervjuet to ganger, og varigheten hver gang var på ca. en time. Kvalitative data viste at pasientene rangerte helse og familie som viktige verdier, og mange kommenterte at de hadde fått en ny sjanse. Studien konkludere med at MI er potensielt nyttig og betydningsfullt i en hjerterehabiliteringssammenheng.

4.3.1 Kritisk vurdering av artikkel 3

Studien av Everett et.al. (2008) ansees som god. Forskerne tar for seg hvilke prosesser som brukes for å inkludere motiverende intervju i hjerterehabilitering. Artikkelen har en god struktur med tydelige og gode overskrifter. Hensikt og resultat kommer tydelig frem.

4.4 Artikkel 4

”Ektefellens behov for informasjon- Når partner får akutt hjerteinfarkt”

Hensikten med studien av Holme (2008) er å beskrive ektefellers opplevelser og erfaringer etter at partneren gjennomgikk et hjerteinfarkt. Studien bruker en kvalitativ forskningstilnærming, hvor det ble benyttet fokusgruppeintervju av ni ektefeller. Intervjuene fant sted omtrent seks til ti uker etter at pasienten var skrevet ut fra sykehuset. Funn i studien viser at ektefellene i hovedsak opplever seg ivaretatt på sykehuset og takler rehabiliteringsfasen på en god måte, samtidig ga de uttrykk for at sykepleierens informasjon ofte var spontan og uformell. I diskusjonen blir det tatt opp at behovet for informasjon var stort hos ektefellene, og det ble sett på som grunnleggende for at ektefellene skulle kunne føle trygghet under sykehusoppholdet og tiden hjemme. Konklusjonen tar opp at det er ønskelig med større vektlegging av den første tiden hjemme med råd om kosthold, fysisk aktivitet og informasjon om virkning og bivirkning av medisiner. Det var tydelig at ektefellenes opplevelse av den akutte fasen hang nøye sammen med og var avgjørende for hvordan de mestret den første tiden hjemme. Informasjonen de hadde bruk for var forskjellig i forhold til om det var på sykehuset eller hjemme. Det å få kunnskap om hva et hjerteinfarkt faktisk er, så de som relevant.

4.4.1 Kritisk vurdering av artikkel 4

Etter å ha vurdert artikkelen av Holme (2008) har jeg kommet frem til at artikkelen holder god kvalitet. Studien er godt skrevet, hvor hensikten, resultatet, diskusjonen og konklusjonen kommer tydelig frem. Det at artikkelen er på norsk gjør den relevant for sykepleiepraksis.

4.5 Oppsummering av hovedfunnene

Hovedfunnene fra artiklene er at MI som metode er et nyttig verktøy i forhold til å skape motivasjon blant pasienter. Når det gjelder tiden etter et hjerteinfarkt, var det behov for oppfølging av helsepersonell. Det var blandede meninger i forhold til informasjonen som ble gitt på sykehus, og dette påvirket den første tiden etter hjerteinfarkt. Det var ønskelig med råd om kosthold og fysisk aktivitet. Verdier som var viktige for pasienter, var helse og familie - mange kommenterte at de følte de hadde fått en ny sjanse.

5 DRØFTING

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen *”Hvordan kan sykepleier være med på å motivere pasienter til fysisk aktivitet i rehabiliteringsfasen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt?”*. Jeg vil først skrive om hva jeg legger i begrepene motivasjon og kommunikasjon. Deretter vil jeg drøfte mer konkret hva jeg som sykepleier kan gjøre for å motivere pasientene til fysisk aktivitet. Jeg har valgt å ta inn et eget kapittel om motstand mot fysisk aktivitet, da dette stiller særlige krav til sykepleiers arbeid med rehabilitering. Drøftingen skjer på bakgrunn av teorien og funnene fra forskningsartiklene presentert i tidligere punkt.

5.1 Motivasjon og kommunikasjon

Det er viktig å klarlegge hva som menes med begrepet motivasjon, fordi motivasjon er grunnleggende for å kunne foreta endringer som for eksempel å øke sitt fysiske aktivitetsnivå. I studien til Everett et al. (2008) ble det gjort rede for at de viktigste verdiene for pasientene var helse og familie. Videre kommenterte enkelte deltakere at de følte de hadde fått en ny sjanse etter hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt ga pasienten en ny sjanse til å tilbringe mer tid med familie og ta vare på helsen. Dette vil nok for enkelte være motivasjon i seg selv for å gjøre livsstilsendringer. For andre derimot vil det være nødvendig med mer motivasjon, eller en annen type motivasjon. Dette gjør at behovet for motivasjon etter et hjerteinfarkt vil variere fra pasient til pasient. Min vurdering er at sykepleier har en viktig oppgave i forhold til å bidra til å motivere. Motivasjon er, som Renolen (2010) skriver, faktorer som setter i gang og som styrer atferd i mennesker. Dette skjer enten ved indre eller ytre tilstander som driver oss til handling. Disse faktorene kan være forskjellig fra menneske til menneske. Faktorer som bidrar til å skape motivasjon hos ett menneske, kan med andre ord være helt ulikt for et annet. Benner & Wrubels (Kirkevold, 2009) skriver at en person er en selvfortolkende skapning som skapes, og skaper seg selv i forhold til konteksten vedkommende befinner seg i, gjennom sitt livsløp. Teorien viser dermed også at motivasjon er noe som er individuelt, nettopp fordi mennesket skapes og skaper seg selv

Det at motivasjon er noe som er individuelt for hver enkelt, betyr at sykepleier må ta hensyn til den enkelte pasient sine behov. Det som har motivert en pasient trenger nødvendigvis ikke å motivere en annen, og dette må tas i betraktning. Her er det individuelle interesser, verdier og mål blant pasientene som sykepleier må ta tak i, for å kunne skape motivasjon. For å kunne

klare dette må sykepleier finne ut om motivasjon er til stede hos pasienten og om den er indre eller ytre styrt. Indre motivasjon er i følge Renolen (2010) noe som gjøres for å oppnå en indre tilfredsstillelse. Det er med andre ord noe man gjør fordi man har et ønske om for eksempel å bli bedre til noe eller å mestre noe. Det er noe man gjør av egen fri vilje. For de pasientene som opplever at hjerteinfarkt har gitt dem en ny sjanse, slik som enkelte i studien til Everett et al. (2008) gjorde, vil det være naturlig å tenke at disse er indre motivert til livsstilsendringene som bør følge etter et infarkt. Den ytre motivasjonen beskrives av Renolen (2010) som motivasjon som er styrt utenfra, hvor det er krefter utenfor oss som igangsetter handling. Dette er altså noe man gjør fordi man føler seg presset utenfra, som regel med et ønske om å oppnå belønning eller unngå straff. På bakgrunn av dette kan ytre motivasjon anses å ha negativ virkning. Det er mulig at de pasientene som ikke er indre motivert i forhold til endringer etter et hjerteinfarkt styres av den ytre motivasjonen. De gjør de endringene som skal til fordi de føler på et press, kanskje fra familie eller sykepleier, og for å unngå "straff" i form av negative reaksjoner fra omgivelsene.

For noen aktiviteter kan en oppleve å være både indre og ytre motivert. Altså at man gjør noe fordi man har et ønske om det (indre motivasjon), samtidig som man vil ha anerkjennelse for det (ytre motivasjon). Det å se andre være motiverte og se dem oppnå sine mål, kan også bidra til at en som person får en drivende kraft/ønske om å oppnå samme resultat. Over tid kan dette muligens gå over til å bli en indre motivasjon. Det kan gjerne tenkes at det bare er enkelte som vil oppleve indre motivasjon på denne måten. Flere studier viser at mennesker som opplever indre motivasjon for en aktivitet viser bedre prestasjoner, større utholdenhet og er mer kreative enn ytre motiverte (Renolen, 2010, s. 44). Det er derfor den indre motivasjon det er viktig å legge vekt på i ønske om å bidra til økt fysisk aktivitet hos hjertepasienter. Dette fordi det kan føre til at motivasjonen varer over lengre tid, i tillegg til at den er sterkere. Hvordan så finne frem til pasientens indre motivasjon?

Det å motivere andre skjer som regel gjennom kommunikasjon, i form av samtaler eller møter. I denne oppgaven har jeg et særlig fokus på kommunikasjon ved hjelp av MI som metode. Eide & Eide (2013) hevder at også nonverbal bekreftende kommunikasjon er med på å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine ressurser så godt som mulig. Kommunikasjon handler ikke bare om hva som blir sagt, men om blant annet hvilken holdning og kroppsspråk en sykepleier har i møte med pasienten. Nonverbal bekreftende kommunikasjon kan med andre ord gjøre det lettere for sykepleier å skape tillit

og relasjon til pasienten. Ved denne type kommunikasjon fra sykepleier vil pasienten kunne få en tilknytning, som gjør det mer naturlig å åpne seg opp og formidle informasjon som er nødvendig for at sykepleier skal kunne hjelpe å skape motivasjon.

En kommunikasjonsteknikk som blir brukt i forhold til å skape motivasjon, er MI. MI brukes i dag først og fremst for å hjelpe mennesker til å endre leve- og atferdsvaner. Artikkelen av Thompson et al. (2011) omhandler effekten av MI, og kom blant annet frem til at metoden er en nyttig tilnærming til atferdsendring. Det viste seg faktisk at MI var mer effektivt enn tradisjonelle råd, dette selv med korte samtaler og/eller møter. MI kan, på bakgrunn av dette, være med på å skape eller å fremme motivasjon. Dette selv om artikkelen poengterer at det trengs mer forskning om MI og hvilke faktorer som er avgjørende for å motivere. Samtidig kommer det fram av artikkelen til Everett et al. (2011) at MI bør endres og tilpasses slik at det passer enda bedre i forhold til hjertepasienter. Her må det kanskje en endring/utvikling til for at MI skal passe enda bedre i en rehabiliteringssammenheng.

Hensikten med MI er å motivere pasienten til å ta nødvendige valg, og finne de momentene som beslutningen om endring kan baseres på. Det at sykepleier er sammen med pasienten, og ut fra en reflekterende posisjon, utveksler tanker, overveielser og synspunkter, kan i følge Brath & Näsholm (2007) bidra til å skape endring. Her er det altså den indre motivasjonen en forsøker å sette i gang, ved at pasienten utforsker sin egen motivasjon. MI er med andre ord et viktig redskap i forhold til å skape motivasjon blant de som ikke er motiverte. Det at samtalen er pasientsentrert gjør at motivasjonen som eventuelt skapes baserer seg på pasientens tanker, opplevelser og mål. Med andre ord blir de individuelle hensynene til pasienten ivarettatt, nettopp fordi det er pasienten selv som har gitt uttrykk for dem. Everett et al. (2008) skriver at prosessene i MI i stor grad er avhengig av sykepleiers evne til å lytte fremfor å fortelle. For at MI skal ha ønsket effekt, må sykepleier ha nødvendig kunnskap når det gjelder bruken av MI. Det vil med andre ord ikke være noe poeng å bruke MI om sykepleier ikke behersker denne metoden. Kanskje det er nødvendig med utdanning og kurs i bruken av MI slik som sykepleierne i artikkelen til Everett et al (2008) fikk. For at pasienten skal kunne gi uttrykk for egen motivasjon, tanker og refleksjoner hevder Barth & Näsholm (2007) at det er sykepleier sitt ansvar å legge til rette for at pasienten skal kunne gi uttrykk for og uttale ulike typer endringsmotivasjon og å konkretisere og tydeliggjøre sine motivasjonsstyringer.

For å skape motivasjon handler det altså om at pasienten må få utforske tanker og meninger om hva som skaper motivasjon hos dem, og å reflektere rundt dette. Det er sykepleier som må legge til rette for at pasienten skal kunne klare dette, basert på pasientens forutsetninger. Det er pasientene som sitter inne med informasjonen om hva som motiverer nettopp dem, og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for å finne frem til dette. MI er slik jeg ser det et nyttig hjelpemiddel som kan tas i bruk for å skape og for å fremme motivasjon.

5.2 Motivasjon til fysisk aktivitet i hjerterehabilitering.

Hjerterehabilitering handler om aktiviteter og planlagte prosesser som vil hjelpe en hjertepasient til å gjenvinne eller forbedre sin helse. Jeg skal her skrive om den delen av hjerterehabilitering som handler om fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er i følge Mæland (2006) en viktig del av hjerterehabiliteringen for å gjenopprette og fremme helse. Hjerterehabilitering er noe alle har krav på. Det er viktig å komme tidlig i gang med hjerterehabilitering etter et hjerteinfarkt. Sykepleier skal i arbeid med hjerterehabilitering blant annet gi pasienten medisinsk oppfølging og behandling, informasjon, undervisning og fysisk trening. Det er altså her pasienten får råd og veiledning fra sykepleier blant annet om fysisk aktivitet. Etter et hjerteinfarkt er fysisk aktivitet viktig for å trene opp hjertet igjen. Aktivitet vil føre til bedre oksygenopptak og bedre prognose. I følge Eikeland (2010) viser studier at oppfølging fra sykepleier i rehabilitering etter hjertesykdom gir bedre livskvalitet for pasienter og det fører til færre reinnleggelser.

Som sykepleier i arbeid med å motivere pasienter til fysisk aktivitet mener jeg det er helt avgjørende å være bevisst på at pasientgruppen som skal ha hjerterehabilitering ikke er en ensartet gruppe mennesker. Pasienter har ulik motivasjon, og det er forskjellige ting som motiverer mennesker. I artikkelen til Gregory et al. (2006) kommer det fram at enkelte deltakere mente at sjokket de opplevde etter å ha hatt et hjerteinfarkt ga dem motivasjon til å gjøre nødvendige livsstilsendringer. Sjokket av hjerteinfarkt ga med andre ord noen av deltakerne i studien motivasjon til å følge med under rehabiliteringen i forhold til hvordan livsstilen måtte endres. I sykepleiers arbeid med disse pasientene tenker jeg at en viktig oppgave blir å tilrettelegge og veilede for fysisk aktivitet. Denne pasientgruppen vil gjerne føle seg klar til å gjøre det som er nødvendig for å bli rehabilitert, herunder å begynne med eller fortsette med fysisk aktivitet. Studien til Gregory et al. (2006) må oppfattes slik at det

også var deltakere som ikke opplevde sjokket av hjerteinfarkt som motivasjon til livsstilsendring. Denne gruppen vil nødvendigvis måtte finne motivasjon til fysisk aktivitet utenfor sykdomsforløpet. Det er nærliggende å tro at denne gruppen vil være mer krevende å motivere til fysisk aktivitet. Jeg vurderer det slik at MI er en god metode for å hjelpe pasienten til å finne nødvendig motivasjon.

Som nevnt ovenfor er det en gruppe pasienter som må finne motivasjon til fysisk aktivitet utenfor selve sykdomsforløpet. Benner & Wrubels (1989) hevder at det er hvordan hver enkelt tenker, som avgjør hvilke helsefremmende valg som blir tatt. Dette påvirkes også av en opplevelse av hvilke valgmuligheter en har. Her er det tankene man har, eller har hatt angående fysisk aktivitet, som faktisk avgjør graden, samt mengden av aktivitet som blir utført. Opplever man fysisk aktivitet som en byrde, er det naturlig at man ønsker å unngå fysisk aktivitet. Dette kan muligens gjøre at man heller ikke innser hvilke muligheter som finnes i forhold til å være fysisk aktiv. Sykepleier må her finne ut hvordan hver enkelt pasient tenker angående fysisk aktivitet. Sykepleier må også finne ut hvor aktiv pasienten tidligere har vært eller er. Her vil det, fra pasientens side, være viktig å være ærlig, slik at sykepleier får et realistisk bilde av hvor aktiv pasienten har vært tidligere. For å gjøre dette kan sykepleier for eksempel spørre pasienten hvilke fysiske aktiviteter som blir utført i det daglige. De fleste vet i dag at fysisk aktivitet er med på å fremme helse, og det finnes mange ulike valgmuligheter i forhold til det å være i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan for enkelte mennesker forbindes med hard trening på treningssentre eller lange løpeturer. Lerdal & Grov (2011) definerer fysisk aktivitet som enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energiforbruk. Fysisk aktivitet trenger altså ikke å være hard trening med høy intensitet.

Det finnes flere muligheter å være fysisk aktiv på, her er det nesten bare fantasien som kan sette grenser. Fysisk aktivitet kan foregå på lavere intensitetsnivå, slik som turer eller andre aktiviteter som involverer bevegelse av kroppen. Begrepet fysisk aktivitet er som nevnt mangfoldig. En pasient som tidligere har vært lite aktiv, vil kanskje lettere la seg motivere til aktivitet med lavere intensitet kontra høy. Det er viktig å være klar over disse tingene når sykepleier skal arbeide med å motivere til fysisk aktivitet i hjerterehabiliteringen. Dersom sykepleier anbefaler eller setter pasienten i gang med en fysisk aktivitet som er for hard og som pasienten ikke mestrer, så vil dette kunne være demotiverende for å få pasienten i gang med fysisk aktivitet. Jeg tenker at det er helt avgjørende for motivasjon at pasienten får en

opplevelse av ”dette er noe jeg klarer”. Dersom man kan få inn en opplevelse av mestring og etterhvert velvære, så tenker jeg at dette er en viktig del av å skape motivasjon for videre fysisk aktivitet. Mestring vil også kunne gi pasienten en indre motivasjon som gir bedre prognose for en varig endring av livsstilen. De tankene jeg har om dette skyldes både egen erfaring som aktiv idrettsutøver, og kunnskap jeg har fått gjennom arbeid på en hjerteavdeling ved et universitetssykehus. Det er altså viktig å ha fokuset på at alle må starte en plass. Benner & Wrubels (1989) hevder at for å kunne bli motivert til å drive med fysisk aktivitet, vil det å legge til rette for pasienten øke sjansen for å lykkes. Her må en altså legge inn aktiviteter som passer i pasientens hverdag. Sykepleier bør tenke gjennom dette, fordi individuell tilpasning kan gi motivasjon.

Det at det finnes så mange ulike former og måter å drive med fysisk aktivitet på, gjør at det er stor sannsynlighet for at det finnes en eller flere aktiviteter som kan være individuelt kjekt å holde på med. Valgmulighetene er så mange at det ikke burde være til hindring for å drive med fysisk aktivitet. For noen pasienter vil det være lettere å gjennomføre fysisk aktivitet i eget nærmiljø. De har for eksempel ikke sertifikat, og det kan være vanskelig å komme seg til et treningssenter. Sykepleier kan hjelpe pasienten å kartlegge hvilke muligheter som finnes i nærmiljøet, for eksempel gjennom en samtale med pasienten. For noen er det lettere å holde på motivasjonen ved å trene sammen med andre. Sykepleier kan for eksempel opplyse om mulighet for å delta i grupper i regi av et av lokallagene til Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Det vil ofte være mange muligheter for at pasienten kan delta i fysisk aktivitet med andre.

God kommunikasjon er etter min vurdering avgjørende for at sykepleier skal klare å skape motivasjon til de endringene som jeg har beskrevet ovenfor. I artikkelen til Everett et al. (2008) kom det frem at pasientene var veldig takknemlig når sykepleier hadde satt av individuell tid med dem. Det ideelle slik jeg ser det er at sykepleier kan satte av god tid, slik at pasienten føler seg ivaretatt og får gitt uttrykk for det de er opptatt av i denne sammenhengen. Jeg har selv erfart at når pasienter mottar tydelig signal fra helsepersonell om at det er satt av tid til dem, så har de lettere for å åpne seg. Arbeidsdagen til en sykepleier er imidlertid ofte travel med mange arbeidsoppgaver som skal løses i løpet av dagen, dette er noe jeg blant annet har opplevd i arbeid på sykehus og gjennom praksisopphold under studiet. En travel hverdag er en utfordring når det gjelder å sette av tid til pasientsamtaler. En god samtale er likevel ikke nødvendigvis avhengig av at det settes av veldig lang tid.

Tilstrekkelig informasjon formidlet på en riktig måte kan bidra til å øke både forståelse og kunnskap hos pasienten. Dersom pasienten selv ikke forstår hvorfor han/hun må utføre fysisk aktivitet, vil han/hun heller ikke være motivert til å gjøre det. Det er da viktig å bli kjent med pasienten, og det ideelle er slik jeg ser det at samme sykepleier har kontakt med pasienten over tid. I tillegg til å kjenne pasienten, er det viktig å være observant på om pasienten er mottakelig for informasjon, eller om pasienten har en dårlig dag. Dersom pasienten ikke er opplagt til en samtale, kan man vurdere å ta samtalen en annen dag. Benner og Wrubels (1989) hevder at informasjon ikke bare bør være muntlig og skriftlig, men at den bør omfatte sensorisk og motorisk informasjon. Kroppen oppfatter informasjon best når kroppen oppfatter den direkte. Informasjon kan ofte virke veldig abstrakt, mens for eksempel det visuelle er enklere å oppfatte. Det vil for eksempel være enklere å forstå en øvelse eller en aktivitet når den blir vist, enn bare fortalt hvordan den skal utføres. Her er det en kombinasjon som er det mest gunstige. En mulighet for sykepleier er å delta i noe aktivitet sammen med pasienten. Dette kan både gjøre det lettere for pasienten å lære seg aktiviteten, og at den blir gjort riktig. Slik trening vil kanskje oppleves som kjekkere og kunne bidra til å skape større motivasjon. For noen pasienter vil informasjon de mottar virke anstrengende og overveldende. I slike tilfeller kan det å inkludere familie og bekjente bidra til trygghet og forståelse for pasienten. Det å inkludere familie og de som står pasienten nær kan gi større grunnlag for forståelse av situasjonen og motvirke følelsen av ikke å mestre situasjonen. I forskningsartikkelen av Holme (2008) blir det poengtert at behovet for informasjon var stort hos ektefellene og må sees på som sentralt for å kunne oppleve trygghet. Benner & Wrubels (Konsmo, 2003) poengterer også viktigheten av å inkludere pasientens nærmeste i sinn teori. Den fysiske aktiviteten utgjør en stor del av rehabiliteringen etter et hjerteinfarkt, og dette er informasjon som er viktig å gi til pårørende og familie. Ved å inkludere familien til å være med på fysisk aktivitet med pasienten, kan det bidra til å øke pasientens motivasjon. Kanskje kan følelsen av å ikke være alene bidra til motivasjon i seg selv? Samtidig kommer det frem av artikkelen av Gregory et al. (2006) at mange følte familien var overbeskyttende. Dette må tas i betraktning når en inkluderer familien. Kanskje var det mangel på informasjon som var årsaken til dette? Uansett er det pasienten sitt ønske om å inkludere eller ekskludere familien som må vektlegges. Sykepleier kan gjerne tilrettelegge for bedre forståelse mellom pasienten og familien. Dette kan igjen føre til at familien kan bidra positivt i rehabiliteringen.

Min vurdering er at god oppfølging fra sykepleier slik jeg har beskrevet ovenfor er viktig for å motivere pasienter til aktivitet i en rehabiliteringssammenheng.

5.3 Motstand mot fysisk aktivitet

Barth & Näsholm (2007) definerer motstand i MI- sammenheng som forsvar eller blokkering fra pasienten sin side mot hjelpen som blir gitt. Det å prøve og motivere pasienter til fysisk aktivitet kan bli møtt med motstand. Pasienten vil kunne ha ulike typer motforestillinger mot fysisk aktivitet. Motstand kan vise seg i form av unnskyldninger, skepsis, usikkerhet, interessekonflikt eller frykt. Noen vil også kunne gi uttrykk for at de ikke ønsker å drive med fysisk aktivitet. Denne pasientgruppen vil gi sykepleier de største utfordringene i arbeidet med å motivere til fysisk aktivitet, og jeg har derfor valgt å ta med en egen drøftelse om dette.

Som sykepleier skal man i følge Barth & Näsholm (2007) ikke konfrontere motstanden gjennom argumentasjon. Her anbefales sykepleier å bruke metoden i MI som går ut på å ”rulle med” motstanden. Hensikten med dette er å kunne kartlegge motstand og motstandsfenomenet. I studien til Everett et al. (2008) kommer det frem at det å lytte til pasienten er viktig for å imøtekomme motstand. Et eksempel er ved motstand basert på frykt. Her skal hjelper trekke seg til side, slik at pasienten skal kunne gi uttrykk for sin frykt. En nøytral holdning fra hjelperens side kan gi den nødvendige respekten pasienten trenger for å motarbeide motstanden. Sammen kommer en frem til en løsning som åpner for motivasjon til fysisk aktivitet.

Dersom pasienter har hindring for å drive med fysisk aktivitet, er det viktig å finne ut av hva som er årsaken til dette. Kanskje er det flere underliggende problemer som opplevelser, tanker og følelser som har skapt barrierer? Man må ta i betraktning at hjerteinfarkt er en stor påkjenning for de aller fleste, både fysisk og psykisk. Mæland (2006) skriver at enkelte pasienter etter et infarkt har større problemer i sinnet enn i hjertet. Det kan være forståelig at det for noen vil være en svært følelsesmessig periode forbundet med angst og bekymringer, sorg og depresjon. Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt vil kanskje oppleve hendelsen som en trussel mot sin tilværelse. Samtidig kan en del av pasientene fortsatt være påvirket av sjokket ved innleggelsen. Dette er hensyn sykepleier må ta i betraktning i forhold til å kunne motivere pasienten til fysisk aktivitet. Denne situasjonen vil stille særlige krav til gjennomføring av det arbeidet sykepleier har og som jeg har redegjort for i kapittel 5.2. Jeg

tenker at det er mye det samme arbeidet som skal gjøres, men at denne pasientgruppen krever tettere oppfølging og at det settes av mer tid. Rehabilitering vil gjerne ta lengre tid for denne pasientgruppen.

Benner & Wrubels (1989) hevder at det å prøve og kontrollere følelser ved å ignorere, fornekte eller unngå dem bare vil gi følelsene mer makt. Følelser har som regel en betydning og det å da kontrollere eller ignorere dem kan føre til en unnvikelse, hvor man prøver å bortforklare alvoret av situasjonen. Følelsene man har, spiller altså en rolle i forhold til hvilken holdning man har til ulike aktiviteter. Her må pasienten få gi uttrykk for sine følelser for å kunne sette i gang med aktivitet. Etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt kan en være engstelig i forhold til om hjertet tåler belastningen ved å være i aktivitet. Det å da være bekymret, vil gjøre at følelsene tar kontroll og en vegrer seg for å drive med aktivitet. For å kunne motivere til fysisk aktivitet er det viktig å ta hensyn til følelsene til pasienten. Her er det grunnleggende å ha god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, kombinert med relevant informasjon.

Fysisk aktivitet starter under rehabiliteringsoppholdet, hvor en begynner forsiktig for så å øke intensitet og mengde. Tiden etter et hjerteinfarkt vil nok for mange være en vanskelig tid. Benner & Wrubels skriver at noen pasienter føler at de får et alt for stort ansvar for å bli frisk igjen etter et hjerteinfarkt (Konsmo, 2003, s. 154). Det at enkelte føler på et slikt press er nok med på å svekke motivasjonen, da en føler målet er uopnåelig. Her må sykepleier sammen med pasienten lage mål som pasienten kan strekke seg etter. Dette kan være med på å skape motivasjon i forhold til at pasienten føler at det er noe som er oppnåelig. For enkelte kan et mål som å begynne å jogge være et langsiktig mål, men for andre er det oppnåelig med en gang. Benner & Wrubels (1989) fremhever at det er større sjanse for å lykkes hvis man arbeider parallelt på flere områder og ikke bare ett. Jeg tenker at dette er særlig viktig for pasienter som har motstand mot fysisk aktivitet. For eksempel kan man oppleve å ikke nå frem i samtale, mens pasienten velger å delta når han ser andre drive med fysisk aktivitet. Det er i følge Eikland (2010) sykepleiers oppgave å fremme pasientens egenomsorg, slik at pasienten selv skal kunne ta ansvar for å forebygge forverring eller tilbakefall av sykdommen. Her har sykepleier en essensiell rolle i rehabiliteringssammenheng for at pasienten skal klare dette. Det er etter min mening viktig å ha fokus på dette når arbeidet med rehabilitering oppleves vanskelig, for eksempel fordi sykepleier opplever motstand hos pasienten.

6 KONKLUSJON

For at sykepleier skal kunne motivere pasienter til fysisk aktivitet i en rehabiliteringsfase etter hjerteinfarkt handler det om å sette seg inn i den enkelte pasients situasjon. Dette fordi motivasjon er noe som er individuelt for hvert enkelt menneske. Det vil si at det ikke finnes noe fasitsvar for hva som skaper motivasjon. Ved hjelp av forskning og teori har jeg kommet frem til flere avgjørende faktorer som spiller inn i forhold til å skape motivasjon. Ulike former for kommunikasjon er etter min vurdering sykepleiers viktigste verktøy for å bidra til motivasjon. For å motivere til fysisk aktivitet må sykepleier tilrettelegge for gode samtaler. Videre handler det om at sykepleier må informere, hjelpe til med å sette mål, støtte og tilrettelegge for pasientene. Sykepleier kan møte på motstand fra enkelte pasienter når det gjelder å drive med fysisk aktivitet. Dette stiller særlige krav til sykepleiers arbeid med rehabilitering. Sykepleier må her ta hensyn til hver enkelt pasient. Min vurdering er at MI er en nyttig metode for å kunne skape og fremme motivasjon. Her trengs det, som forskningen også poengterer, mer forskning i forhold til bruken av MI i hjerterehabilitering. Dette for at metoden kan tilpasses bedre for pasientgruppen.

REFERANSELISTE

- Arnesen, H., (2014, 23. april). Hjerteinfarkt. Hentet fra <https://sml.snl.no/hjerteinfarkt>
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Addison- Wesley Publishing Company.
- Barth, T., & Näsholm, C., (2007). *Motiverende samtale – MI endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D. G., (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg.,s.207-245). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Everett, B., Davidson, P., Sheerin, N., Salamonson, Y., & DiGiacomo, M. (2008). Pragmatic insights into a nurse-delivered motivational interviewing intervention in the outpatient cardiac rehabilitation setting. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 28(1), 61-64 4p. Lenke til artikkel: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/17039/1/2010004439.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2014, 9. april). Hjerte- og karsykdommer i Norge- Folkehelse rapporten 2014. Hentet 12 januar 2016 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:10411::0:7243:2::0:0
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.

- Frank, G. B., (2012, 26. september). Helhetlig hjerterehabilitering: Basiskurs i hjerterehabilitering (PowerPoint-presentasjon). Hentet fra https://www.lhl.no/Global/Ressurssenteret/Presentasjoner%20kurs/Helhetlig_hjerterehabiliterin_basiskurs_2012.pdf
- Gregory, S., Bostock, Y., & Backett-Milburn, K. (2006) Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice* 2006; 23: 220–225. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16243955>
- Helse- og omsorgsloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30. Hentet 14. jan 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Holme, A. N. (2008). *Ektefellenes behov for informasjon- når partner får akutt hjerteinfarkt* Hentet 10.01. 2016: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/ektefellens-behov-informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt>
- Høyskolen Stord Haugesund. (2015, 30. november). Databaser og nett-tjenester. Hentet 6. januar 2016 fra <http://www.hsh.no/biblioteket/fagressurser/databaser.htm>
- Kirkevold M. (2009) *Sykepleierteorier, analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Konsmo, T. (2003) *En hatt med slør...: om omsorgens betydning for sykepleie – En presentasjon av Benner og Wrubels teori*. (4. Opplag). Otta, TANO A.S
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lerdal, A., & Grov, K. (2011). Aktivitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4. Utg., s. 640 – 658). Oslo: Akribe.
- Mæland, J. G., (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Norsk Sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 24. Juni 2011 nr. 30. Hentet 25. jan 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Renolen, Å. (2010). *Forståelsen av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I B. S. Brincgman (red.), *Etikk i sykepleien* (3. Utg., s. 209 – 226). Oslo: Gyldendal Akademisk

Stephansen, S. M., (2008, 28. februar). Et hjertesykt Europa. Hentet fra: <http://forskning.no/hjertet-sykdommer/2008/04/et-hjertesykt-europa>

Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health?. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1236-1244 9p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x

VEDLEGG- Resultattabell

| Artikkel | Hensikt | Metode og datainnsamling | Utvalg | Resultat |
|--|--|--|--|--|
| <p>Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2011).</p> <p><i>”Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health?”</i></p> | <p>Hensikten med studien er å systematisk vurdere og analysere forskningsresultater om motiverende intervju. Hvordan motiverende intervju blir brukt i utdanning, forskning og i praksis i forhold til kardiovaskulær helse.</p> | <p>Denne artikkelen er en kvantitativ artikkel. Artiklene som ble brukt er kvalifiserte studier i fra 1999 – 2009. Følgende databaser ble brukt for å finne artiklene: CINAHL, Medline, PsycINFO, Cochrane Libary, EBSCO, Web of Science, Embase og British Nursing Index.</p> | <p>Fire metaanalyser, en systematisk gjennomgang og tre litteraturgjennomganger av motiverende intervju ble brukt. I tillegg til fem primærstudier av motiverende intervju knyttet til kardiovaskulær helse ble brukt i artikkelen</p> | <p>Til tross for en mangel på primærstudier i kardiovaskulær helse, kan en se sterke bevis for at motvierende intervju er en effektiv tilnærming med fokus på å få frem personens indre motivasjon for ending av atferd.</p> |
| <p>Gregory, S., Bostock, Y., & Milburn, K, B. (2006)</p> <p><i>”Recovering form a heart attack: a qualitative studiy into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes”</i></p> | <p>Hensikten med denne studien var å identifisere synspunkter og erfaringer fra mennesker som har klart å endre på livsstilen sin etter hjerteinfarkt.</p> | <p>Artikkelen bruker en kvalitativ metode. Det ble brukt fokusgrupper og intervjuer for å samle data til studien.</p> | <p>Det var totalt 53 deltakere og av disse var 35 menn, resten kvinner. Alle var under 65 år.</p> | <p>Resultatet i fra studien var behov for et kontinuerlig oppfølging i fra helsepersonell.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>Everett, B., Davidson, P., Sheerin, N., Salamonsen, Y., & DiGiacomo, M. (2008)</p> <p><i>"Pragmatic Insight Into a Nurse-Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation Setting"</i></p> | <p>Hensikten med studien var å ta for seg hvilke prosesser som brukes for å inkludere motiverende intervju i en hjerterehabilitering.</p> | <p>Studien er en randomisert kontrollert studie.</p> | <p>Det var totalt 104 som deltok i studien. Sykepleieren som deltok hadde fått undervisning i forhold til teknikkene som brukes i MI.</p> | <p>Kvalitative data viste at pasientene rangerte helse og familie som viktige verdier. Mange som deltok kommenterte at de følte de hadde fått en ny sjanse.</p> |
| <p>Holme, A, N. (2008)</p> <p><i>"Ektefellenes behov for informasjon- Når partneren får akutt hjerteinfarkt"</i></p> | <p>Hensikten med artikkelen var å beskrive ektefellers opplevelse og erfaringer etter at partneren gjennomgikk et hjerteinfarkt.</p> | <p>Artikkelen bruker en kvalitativ metode.</p> | <p>Deltakerne hadde alle gjennomgått et akutt hjerteinfarkt og var under 70 år. Det var ønskelig at ingen av deltakerne kjente hverandre.</p> | <p>Konklusjonen tar opp at det er ønskelig med større vektlegg av den første tiden hjemme med råd om kosthold, fysisk aktivitet og informasjon om virkning og bivirkning av medisiner.</p> |