



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Livsstilsendring etter hjerteinfarkt  
(Lifestyle change after heart attack)

**Kandidatnummer: 316**

Bachelor i sykepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap  
Høgskulen på Vestlandet  
Innleveringsdato: 10. 12. 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

*Jeg ser ham som overkommer sitt begjær  
som mer modig enn han som erobrer sine fiender;  
for den vanskeligste seieren er over en selv”*

– Aristoteles

# Sammendrag

**Tittel:** Livsstilsendring etter hjerteinfarkt

**Bakgrunn:** Hjerteinfarkt er en alvorlig diagnose. Til tross for at dødelighet og antall førstegangstilfeller av hjerteinfarkt har en fallende kurve, er det likevel en femtedel av den norske befolkningen som lever med - eller mottar forebyggende behandling mot hjerte- og karsykdommer. Livsstilsendringer er en evidensbasert metode for å redusere hjertedødelighet og sykkelighet. Likevel er det mange som ikke følger disse anbefalingene. Som et tiltak for å få mer gjennomslag hos pasientene dette gjelder, er motiverende intervju en samtalem metode som har vist seg effektiv for å motivere til atferdsendring.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt ved bruk av motiverende intervju?*

**Metode:** Oppgaven benytter en systematisk litteraturstudie som metode, og benytter relevant fag-og forskningslitteratur, juridiske bestemmelser og etiske retningslinjer for å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene er funnet gjennom systematiske søk i databasene Cinahl og PubMed.

**Resultat:** Motiverende samtaler presenterer en personsentrert tilnærming som tar sikte på å fremme sunne atferdsendringer hos mennesker som har behov for endring. Forskning og litteratur fremhever viktigheten av en samtale preget av likeverdige partnerskap mellom sykepleier og pasient, selvbestemmelse, tilstrekkelig, individualisert informasjon, oppklaring av ambivalens og fremme endringssnakk. Hjerteinfarkt kan medføre psykososiale konsekvenser for pasientene, og kan resultere i behov for sosial støtte av både sykepleier og eventuelt pårørende.

**Konklusjon:** En gjensidig og støttende relasjon som fremmer selvbestemmelse, kompetanse og løser eventuell ambivalens, kan bidra til å styrke pasientens indre motivasjon for endring, og mulig fremme sunnere livsstil.

**Nøkkelord:** *Hjerteinfarkt, motiverende intervju, livsstilsendringer, pasienterfaringer, sykepleier.*

## Abstract

**Title:** Lifestyle change after heart attack

**Background:** Heart attack is a serious diagnosis. Even though mortality and the number of first-time heart attacks have a falling curve, there is still a fifth of the Norwegian population who live with - or receive preventive treatment against cardiovascular diseases. Lifestyle change is an evidence-based method to reduce cardiac mortality and morbidity. Nevertheless, there are many people who do not follow these recommendations. As a measure to gain more impact with the patients this applies to, motivational interviewing is a conversation method that have proven to be effective in motivating against behavioural change.

**Problem:** *How can nurses motivate people after a heart attack to change their lifestyle, by using motivational interviewing?*

**Method:** This assignment uses a systematic literature study as a method. It implies using relevant professional and research literature, legal regulations, and ethical guidelines to answer the question. The research articles have been found through systematic searches in the Cinahl and PubMed databases.

**Result:** Motivational interviewing present a person-centred approach which aims to promote healthy behavioral change in people who are in need of change. Research and literature highlight the importance of a conversation characterized by equal partnership between nurse and patient, self-determination, sufficient, individualized information, resolving ambivalence and promoting talk of change. Heart attacks can have psychosocial consequences for the patients that may result in need for support from both nurses and possibly relatives.

**Conclusion:** A mutual and supportive relationship that promotes self-determination, knowledge and resolves any ambivalence, may contribute to developing the patient's motivation for change, and possibly promote a healthier lifestyle.

**Key words:** *Heart attack, motivational interview, lifestyle changes, patient experiences, nurse.*

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 INTRODUKSJON AV TEMA .....	1
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.3 PROBLEMSTILLING .....	2
1.4 AVGRENSINGER .....	2
<b>2. TEORI</b> .....	<b>4</b>
2.1 HJERTEINFARKT .....	4
2.2 LIVSSTIL OG ATFERD .....	5
2.3 MOTIVASJON.....	5
2.3.1 Motiverende intervju .....	6
2.4 SYKEPLEIE VED LIVSSTILSENDRINGER .....	8
2.4.1 Yrkesetiske retningslinjer .....	8
2.4.2 Lovverk .....	9
2.4.3 Orems egenomsorgsteori.....	9
<b>3. METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	12
3.1.1 Fremgangsmåte .....	12
3.1.2 Søkeprosessen.....	13
3.2 KVALITATIV FORSKNING.....	14
3.3 KRITISK VURDERING .....	15
3.4 ETISK VURDERING.....	15
<b>4. SAMMENFATNING AV RESULTAT/FUNN</b> .....	<b>17</b>
4.1 PSYKOSOSIALE BEHOV ETTER HJERTEINFARKT .....	17
4.2 MOTIVASJON OG BARRIERER FOR LIVSSTILSENDRINGER .....	17
4.3 PASIENTERFARINGER AV MOTIVERENDE INTERVJU VED LIVSSTILSENDRINGER .....	18
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>19</b>
5.1 RELASJONSBYGGING OG PSYKOSOSIAL STØTTE.....	19
5.2 SELVBESTEMMELSE .....	20
5.3 INFORMASJONSUTVEKSLING .....	21
5.4 AMBIVALENS OG ENDRINGSSNAKK .....	22
<b>6. OPPSUMMERING</b> .....	<b>25</b>
6.1 SVAKHETER .....	25

<b>7. KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>8. LITTERATURLISTE</b> .....	<b>28</b>
<b>9. VEDLEGG</b> .....	<b>31</b>
VEDLEGG 1.0.....	31
VEDLEGG 2.0.....	32
VEDLEGG 3.0.....	33
VEDLEGG 4.0.....	33

# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon av tema

Hjerteinfarkt er en alvorlig diagnose som krever rask behandling. Til tross for at dødelighet og antall førstegangstilfeller av hjerteinfarkt har en fallende kurve, er det likevel en femtedel av den norske befolkningen som lever med eller mottar forebyggende behandling mot hjerte- og karsykdommer (Ariansen et al., 2021). Hjerte-og karsykdommer er, sammen med kreftsykdommer, den hyppigste dødsårsaken både i industrialiserte-og utviklingsland (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 132). Sekundærforebyggende tiltak som livsstilsendringer, er en evidensbasert metode for å redusere hjertedødelighet og sykkelighet. Til tross for helsemessige fordeler ved å gjøre livsstilsendringer, er det mange som likevel ikke følger disse anbefalingene (Astin et al., 2014). Som et tiltak for å få mer gjennomslag hos pasientene dette gjelder, er *motiverende intervju* en samtalemetode som har vist seg effektiv for å motivere til atferdsendring. Samtalemetoden har sin opprinnelse innen behandling av alkoholisme, men prosessen og utfallet av samtalemetoden er, ifølge Helsedirektoratet (2017), blitt studert og testet ut med en rekke problemstillinger. Metoden har som mål å styrke pasienters egen motivasjon for endring, og er relevant i arbeidet om livsstilsendringer.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema oppstod i forbindelse med praksisperioden min på medisinsk sengepost. Jeg ble utplassert på hjerteavdelingen, og ervervet både kunnskap og interesse for temaet hjerte i denne praksisperioden. Jeg fikk arbeide med mennesker som har ulike hjertesykdommer. Samtidig fikk jeg hospitere på hjerterehabiliteringen. På hjerterehabiliteringen møtte jeg flere mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt. Deltakerne var i gang med oppfølging relatert til livsstilsendringer, og oppfølgingen fant sted med støtte fra sykepleier på poliklinikk. Jeg opplevde hjerterehabiliteringen som svært givende og viktig for pasientene. Dette bidro ytterligere til å påvirke valg av tema som grunnlag for denne bacheloroppgaven. Etersom det foreligger et stort antall mennesker som ikke ønsker, eller har vansker med å endre livsstil etter et hjerteinfarkt, ønsket jeg å undersøke hvordan sykepleieren kan motivere til livsstilsendringer hos denne gruppen.

### 1.3 Problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke rollen til sykepleieren i møte med pasienter som nylig har gjennomgått sitt første hjerteinfarkt, og/eller som har hatt et re-infarkt. Implisitt ligger det i hvordan sykepleieren gjennom sin profesjon kan motivere til livsstilsendringer. Dette innebærer å identifisere hvilke behov som oppstår hos pasienter etter et hjerteinfarkt, inkludert mål og barrierer for å følge anbefalte livsstilsråd. Videre undersøker jeg hvordan sykepleier gjennom teori og motiverende intervju kan ta stilling til disse behovene for å fremme livsstilsendringer. Derfor har jeg valgt følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt ved bruk av motiverende intervju?»*

### 1.4 Avgrensinger

Oppgaven tar utgangspunkt i samhandling med pasienter i fasen etter utskrivelse fra sykehus (hjerterehabilitering fase 2). Denne fasen foregår eksempelvis på medisinsk- eller kardiologisk poliklinikk. Oppgaven omhandler livsstilsendringer som helhet. Jeg avgrenser oppgaven til hjerteinfarkt som har oppstått grunnet påvirkningsbare faktorer. Oppgaven omfatter aldersgruppen 18 år og oppover, av den grunn det vil være nyttig for alle å legge om livsstilen. I 2020 var gjennomsnittsalderen for hjerteinfarkt hos menn 69 år og 77 år hos kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018). De fleste infarkter skjer i aldersgruppen 65-84 år. Likevel er aldersgruppen 25-44 år særlig viktig å følge fordi et hjerteinfarkt hos yngre kan innebære flere år med tapt liv og helse, ifølge Folkehelseinstituttet. Samtidig ønsker jeg en bredere oversikt over de ulike aldersgruppene sine mål og barrierer for endring, og på den måten kunne motivere flere pasientgrupper.

Jeg har valgt å ekskludere pasienter med psykisk sykdom, kognitiv svikt og komplikasjoner etter hjerteinfarkt, av den grunn disse gruppene kan kreve en annen tilnærming. Pasienten må være i stand til å vurdere sin egen helsetilstand og kunne rapportere forandringer til ansvarlig helsepersonell (Stubberud & Ellingsen 2022, s. 382). Dette betyr at pasienter/brukere som jeg impliserer er fullt ut selvbestemmende (autonome). Jeg har



dessuten valgt å ekskludere faktorer for livsstilsendringer på systemnivå på grunn av oppgavens omfang. Videre ekskluderer jeg sykepleierens ferdigheter innen motiverende intervju på samme grunnlag. Oppgaven omhandler dermed utelukkende sykepleierens involvering opp mot pasientens situasjon.

## 2. Teori

### 2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt (myokardinfarkt) oppstår når en blodpropp tetter en av blodårene som ernærer hjertemuskelen med oksygenrikt blod, omtalt koronararterier/kransearterier. Tilstanden innebærer skade eller nekrose i en del av hjertemuskelen på grunn av redusert eller manglende oksygenrikt blod, omtalt som *iskemi* (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 135). Dersom blodtilførselen ikke gjenoprettes, vil det oppstå irreversibel celledød i hjertemuskelen (Eikeland et al., 2020, s. 243). Tiden blodtilførselen opphører i kransearteriene, påvirker omfanget av myokardskaden. Hjerteinfarkt kan deles inn i non-ST-elevasjons myokardinfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjons myokardinfarkt (STEMI). Ved NSTEMI har den iskemiske skaden vært tilstrekkelig til å produsere synlig myokardskade med hjertemarkørstigning, kjent som *Troponin* (s. 243). Iskemi og hypoksi i myokardcellene på grunn av en trombe som okkluderer en eller flere koronararterier helt, omtales STEMI (s. 243). Akutte behandlingsmetoder er reperfusjonsbehandling, som omfatter trombolytisk behandling, perkutan koronar intervensjon (PCI) og koronar bypassoperasjon (2020, s. 246). Antitrombotiske legemidler kan også være aktuelt. I ambulansen til sykehuset gis MONA-behandling, som innebærer morfin, oksygen, nitroglyserin og acetylsalisylsyre/ASA.

Hjerteinfarkt kan medføre flere alvorlige komplikasjoner som eksempelvis hjertearytmier (ventrikkelflimmer og ventrikkeltakyardi), varierende grad av hjertesvikt, ventrikkelseptumdefekt og mitralinsuffisiens, og arterielle embolier som kan løsne og sette seg fast i hjernen og underekstremiteter (DVT) (Eikeland et al., 2020, s. 244). Samtidig opplever mange psykososiale konsekvenser som fatigue, depresjon, angst og utrygghet etter hjerteinfarkt (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 143). Dette observerte jeg også under min egen praksisperiode. De nevnte problemene kan medføre nedsatt konsentrasjonsevne og manglende motivasjon, og dermed sette begrensninger for daglig funksjonalitet og lyst til å utføre aktiviteter. Dette kan resultere i negative konsekvenser for pasienters livsutfoldelse og livskvalitet.

## 2.2 Livsstil og atferd

Livsstil regnes som en av de påvirkningsbare årsakene til hjerteinfarkt. Påvirkningsbare risikofaktorer omfatter blant annet høyt blodtrykk (hypertensjon), høyt kolesterol (hyperlipidemi), diabetes type 2, røyking og overvekt. Livsstilsendring er dermed et viktig primær-og sekundærforebyggende tiltak ved utvikling av hjertesykdom (Stubberud, 2022, s. 44). Livsstilsendringer kan beskrives som tiltak for å endre levevaner hos enkeltindivider eller befolkningsgrupper for å forebygge sykdom, og fremme positive helseeffekter.

Begrepene livsstil og helseatferd brukes ofte synonymt (Gammersvik, 2018, s. 206). Livsstil kan beskrives som summen av menneskers levevaner og atferd, og er aktiviteter som en person i stor grad selv har råderett over (Stubberud, 2022, s. 44). Livsstil knyttes til måten personen lever i dagliglivet, som eksempelvis kosthold, fysisk aktivitet, bruk av rusmidler, døgnrytme, sosial aktivitet og seksualitet, ifølge Stubberud (s. 44). Samtidig er livsstil også betinget av omgivelsene som impliserer eksempelvis kulturelle, økonomiske og sosiale forhold. Helseatferd er handlingene mennesker gjør for seg selv eller andre, og som på lengre sikt fører til- eller påvirker helse. Helseatferd kan defineres med to ulike dimensjoner: *Atferd som har sammenheng med risiko for å utvikle sykdom, lyte og død*, og *atferd som har sammenheng med positiv helse og livskvalitet* (Gammersvik, 2018, s. 207). I forlengelsen av ovennevnte er motivasjon en avgjørende faktor hos pasienten.

## 2.3 Motivasjon

Motivasjon kan beskrives som faktorer som styrer pasientens atferd. Sykepleieren har en sentral rolle for å bidra til at helseatferden i forhold til den aktuelle situasjonen får en positiv tilnærming (Gammersvik, 2018, s. 204). Motivasjon kan defineres som en «*prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd*» (Renolen, 2015, s. 65). Stenbakken (2014) beskriver motivasjon som tiltak eller handlinger som gir energi til en endringsprosess. Motivasjonen forteller noe om bakgrunnen for menneskers handlinger, og innebærer indre og/eller ytre tilstander som driver mennesker til handling.

Vi kan skille mellom ulike typer motivasjon ved å se på underliggende interesser, behov og målsettinger. En grunnleggende inndeling av motivasjonstyper er å betrakte motivasjonen som enten styrt innenfra eller utenfra (Renolen, 2015, s. 66). Indre motivasjon kan eksempelvis være en aktivitet som gjøres for å oppnå indre tilfredsstillelse, og har betydelig

sammenheng med hva mennesket selv syntes er interessant. Ytre motivasjon henter inspirasjon fra ytre påvirkning som eksempelvis belønning eller ros. Ved første øyekast er det nærmest umulig å forklare om atferden er indre eller ytre motivert (Renolen, 2015, s. 68). Renolen understreker at å sette begrepene i hver sin bås blir en grov forenkling av et komplekst fenomen (s. 68). Aktiviteter pasienter engasjerer seg i, kan både være indre og ytre motiverte. Renolen viser til litteratur av Ryan og Deci (2000) om at mennesker som har indre motivasjon viser bedre presentasjoner, større utholdenhet og er mer kreative enn mennesker som henter motivasjon utenfra (s. 68). Den viktigste faktoren for å iverksette endringer er troen på egen evne til endring, omtalt mestringsstro (Stenbakken, 2014). Jeg skal nå bevege meg over i et tiltak som kan ha særlig betydning for å oppnå motivasjon.

### 2.3.1 Motiverende intervju

Utfordringen ved endringsarbeid er ofte å fremme pasienten sin indre motivasjon (Renolen, 2015, s. 76). En fremgangsmåte som har vist seg effektiv for dette formålet er motiverende intervju -eller samtaler. Motiverende intervju er en effektiv og empatisk samtalem metode med særlig fokus på motivasjons-og endringsarbeid (s. 76). Samtalem etoden baserer seg på den humanistisk- orienterte psykologen Carl Roger´s klientsentrerte terapi. Roger fremstiller en terapeutisk tilnærming preget av grunnleggende aksept for klienten, og empatisk innlevelse i situasjonen (s. 76). Sentrale prinsipper for samtalen er å ta utgangspunkt i pasienters egne holdninger, overveielser og ønsker. Samtidig påpeker Renolen at samtalen skal finne ressurser til forandring hos pasientene selv, støtte opp under klientens rett til selvbestemmelse og styrke pasientens tro på at endring er mulig (mestringsstro) (s. 76).

En av hoved antakelsene i motiverende samtaler er at personer som har behov for hjelp som regel ikke er helt klar for livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan ha sammenheng med motstridende følelser mellom å ville endre problematferd og samtidig beholde situasjonen slik den er. Slike motstridende holdninger omtales som ambivalens. En viktig del av motiverende samtaler er å hjelpe pasienter å løse denne konflikten, ved å fokusere på pasientens egne oppfatninger og motivasjon. I motiverende intervju er også motstand er en naturlig del av endringsprosessen. Dette kan gi utslag i at pasienten forsvarer seg, eller er negativ til hjelpen som gis. Motstandsyttringer møtes gjerne med refleksjoner, oppfordring om å forklare, omformulering og beklagelse fra sykepleieren (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 268). Jeg skal videre beskrive sentrale elementer i motiverende samtaler.

Motiverende samtaler består av fire hovedelementer: *MI-spirit*, *MI-prosesser*, *MI-ferdigheter* og *endringssnakk* (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 262). Jeg skal kort redegjøre for disse fire elementene:

I *MI-spirit* fremheves de grunnleggende holdningene for samtalen: *Partnerskap (partnership)*, *aksept (acceptance)*, *engasjement (compassion)* og *fremkalling (evocation)*. Ved å bygge samtalen med disse holdningene unngår man at ferdigheter og strategier bare fremstår som mekaniske teknikker (2018, s. 263).

*MI-prosesser* kan beskrives i form av en trapp. Prosessene ivaretas av sykepleieren gjennom samtalen i tråd med dialogens utvikling. Dette innebærer at sykepleier etablerer en god relasjon med pasienten (*engaging*). Neste trappetrinn handler om å sette søkelys på det man skal samarbeide om (*focusing*), og påfølgende trinn er å fremkalle pasientens tanker (*evoke*), altså fokusere på det som er tema. Dette skal igjen danne utgangspunkt for videre samarbeid og samtaler. Siste trappetrinn består av å planlegge nødvendige skritt for å få til ønsket endring som er identifisert gjennom samarbeidet i de foregående fasene (*planning*) (2018, s. 264).

*MI-ferdigheter* omfatter *åpne spørsmål*, *bekreftelser*, *refleksjoner* og *oppsummering*. Ferdighetene brukes gjennomgående i alle de fire *MI-prosesser*.

Det siste er sentrert om *endringssnakk*, som omfatter alle ytringer fra pasienten som trekker i retning av endring. Det inkluderer pasientens ønsker, evner, grunner, behov og forpliktelser. Det er imidlertid ønskelig at pasienten snakker om dette før samtalen dreier over til forpliktelser (2018, s. 265).

Motiverende intervju er ikke en rettlinjet prosess, og innebærer ulike strategier for samtalen avhengig av hvor den enkelte er i sin egen endringsprosess (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 268). Jeg vil i neste sekvens behandle sykepleierens rolle knyttet til hjertesykdom og livsstilsendringer.

## 2.4 Sykepleie ved livsstilsendringer

Å motivere til livsstilsendring hos personer med hjertesykdom er en viktig del av sykepleierens rehabiliterende funksjon (Stubberud, 2022, s. 44). Ved hjertesykdom inngår forebyggende, lindrende og behandlende tiltak som en del av den rehabiliterende funksjonen (Stubberud, 2022, s. 31). Sykepleieren skal hjelpe å gjenoppbygge funksjoner som pasienten tidligere mestret, og samtidig gjenskape muligheten for livsutfoldelse og livskvalitet etter ervervet sykdom og skade (s. 31). Sentrale oppgaver er å fremme helse ved å styrke pasientens egne ressurser, iverksette tiltak for å forebygge reell eller potensiell helsesvikt, forvalte nødvendig kunnskap, undervisning og veiledning til pasienter og eventuelt pårørende (Nordtvedt & Grønseth, 2020, s. 22). Dette inkluderer å motivere og støtte pasienter gjennom rehabiliteringsfasen etter hjerteinfarkt.

### 2.4.1 Yrkesetiske retningslinjer

Det moralske aspektet av sykepleien er dessuten fundamentalt, og innebærer blant annet å utøve sykepleie i tråd med yrkesetiske retningslinjer for profesjonen. Spesielt relevant for oppgaven er kapittel 2 om *sykepleier og pasient*. Sykepleieren skal ifølge Norsk sykepleierforbund (2019):

Punkt 2.3 «... ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg», punkt 2.4 «...er bevisst på sin profesjonelle rolle, og respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet». Videre skal sykepleieren ifølge punkt 2.5 «... fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått», og punkt 2.6 «... respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å fra si seg sin selvbestemmelse». Dette punktet involverer autonomi ved at pasienten selv har kontroll og myndighet over beslutninger som tas.

Norsk sykepleierforbund (2019) kapittel 3 omhandler sykepleier og pasientens pårørende, og innebærer at sykepleieren inkluderer pårørende (punkt 3.1). Dersom det oppstår en interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal imidlertid pasientens valg prioriteres (punkt 3.4).

## 2.4.2 Lovverk

Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen krever at sykepleieren kan anvende oppdatert kunnskap om blant annet lover og regelverk i sin tjenesteutøvelse (2019, §14, A.). I denne oppgaven er *pasient- og brukerrettighetsloven* (1999) særlig relevant. Loven inneholder pasienter og brukernes rettigheter, og skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (1999). I denne oppgaven kommer spesielt pasienters rett til medvirkning tydelig frem (1999, §3-1). Det innebærer rett til selvbestemmelse i møte med helse- og omsorgstjenestene. Pasienten har også krav på informasjon og nødvendig innsikt i sin helsetilstand og helsehjelp (§3-2). Loven fremhever dessuten at informasjonen sykepleieren gir, skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger og samtidig formidles på en hensynsfull måte (§3-5). Sykepleieren har også ansvar for at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Loven inkluderer pårørendes rett til informasjon, dersom pasienten samtykker til deling av slik informasjon (§3-3).

## 2.4.3 Orems egenomsorgsteori

Dorothea E. Orem (1914- 2007) var en amerikansk sykepleier og sykepleieteoretiker. Hennes egenomsorgsteori har hatt betydelig innflytelse på dagens sykepleiertenkning, og presenterer blant annet kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleieren trenger for å kunne utøve omsorg ovenfor pasientene (Cavanagh, 1999, s. 15). Orems sykepleiemodell består av tre teorier som til sammen utgjør hennes egenomsorgsteori (1999, s. 11):

1. Teorien om egenomsorg
2. Teorien om omsorgssvikt
3. Teorien om sykepleiesystemene og sykepleierens hjelpemetoder.

Teorien om egenomsorg handler i korte trekk om menneskers evne og vilje til å utføre aktiviteter eller handlinger som er nødvendig for å leve og overleve (Cavanagh, 1999, s. 17). Egenomsorgen inkluderer de handlingene som personer iverksetter og utfører på sine egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære (s. 17). Handlingene kan påvirkes av mange faktorer, som eksempelvis alder, modning og kultur. Sentralt i Orems modell er egenomsorgsbehovene. Disse omfatter *universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktsrelaterte* egenomsorgsbehov (1999, s. 19). Videre består modellen av teorien om egenomsorgssvikt, som innebærer de mål og hensikter handlingene om egenomsorgen må ha, for å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Egenomsorgssvikt kan i korte trekk forklares som

forholdet mellom den enkeltes handlingsevne og de kravene vedkommende står ovenfor når det gjelder egenomsorg (1999, s. 28).

Siste del av Orem's teori retter seg mot sykepleiesystemer og sykepleierens hjelpemetoder. Orem betegner sykepleie som en profesjon der handlingene er utført til beste for andre, og med sikte på å oppnå bestemte mål (Cavanagh, 1999, s. 39). Samspillet mellom pasient og sykepleier, og konteksten omkring dette samspillet, omtales som *sykepleiesystemet*. Orem presenterer tre ulike sykepleiesystem: *helt kompensierende*, *delvis kompensierende* og *støttende og undervisende system* (1999, s. 40). Hvilke sykepleiesystem som er relevant, avhenger av omfanget på pasientens ressursvikt. I denne oppgaven er det *støttende og undervisende sykepleiesystemet* relevant, fordi pasienten selv makter å ivareta sin egenomsorg, og dermed har forutsetningene til å tilpasse seg nye situasjoner. Imidlertid er det behov for assistanse fra sykepleier til å lære seg dette. Sykepleieren får en rådgivende og støttende rolle i møte med pasienten.

Innenfor sykepleiesystemene fremhever Orem fem hjelpemidler sykepleieren kan benytte seg av for å hjelpe pasienter (Cavanagh, 1999, s. 33). Den første er å *handle for en annen*, som innebærer å handle på vegne av den andre som er ute av stand til å utføre egenomsorgshandlinger (s. 33). Dette er imidlertid motstridene for min oppgave, da sykepleieren ønsker å tilrettelegge for at pasientene skal kunne handle for seg selv, istedenfor å handle for pasienten. Neste metode er å *veilede andre*. Å veilede andre krever at sykepleieren gir relevant informasjon som kan bidra til at pasientene møter sine egenomsorgsbehov (s. 33). Påfølgende metode er å *støtte en annen*, både fysisk og psykisk. Fysisk støtte kan betraktes som et felleskap og et lagarbeid som omfatter pasient, sykepleier og eventuelt andre. Orem betrakter psykisk støtte som et «forstående nærvær» og innebærer at sykepleieren lytter og tilbyr varierte hjelpemetoder (s. 33). Den fjerde metoden er å *tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner*. Sykepleieren må legge til rette for omgivelser som er gunstig ut ifra pasientens behov, slik at pasienten kan utvikle nye evner og forebygge nye funksjonsforstyrrelser (s. 33). Siste hjelpemethode er å *undervise andre*, og innebærer at sykepleieren formidler sine kunnskaper og ferdigheter til pasientene.

Modellene har ofte blitt betraktet som et synonym til begrepet egenomsorg. Dette utgjør imidlertid bare en del av teorien, og ikke nødvendigvis den viktigste (Cavanagh, 1999, s. 15).



Orem påpeker at hennes teori ikke er en universalløsning på alle utfordringer i sykepleierens arbeid, men heller et begrepsmessig rammeverk som kan anvendes innenfor sykepleie, i sykepleieutdanningen og lederskap (1999, s. 16). Hun understreker videre at det er opp til hver enkelt sykepleier å sette modellen ut i praksis med basis i det som er intensjonen, nemlig å utøve bedre sykepleie til pasientene.

## 3. Metode

Den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å innhente informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling, omtales for metode (Thidemann, 2020, s. 74). Metoden presiserer hvordan vi bør handle for å fremskaffe og/eller etterprøve kunnskap.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer innsamling av litteratur, og en kritisk gjennomgang av litteraturen med en avsluttende sammenfatting av det materialet som er gjennomgått (Thidemann, 2020, s. 77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi mottakeren god forståelse av oppdatert kunnskap på det området problemstillingen etterspør. Samtidig skal fremgangsmåten for innhenting av kunnskapen beskrives. Denne oppgaven benytter en systematisk litteraturstudie, som er en oppsummering og sammenstilling av relevant forskning og eksisterende kunnskap innen et bestemt forskningsområde (Thidemann, 2020, s. 79).

#### 3.1.1 Fremgangsmåte

Helsebiblioteket er benyttet for å identifisere aktuelle databaser. Litteratur brukt i oppgaven er hentet fra pensum og annen faglitteratur, og samtidig relevant informasjon og fakta fra flere troverdige nettsteder. Litteratur og forskning inkludert i oppgaven er fra de siste ti årene, med unntak av litteraturen med henvisning til Cavanagh (1999). Denne omfatter Orems egenomsorgsteori, og er inkludert fordi den fortsatt har betydelig relevans for sykepleiefaget i dag. Den øvrige litteraturen og forskningen er imidlertid faglig oppdatert.

Forskningsartikler er funnet gjennom systematiske søk i databaser. I denne oppgaven har jeg brukt Cinahl og PubMed for å finne og innhente forskning om temaet. Cinahl er en bibliografisk database som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie og andre fag som eksempelvis fysioterapi og ergoterapi (Helsebiblioteket, 2021). Cinahl omfatter for det meste tidsskriftartikler, bøker, bokkapitler, avhandlinger, konferanserapporter og standarder for praksis. Samtidig inneholder databasen kvalitativ forskning og pasienterfaringer (2021). PubMed er utgitt av National Library of Medicine (NLM) og

omfatter mer enn 34 millioner siteringer for biomedisinsk litteratur fra MEDLINE, livsvitenskapelige tidsskrifter og nettbøker (National Library of Medicine, u. å).

For å konkretisere informasjonsbehovet mitt, har jeg brukt rammeverket for PICO. PICO er et verktøy som kan presisere og tydeliggjøre problemstillingen, og står for *Population (P)*, *Intervention (I)*, *Comparison (C)* og *Outcome (O)* (Helsebiblioteket, 2021). Ikke alle spørsmål rommer de fire elementene, og omtales da som PIO, som benyttes i denne oppgaven. Aktuelle søkeord ble satt i et PICO/PIO-skjema for å gi en bedre oversikt i søkeprosessen (*se vedlegg 1.0*).

### 3.1.2 Søkeprosessen

Jeg startet søkeprosessen med å gjøre meg kjent med databasene og søketeknikken. De inkluderte artiklene er merket med bokstavene **A-E**, og fremheves sammen med søkestrategien under *vedlegg 2.0*. Søkeordene ble hentet frem fra PICO-skjemaet, og søkeprosessen begynte i PubMed. Innledende benyttet jeg enkeltsøk med ordene «*Coronary Heart Disease*», «*Myocardial Infarction*», «*Lifestyle Changes*» og «*Patients Experiences*» for en bredere oversikt. Deretter kombinerte jeg søkeordene med OR og AND. Ved å benytte OR utvider jeg søket slik at jeg får artikler som inneholder enten det ene, eller det andre ordet (Nortvedt et al., 2019, s. 55). Bruk av AND avgrenser søket til å gi treff på begge søkeordene som er med (s. 55). Dette medførte 59 treff, der jeg leste åtte sammendrag fra ulike forskningsartikler, og fire hele artikler blant disse. To av artiklene mener jeg har relevans til min problemstilling, og artiklene blir derfor inkludert (**A, B**). Neste søk i PubMed var enkeltsøk med ordene «*Myocardial Infarction*», «*Healthy Lifestyle*» og «*Support*». Deretter kombinerte jeg disse med AND, som ga 117 treff. Jeg leste syv sammendrag, fire hele tekster blant disse, og til slutt inkluderte én av artiklene i oppgaven (**C**). Hensikten med å benytte de nevnte søkeordene, er å undersøke pasienterfaringer med livsstilsendringer etter hjerteinfarkt.

I Cinahl benyttet jeg meg av samme metode, og startet med søkeordene «*Myocardial Infarction*», «*Motivational Interviewing*» og «*Patients Experiences*». Jeg fant ikke artikler som er relevant for min oppgave ved å kombinere disse tre ordene. Dermed søkte jeg med «*Motivational Interviewing*» AND «*Patient Experiences*», for å undersøke pasienters erfaring generelt med motiverende intervju. Søket ga 35 treff. Jeg leste syv sammendrag og videre tre hele artikler. Jeg inkluderte én artikkel som omfattet pasienterfaringer med motiverende

intervju, der livsstilsendringer skulle gjennomføres på bakgrunn av blant annet hjerte-og karsykdommer (D). Siste søk i Cinahl var «*Myocardial Infarction*» og «*Lifestyle Change*». Ved å kombinere de to søkeordene fikk jeg 107 treff, og leste fem sammendrag og tre hele artikler. Jeg inkluderte én artikkel som var relevant for oppgaven (E).

Etter søkene vurderte jeg artiklene ut fra valgte inklusjons-og eksklusjonskriterier, se *vedlegg 3.0*. Forskningsartiklene er presentert hver for seg i en matrise under *vedlegg 4.0*. De ulike artiklene tar utgangspunkt i å forstå pasienters behov etter et hjerteinfarkt og hvilke motivasjon og barrierer som ligger til grunn for å utføre livsstilsendringer etter hjertehendelsen. Samtidig har jeg inkludert pasienters erfaringer med motiverende intervju på livsstilsendringer, for å identifisere ulike strategier ved samtalemetoden som bidrar til atferdsendring. Dette gir meg en bred oversikt over kunnskap sykepleieren bør ta hensyn til når hun skal motivere til livsstilsendringer hos pasienter etter hjerteinfarkt, og videre kan ta dette med inn i den motiverende samtalen.

### 3.2 Kvalitativ forskning

I denne oppgaven har jeg benyttet kvalitative forskningsartikler for å besvare problemstillingen. Dette er gjort for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. Hensikten var å undersøke pasienters erfaringer og holdninger etter et hjerteinfarkt, og samtidig erfaringer med motiverende intervju. Forskere som benytter kvalitative retninger, kan undersøke blant annet menneskers liv og deres fortellinger og atferd (Nortvedt et al., 2019, s. 72). Datasamling for kvalitative forskningsmetoder skjer hovedsakelig gjennom intervju, observasjon og/eller gjennom lesning av dokumenter (s. 72).

Jeg har også inkludert en kvalitativ syntese som tar utgangspunkt i prinsippene for meta-etnografi. Kvalitative studier ble identifisert gjennom et systematisk søk i ulike databaser, ved å bruke eksplisitte kriterier. Dette omtales som *systematisk oversikt*, og innebærer å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne (Nortvedt et al., 2019, s. 135). En systematisk oversikt kan gi leseren et overblikk over eksisterende forskning om et bestemt emne, og informasjon om kvaliteten på denne forskningen.

### 3.3 Kritisk vurdering

Det er essensielt å vurdere gyldighet, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten til artiklene, selv om artiklene er publisert i et velrenommert tidsskrift, og har gjennomgått peer review eller fagfellevurdering. Alle artiklene inkludert i oppgaven er skrevet på engelsk, og presentasjon av resultatene er dermed min egen oversettelse til norsk. Samtidig inneholder artiklene noen skjevheter, men dette kommer tydelig frem av forskerne i studiene. Artiklene inkludert i oppgaven kommer fra Norge, Sverige, Israel og Storbritannia. Samtidig har jeg inkludert en metasyntese med utdrag fra kvalitative studier fra åtte land: England, Canada, USA, Australia, Danmark, Sverige, Irland og Skottland. En svakhet kan være at det er store forskjeller i helsevesenet blant de ulike landene. Interessant nok viser resultatene at pasientene har mye av de samme opplevelsene etter et hjerteinfarkt i de ulike områdene, som etter min mening forsterker troverdigheten.

For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene, har jeg benyttet sjekklister for kvalitative metoder/design. Sjekklistene fant jeg på helsebiblioteket (2021) sin nettside. De fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter IMRAD- prinsippet, og har ofte et sammendrag innledningsvis, såkalt abstrakt (Nortvedt et al., 2019, s. 69). Alle inkluderte artikler er derfor bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Jeg har også vurdert tidsskriftene forskningsartiklene er publisert i, ved å benytte Kanalregisteret (u. å). De inkluderte artiklene har nivå 1 eller 2, som innebefatter en vitenskapelig redaksjon, fagfellevurdering, internasjonal forfatterkrets og godkjent ISSN (Kanalregisteret, u. å)

### 3.4 Etisk vurdering

Innhenting av kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet på, avhenger av tillit (Dalland, 2020, s 167). Etiske overveielser innebærer å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører (s. 167). Ifølge Dalland innebærer forskningsetikk vurdering av forskningen opp mot samfunnets normer og verdier, og omfatter alle sider ved forskningen (2020, s. 168). Dette inkluderer planlegging og valg av problemstilling, hvilke metoder som benyttes og hvordan resultatene kan anvendes og rapporteres (s. 168). Dalland understreker at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt, ikke skal gå på bekostning av personers integritet og velferd (s. 168).

Det er etablert ulike komiteer som skal sørge for god forskningsetikk, som eksempel personvernombudet for forskning og nasjonale forskningsetiske komiteer. I denne oppgaven er de inkluderte kvalitative studiene godkjent av etiske komiteer, og samtidig redegjort for hvordan de har overholdt etiske prinsipper. Metasyntesen er ikke etisk godkjent av den grunn den følger andre prinsipper for kvalitetsvurderingen. Kvaliteten på denne er imidlertid vurdert etter CASP-rammeverket. Videre har jeg overholdt etiske overveielser ved å henvise til kilder, og har brukt APA7th som verktøy. Jeg er av den oppfatning at det er en styrke å vise til forskning med kildehenvisninger.

## 4. Sammenfatning av resultat/funn

Etter gjennomlesning av forskningsartiklene, har jeg sammenfattet resultatene og skal presentere relevante funn som inkluderes i denne oppgaven.

### 4.1 Psykososiale behov etter hjerteinfarkt

Astin et al. (2014) viser at et hjerteinfarkt representerer en betydelig livshendelse som medførte følelser av endret identitet, fra et «kjent» selv til et «ukjent» selv. Denne opplevelsen medførte usikkerhet hos pasientene. Studien understreker viktigheten av individualisert psykososial støtte etter et hjerteinfarkt. Hanna et al. (2019), Brobeck et al. (2014) og Astin et al. (2014) viser at det er motstridende opplevelser om familie og venner er en viktig kilde til psykososial støtte. Noen pasienter opplever familien som betydningsfulle støttespillere, der familien kunne oppmuntre og motivere til livsstilsendringer (Astin et al., 2014). Andre syntes familien har urealistiske forventninger til pasientene, eller er for «masete». Noen opplevde også at den deres ektefelle eksempelvis fortsatte å røyke, som gjorde det ekstra vanskelig selv å slutte (Astin et al., 2014). Til tross for sosial støtte, opplever pasienter fortsatt følelser av motløshet, frykt og angst for fremtiden (Fålund et al., 2016). Å leve med en kronisk tilstand som koronarsykdom, samtidig frykt for et nytt hjerteinfarkt, medførte bekymringer hos flere pasienter.

### 4.2 Motivasjon og barrierer for livsstilsendringer

Brobeck et al. (2014), Fålund et al. (2016) og Hanna et al. (2019) understreker at fri vilje og selvbestemmelse (autonomi) var vesentlig for at livsstilsendringer kunne gjennomføres. Samtidig kunne dette være en barriere for endring hos pasienter som ikke ønsket å endre livsstil (Fålund et al., 2016).

Trusselen mot overlevelse ble ansett som en viktig motivasjonsfaktor for pasienter etter hjerteinfarkt (Dullaghan et al., 2014; Hanna et al., 2019). Mennesker i 50 årene så på hjerteinfarkt som et «spark i rumpen» til å gjøre livsstilsendringer og holde seg unna sykehus (Fålund et al., 2016). Eldre reflekterte over eksistensielle spørsmål og viktigheten av å sette pris på livet så lenge som mulig, og ønsket å gjøre som de ville frem til det en dag var over (Fålund et al., 2016).

Det ble funnet forskjell i motivasjon for livsstilsendringer blant de ulike behandlingsmetodene, avhengig av hvilken type hjerteinfarkt pasienten hadde gjennomgått (Dullaghan et al., 2014). Pasienter som hadde hatt et STEMI og hadde gjennomført PCI eller trombolyse, var tydelig motivert for livsstilsendringer og beskrev episoden med rask og livreddende behandling som en traumatisk opplevelse. Behandlingserfaringen til NSTEMI-pasientene ble ikke ansett som en livstruende situasjon, som medførte mindre tro på at sykdommen var alvorlig. Til tross for at alle gruppene anerkjente behovet for livsstilsendringer, hadde ikke NSTEMI samme motivasjon til å adoptere og opprettholde sunn atferd (Dullaghan et al., 2014).

Mangel på hensiktsmessig rådgiving blir betraktet som en barriere for fremtidig endring (Fålund et al., 2014). Et vanlig problem, ifølge Astin et al. (2014), er at informasjonen blir oppfattet som overveldende og ikke relevant for deres personlige situasjon. Pasienter understreket viktigheten av tilstrekkelig individualisert informasjon om deres egen situasjon. Samtidig hadde flere pasienter behov for å forstå sammenhengen mellom årsaken til hjertesykdommen og deres egen livsstil (Astin et al., 2014; Fålund et al., 2016). Hanna et al., (2019) påpeker at kompetanse er nødvendig for å snu bevissthet og vilje og til praksis.

#### 4.3 Pasienterfaringer av motiverende intervju ved livsstilsendringer

Brobeck et al. (2014) understreker betydningen av en gjensidig interaksjon bygget på tillit mellom pasient og sykepleier. Pasientene syntes det er til fordel at sykepleieren er til stede og engasjert, og tar seg tid til å lytte til problemene deres. Ofte er skam forbundet med livsstilsproblemer. Det er viktig for pasientene at sykepleieren forstår pasientens egne tanker om livsstilsendringer, og erkjenner at ikke alle kan eller ønsker å gjøre endringer på samme måte (Brobeck et al., 2014). Et godt forhold mellom sykepleier og pasienten førte til at pasientene kunne være åpne og ærlig om situasjonen sin. Videre påpekte pasientene at uten støtte fra sykepleiere hadde det vært lett å utsette livsstilsendringer (Brobeck et al., 2014).



## 5. Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan sykepleieren kan motivere til livsstilsendringer hos pasienter etter et hjerteinfarkt, ved å bruke motiverende intervju som metode. Jeg kommer til å trekke inn funn fra forskningsartiklene, litteratur og lovverk for å besvare problemstillingen. Motiverende samtaler er, som tidligere nevnt, ikke en rettlinjert prosess. Derfor trekker jeg frem relevante prinsipper og strategier fra samtalemotoden, og inkluderer pasienterfaringer etter hjerteinfarkt i samtalen.

### 5.1 Relasjonsbygging og psykososial støtte

En god relasjon er sentralt i motiverende intervju og fremtredende for et godt samarbeid videre ut i samtalen. Samarbeidet skal preges av et likeverdig partnerskap mellom sykepleieren og pasienten (Sætertrø & Haugan, 2018). Det betyr, ifølge Sætertrø & Haugan, at sykepleieren må eliminere sin forståelse av seg selv som ekspert, og engasjere seg i pasientens historie. Livsstilsendringer er for mange forbundet med skam, og det kan oppleves skremmende å åpne seg opp om slike problemer. Brobeck et al. (2014) påpeker at dersom pasientene opplever skyldfølelse eller føler seg kritisert under livsstils-diskusjonene, ville ikke pasientene fortsette samtaler med sykepleieren. Dessuten er et viktig prinsipp i motiverende samtaler å møte pasienter med respekt istedenfor pekefinger. Ifølge Brobeck et al. (2014) er en gjensidig interaksjon bygget på tillit mellom sykepleier og pasient, elementært for å tilrettelegge for livsstilsendringer. Tillit kan erverves ved at sykepleier er til stede, lytter aktivt med empatiske refleksjoner og viser interesse for pasientens opplevelse. Dette innebærer at sykepleieren fremtrer med en ikke-dømmende tilnærming og viser medfølelse for pasientens liv og erfaringer. Dette inngår blant annet i de grunnleggende holdningene for motiverende intervju. Et gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient kan medføre at pasienter åpner seg og formidler ærlige tanker og perspektiver (Brobeck et al., 2014).

Betydningen av sosial støtte kan bli ekstra tydelig når helsen svikter, eller i møte med store påkjenninger (Renolen, 2015, s. 175). Tiden etter et hjerteinfarkt kan preges av blant annet angst og usikkerhet, og noen opplever kroppen sin som uforutsigbar og fremmed. Astin et al. (2014) avdekker at pasienter også kan oppleve en følelse av endret identitet, fra et «kjent» jeg, til et «ukjent» jeg. Pasienter kan ha ubesvarte spørsmål i forbindelse med sin hjertehendelse, og har gjerne behov for å sette ord på sin uvisshet (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 382). Et interessant funn som trekkes frem av både Fålund et al. (2016) og Dullaghan

et al. (2014), er ulikhetene mellom pasienter som har gjennomgått NSTEMI og STEMI. Pasienter med NSTEMI opplevde ofte mer usikkerhet og mangel på forståelse for tilstanden og dens alvorlighetsgrad, sammenlignet med STEMI-pasienter. Dette kan igjen påvirke pasientens oppfatning av sykdommen, og redusere motivasjon til livsstilsendringer. Sykepleieren bør være særlig bevisst på denne gruppen, og tidlig identifisere slike misoppfatninger. De emosjonelle konsekvensene av hjerteinfarkt medfører ofte behov for trygghet og støtte fra helsepersonell (Astin et al., 2014). Sykepleieren benytter dermed Orems hjelpemetode, *å støtte en annen*, i møte med pasienten.

Samtidig kan psykososial støtte fra familie og/eller venner være en viktig ressurs for å motivere til livsstilsendringer. Ifølge Astin et al. (2014) kan familie og venner bistå blant annet ved å bli med dem på trening, hjelpe til med kostholdsendringer og samtidig opppre oppmuntrende og motiverende. På en annen side kan familiemedlemmer oppleves for overbeskyttende, noe som kan medføre frustrasjon og spenning i familien (Astin et al., 2014). Brobeck et al. (2014) understreker at det kan være til fordel for pasientene å motta hjelp fra en utenforstående til å gjøre endringer. Dette begrunnes med at noen opplevde at familien hadde urealistisk høye forventninger til endringen eller at de var for «masete». Andre kan oppleve at samboer eller ektefelle eksempelvis fortsetter i gamle vaner, noe som gjør det vanskeligere for den det gjelder å endre sine uvaner (Astin et al., 2014). Sykepleieren kan inkludere pårørende dersom pasienten ønsker og samtykker til slik involvering (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3; Norsk sykepleieforbund, 2019).

## 5.2 Selvbestemmelse

Selvbestemmelse, eller brukermedvirkning, er et grunnleggende prinsipp i motiverende intervju, og samtidig en lovfestet rettighet (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Forskning og klinisk erfaring viser at atferds-påvirkning som bygger på pasientens egne valg, er mer effektivt på lengre sikt enn annen rådgiving, ifølge Renolen (2015, s. 74). Hanna et al. (2019) fremhever at den viktigste motivatoren for pasientene, er deres eget valg om å ta ansvar for konsekvensene av sin atferd. Samtidig kan følelsen av selvkompetanse og autonomi styrke menneskers indre motivasjon. Psykologen Edward Deci hevder at fremfor å fokusere på å motivere mennesker, bør prioriteringen heller være å tilrettelegge for at pasientene skal motivere seg selv (TEDx Talks, 2012). Å motivere til livsstilsendringer kan

imidlertid være spesielt utfordrende hos pasienter som trenger det mest. Fålund et al. (2016) påpeker at selvbestemmelse er en viktig faktor for at pasientene skal opprettholde kontroll, men at det samtidig kan være en barriere for endring. Retten til selvbestemmelse skal likevel respekteres (Norsk sykepleierforbund, 2019). Imidlertid oppstår pasientautonomi først når sykepleier har tilstrekkelig informert pasienten, slik at pasientene har kompetanse og innsikt til å foreta selvstendige avgjørelser. Stubberud & Ellingsen understreker at tilstrekkelig kompetanse er en forutsetning for brukermedvirkning (2022, s. 386).

### 5.3 Informasjonsutveksling

I motiverende samtaler har informasjonsutveksling en naturlig plass. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er sentralt i dette arbeidet. Imidlertid avslører Astin et al. (2014) at et gjentakende problem er at informasjon som formidles ikke er tilstrekkelig individualisert. Sykepleieren har ofte vært opptatt av å formidle generell informasjon om sykdom og konsekvenser, og støtter seg til det rutinemessige ved å fremstå som «ekspert» (Gammersvik, 2018, s. 122). Denne tilnærmingen støtter et paternalistisk verdsett, og er motstridende med motiverende samtalers verdigrunnlag. Samtidig kan pasienter oppfatte informasjonen som irrelevant i forhold til deres personlige situasjon. Dessuten kan pasienter være lite mottakelig for informasjon og veiledning etter et hjerteinfarkt, grunnet psykososiale konsekvenser. Pasienters nivå av bekymring og angst kan ifølge Fålund et al. (2016), påvirke pasientens evne til å motta standardisert informasjon. Dette synet samsvarer med kunnskap fra litteraturen som argumenterer for at opplevelsen av blant annet angst, smerter, stress og ubehag kan hemme pasientens mulighet for læring (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 386). Samtidig avslører Stubberud & Ellingsen at det kan foreligge et stort avvik mellom hva helsepersonell tror pasienten har forstått, og hva pasienten faktisk har forstått (s. 386). Sykepleieren må derfor kartlegge pasientens evne til å motta informasjon, noe som også understrekes i pasient-og brukerrettighetsloven (1999, §3-5). Hanna et al. (2019) fastslår at kompetanse er avgjørende for å snu bevissthet og vilje til praksis.

Motiverende intervju foreslår en struktur for informasjonsutveksling, og anbefaler at sykepleieren ber om tillatelse før hun formidler kunnskap til pasienten (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 270). Informasjonsutvekslingen skal bygge på at sykepleieren har generell kunnskap om sunn atferd, mens pasienten har kunnskap om seg selv og sitt liv. Dette innebærer at

sykepleieren må tilpasse og smelte sammen den generelle kunnskapen hun besitter, sammen med behov og krav pasienten møter i dagliglivet (Gammersvik, 2018, s. 205). Orem fremhever *undervisning* som en av sykepleierens hjelpemetoder. Ifølge Orem trenger sykepleieren grundig kjennskap til hvilke behov pasienten har for informasjon, og hvilke erfaring, livsstil og vaner som ligger til grunn fra før (Cavanagh, 1999). Tilstrekkelig, individualisert informasjon er betydningsfullt for at pasienter skal akseptere sin sykdom og til å ta ansvar for sin egen helse (Astin et al., 2014; Fålund et al., 2016). Det krever imidlertid at sykepleieren har informasjon om hva som påvirker helsen i et samfunn, og at pasientenes muligheter også avhenger av at omgivelsene støtter opp om de atferdsendringene som anbefales (Gammersvik, 2018, s. 208). Hanna et al. (2019) framhever mangel på sosial støtte og lav sosioøkonomisk status som eksempler på ytre barrierer for etterlevelse av anbefalte livsstilsråd. Det er verdt å nevne at det kan være en utfordrende oppgave for sykepleieren, noe som krever å være lydhør for pasienters ulikheter, og samtidig har et reflektert forhold til muligheter og begrensinger (Gammersvik, 2018, s. 208).

#### 5.4 Ambivalens og endringssnakk

Å hjelpe pasienter til å løse ambivalens er sentralt i motiverende samtaler. Ambivalensen kan ha en direkte innflytelse på pasientens motivasjon, og utforskning av denne er dermed en viktig oppgave for sykepleieren. Ønsket om å endre livsstil og samtidig ikke, er selvfølgelig motstridene. Filosofene Platon (2001) og Immanuel Kant (1983) argumenterer eksempelvis for at når mennesker blir presset til å bruke fornuften, i stedet for å forfølge det ønskede begjæret, oppstår *misologi i sinnet*. Fornuften blir betraktet som en uønsket inntrenger, og det oppstår dermed et hat til fornuften. Noe av det samme finner jeg innenfor termen ambivalens. På den andre siden kan pasienters ønske om å endre livsstil eksempelvis skyldes manglende verktøy til å klare en slik oppgave (Brobeck et al., 2014). Når sykepleieren har etablert en trygg atmosfære, kan hun utforske og forsøke å løse ambivalensen sammen med pasienten. En måte å tydeliggjøre ambivalensen på, kan eksempelvis være at pasienten noterer seg fordeler og ulemper med nåværende livsstil (Renolen, 2015, s. 77). Konfrontasjon fra sykepleieren har liten virkning. Målet er, ifølge Helsedirektoratet (2017), at pasienten skal konfrontere seg selv og bli kjent med innholdet i sin egen ambivalens, og på den måten lette beslutningstakingen.

Helsedirektoratet (2017) beskriver endringssak som markører i samtalen som viser at den er på riktig spor. Dette innebærer at sykepleieren utdyper, reflekterer og kommenterer positivt på

pasientens utsagn. Ifølge Stubberud kan sykepleieren motivere til livsstilsendring ved å påvirke hva som bestemmer pasientens innsats og utholdenhet, altså motivasjonens energikomponent (2022, s. 44). Samtidig kan hun påvirke motivasjonens retning, som innebærer hvilke mål pasienten setter seg og hvilke valg han/hun tar (s. 44). Måten sykepleieren forholder seg til ulike kategorier av pasienttytringer på, gir retning i motiverende samtaler (Barth et al., 2013, s. 111). Ifølge Barth et al. er det retningen i samtalen som skiller motiverende intervju fra rendyrket klientsentrert terapi (s. 111). Det ønskelig at sykepleieren inviterer/lokker frem endringssnakk ved eksempelvis å spørre pasienten direkte om problemopplevelsen, ønsker og evne til endring og samtidig tro på egen mestringsevne. Flere pasienter opplever trusselen mot overlevelse etter hjerteinfarkt som en av de viktigste motivasjonsfaktorene for livsstilsendringer (Astin et al., 2014; Dullaghan et al., 2014; Hanna et al., 2019). Samtidig viser Fålund et al. (2016) at det foreligger forskjeller i holdningene blant aldersgruppene. Mennesker i 50-årene ser gjerne på hjerteinfarkt som «... *et spark i rumpen*» for å endre livsstil, og holde seg unna sykehus. Denne aldersgruppen har ofte som mål å komme tilbake i arbeid. Pasientene over 70 år reflekterer gjerne over eksistensielle spørsmål og viktigheten av å verdsette livet så lenge som mulig (Fålund et al., 2016).

Forsøk på å endre andres menneskers vaner kan imidlertid medføre motstand (Renolen, 2015, s. 77). Likevel er det viktig å understreke at motstand kan være et tegn på at sykepleieren går for raskt frem, ikke lytter tilstrekkelig eller opptrer overstyrende (paternalistisk). En del av ferdigheten i motiverende samtaler består av å veksle mellom å drive samtalen i retning av endring, men samtidig kunne ta et steg tilbake når motstanden synliggjøres (Barth et al., 2013, s. 103). Sykepleieren må samtale på en måte som minimerer motstand, og oppmuntrer til diskusjoner om endring og forpliktelser knyttet til livsstilsendringer (Brobeck et al., 2014).

Pasientens mestringstro er dessuten avgjørende for å oppnå endring. En viktig del av å endre atferd handler, ifølge Helsedirektoratet (2017), om å tro på at endring kan finne sted. Mangel på motivasjon kan eksempelvis skyldes lav selvtillit og manglende tro på at endring kan gjennomføres (Hanna et al., 2019). Dullaghan et al. (2014) hevder at tidligere studier viser at pasienters aksept av behandling og livsstilsendring, baserer seg på deres egen oppfatning av risiko. Dette gjenspeiles i NSTEMI-pasientenes undervurdering av tilstandens alvorlighetsgrad, som påvirket deres motivasjon negativt. Sykepleieren kan benytte en av Orem's hjelpemetoder i møte med pasienten, ved å *tilrettelegge for et utviklende miljø*. Dette innebærer å skape et miljø som fremmer personlig utvikling. Sykepleieren kan eksempelvis

samtale om pasientens ønsker om- og tro på at livsstilsendring er mulig, og videre motivere pasienten til å sette realistiske mål tilpasset sin atferd. Dette krever imidlertid at sykepleieren er kreativ, og viser omtanke, respekt og kunnskap om pasienten. Når pasienten har bestemt seg for å endre livsstil, kan arbeidet med å konkretisere mål og planer for endring iverksettes. Ifølge Sætertrø & Haugan er det ønskelig at pasienten selv snakker om ønsker, evner, årsaker og behov for endring, før samtalen dreier seg over i en forpliktelse (2018, s. 268).

## 6. Oppsummering

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på hvordan sykepleieren kan bruke motiverende intervju til å motivere pasienter til livsstilsendringer etter hjerteinfarkt. Motiverende samtaler presenterer en personsentrert tilnærming som tar sikte på å fremme sunne atferdsendringer hos pasienter som har behov for endring. Forskning og litteratur fremhever viktigheten av et likeverdig partnerskap mellom sykepleier og pasient. Samtidig kan hjerteinfarkt resultere i psykososiale konsekvenser for pasientene, som kan medføre behov for sosial støtte av både sykepleier og eventuelt pårørende. Likevel kan det foreligge motstridende følelser om pårørende er til nytte, eller en barriere for livsstilsendringer. Det kommer tydelig frem i både litteratur og forskning at selvbestemmelse er en avgjørende faktor for å gjøre livsstilsendringer, og er et viktig prinsipp i motiverende intervju. Endring må skje på grunn av pasientens egen frie vilje. Tilstrekkelig, individualisert informasjon viser seg å være utslagsgivende for aksept av sykdommen og til å ta ansvar for egen helse. Sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens behov for informasjon, men også tidligere erfaringer, livsstil og vaner, slik som Orem påpeker. Pasienter kan være ambivalente til livsstilsendringer, og sykepleieren kan hjelpe til med å løse slike motstridende følelser. Funnene fra litteratur og forskning viser at det foreligger individuelle forskjeller i en endringsprosess, som innebærer at sykepleieren må møte hver enkelt pasient ut fra et helhetssyn.

### 6.1 Svakheter

Det er imidlertid noen svakheter ved motiverende intervju. For det første er motiverende intervju kritisert for å mangle en teori som forklarer hvorfor den virker, og hva som predikerer endring (Meland & Sandal, 2021). Metoden er inspirert av Roger's klientsentrerte terapi og kognitiv atferdsterapi. Disse metodene er kritisert for å være sterkt individualisert ved at individet i for stor grad blir ansvarliggjort for at de ikke mestrer å legge om usunn helseatferd (Gammersvik, 2018, s. 218). I denne oppgaven har jeg ekskludert samfunnsmessige faktorer på grunn av oppgavens omfang. Pasientens evne til å fremme sin helse og forebygge nye hjerteinfarkt er imidlertid ikke bare avhengig av egen viljestyrke og motivasjon. Samfunnsforhold og levekår setter betingelser, men også begrensninger, for i hvilken grad pasienten kan gjøre det som er best for seg selv (s. 218). Svakheten er særlig rettet inn mot forhold som pasienten ikke har kontroll over. Som en konsekvens av denne kritikken må

sykepleieren bruke metoden med godt skjønn, og inkludere faktorer rundt pasienten i endringsarbeidet.

For det andre har jeg ekskludert sykepleierens ferdigheter på grunn av oppgavens omfang. Ifølge Helsedirektoratet (2017) kan metoden brukes av flere fagpersoner med ulik bakgrunn. Likevel krever motiverende samtaler ferdigheter som sykepleieren bør tilegne seg. Det finnes imidlertid en rekke kurs hvor sykepleiere kan lære seg å beherske disse ferdighetene.

Til slutt illustrerer all veiledningspraksis et allment dilemma. Målet i motiverende samtaler er å endre atferd, samtidig som en ivaretar pasientens rett til selvbestemmelse (Meland & Sandal, 2021). Dette innebærer at dersom sykepleieren tar for mye hensyn til pasientens selvbestemmelse, kan sykepleieren bli oppfattet som en likegyldig veileder med manglende profesjonalitet. Dersom betydningen av å endre atferd blir vektlagt for sterkt, kan sykepleieren bli oppfattet som autoritære eksperter, ifølge Meland & Sandal. Dette innebærer at sykepleieren må finne en middelvei eller et balansepunkt i dialogen med pasienter.



## 7. Konklusjon

Motiverende intervju vektlegger i stor grad samarbeid mellom sykepleier og pasient, og involverer selvbestemmelse og pasientens egne ønsker og behov. En slik tilnærming representerer på et vis et paradigmeskifte i helsevesenet, som utfordrer helsepersonell til å legge bort ekspertrollen i møte med pasienten. Sykepleieren blir da en aktiv, lyttende samtalepartner med tillit til at pasienten er ekspert på seg selv. Ved å bygge en gjensidig og støttende relasjon som fremmer selvbestemmelse og kompetanse i endringsarbeidet, kan det bidra med å styrke pasientens indre motivasjon for endring, og mulig fremme en sunnere livsstil. Til tross for at motiverende intervju har vist seg effektiv på ulike områder, er det behov for ytterligere forskning som blant annet sammenligner de ulike strategiene av metoden, og identifiserer hva som predikerer livsstilsendringer. Det innebærer å utforske flere pasienterfaringer med samtalemotoden, for en dypere forståelse av relevansen til de forskjellige strategiene. Utfordringen er at endring aldri kan finne sted med mindre pasienten selv er villig til å endre livsstil.

## 8. Litteraturliste

- Ariansen, I. K. H., Kvåle, R., Olsen, K. & Selmer, R. M. (2021, 26. November). Hjerte- og karsykdommer i Norge. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Astin, F., Horrocks, J. & Closs, J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk. A synthesis of qualitative research on people's experiences. *BMC Cardiovascular Disorders*. 5; 14:96. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-96>
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patient's experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*. 13: 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Cavanagh, S. J. (1999). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. (Thorbjørnsen, K. M, Overs.). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dullaghan, L., Lush, L, McGeough, M., Donnelly, P., Herity, Niall. & Fritzsims, D. (2014). "I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!" Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>
- Eikeland, A., Stubberud, D- G. & Haugland T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdommer. I B D-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229-280). Gyldendal Norsk Forlag.
- Ellingsen, T-L. & Solberg, P. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I B D-G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2.utg., s. 132-178). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 28. Juni). *Færre får akutt hjerteinfarkt*. Hentet 20. oktober 2022. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/nedgang-infarkt-2009-2014/>.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>
- Fålnun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patient's goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patients reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7):495-503. <https://doi.org/10.1177/1474515115614712>

- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I B Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (2. utg., s. 111-134). Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å. (2018). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I B Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (2. utg., s. 202-220). Fagbokforlaget.
- Hanna, A., Yael, E-M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S & Liora, O. (2019). `it's up to me with a little support- Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 101:103416.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>
- Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 22.11. 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet (2017, 07. mars). *Motiverende intervju som metode*. Oslo: Helsedirektoratet (lest 26. november 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>.
- Kanalregisteret (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.  
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Kant, I. (1983). *Moral, politikk og historie: et utvalg av Kants praktiske filosofi* (Schwabe- Hansen, E. & Storheim, E, Overs.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meland, E. & Sandal G. B. (2021). Motivasjon og selvbestemmelse. *Tidsskriftet*.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1009>
- National Library of Medicine (u. å). *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I B D-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2019). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Platon. (2001). *Faidon. Platon samlede verker* (Kraggerud, E, Overs.). Oslo: Vidar forlaget.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Vigmostad & Bjørke AS.

- Stenbakken. (2014, 30. september). Motivasjon. *LHL*.  
<https://www.lhl.no/gardermoen/hjerteloftet/livsstilsendring/motivasjon/>
- Stubberud, D- G. & Ellingsen, T- L. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I B D-G. Stubberud & K. By (red.), *sykepleie ved hjertesykdom* (2.utg., s. 377-400). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med hjertesykdom. I B D-G. Stubberud & K. By (red.), *sykepleie ved hjertesykdom* (2.utg., s. 29-63). Cappelen Damm Akademisk.
- Sætertrø, O. & Haugan, P. S. (2018). Motiverende intervju- helsefremmende samtale. I B Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (2. utg., s. 259-276). Fagbokforlaget
- TEDx Talks. (2012, 12. august). *Promoting Motivation, Health, and Excellence: Ed Deci at TEDxFlourCity* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=VGrcets0E6I&t=835s>
- Thidemann, I. J. (2020). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

## 9. Vedlegg

### Vedlegg 1.0

Pico skjema

<b>Population/Patient/Problem</b> Hjerteinfarkt Koronar hjertesykdom	Myocardial infarction Coronary heart disease
<b>Intervention</b> Motiverende intervju Pasient erfaringer Støtte	Motivational interview Patient experiences Support
<b>Comparison</b>	
<b>Outcome</b> Livsstilsendringer Sunn livsstil	Lifestyle change(s) Healthy lifestyle

## Vedlegg 2.0

### Søkehistorikk:

Dato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Database	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakte	Leste artikler	Inkluderte artikler
20.11.22	1.	Coronary heart disease	PubMed	Siste 10 årene	117, 194			
20.11.22	2.	Myocardial Infarction	Pubmed	Siste 10 årene	95, 607			
20.11.22	3.	Lifestyle changes	PubMed	Siste 10 årene	36, 739			
20.11.22	4.	Patients' experiences	PubMed	Siste 10 årene	233, 534			
20.11.22	5.	<b>#1 OR #2 AND #3 AND #4</b>	PubMed	Siste 10 årene	59	8	4	<b>2 (A), (B)</b>
20.11.22	6.	Myocardial infarction	PubMed	Siste 10 årene	95, 607			
20.11.22	7.	Healthy lifestyle	PubMed	Siste 10 årene	25, 422			
20.11.22	8.	Support	PubMed	Siste 10 årene	4, 393, 314			
20.11.22	9.	<b>#6 AND #7 AND #8</b>	PubMed	Siste 10 årene	117	7	4	<b>1 (C)</b>
20.11.22	10.	Motivational interviewing	Cinhal	Siste 10 årene	3, 850			
20.11.22	11.	Patient experiences	Cinhal	Siste 10 årene	16, 184			
20.11.22	12.	<b>#10 AND #11</b>	Cinhal	Siste 10 årene	35	7	3	<b>1 (D)</b>
20.11.22	13.	Myocardial infarction	Cinhal	Siste 10 årene	36, 901			
20.11.22	14.	Lifestyle change	Cinhal	Siste 10 årene	6, 148			
20.11.22	15.	<b>#13 AND #14</b>	Cinhal	Siste 10 årene	107	5	3	<b>1 (E)</b>

(A) Dullaghan, L., Lush, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, Niall. & Fritzsims, D. (2014). "I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!" Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>

(B) Astin, F., Horrocks, J. & Closs, J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk. A synthesis of qualitative research on people's experiences. *BMC Cardiovascular Disorders*. 5; 14:96. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-96>

(C) Hanna, A., Yael, E-M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S & Liora, O. (2019). `it's up to me with a little support- Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 101:103416. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>

(D) Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patient's experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*. 13: 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>

(E) Fålun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patient's goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patients reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7):495-503. <https://doi.org/10.1177/1474515115614712>

### Vedlegg 3.0

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt eller lever med koronar sykdom</li> <li>- Pasienterfaringer</li> <li>- Pasienter innlagt på sykehus, og/eller etter utskrivelse fra sykehus (rehabiliteringsfase 2)</li> <li>- Siste 10 årene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierens erfaringer</li> <li>- Komplikasjoner etter hjerteinfarkt</li> </ul>

### Vedlegg 4.0

Matrise av forskningsartikler:

(A)

<b>Forfatter</b>	Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N. & Fitzsimons, D.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Storbritannia
<b>Tidsskrift</b>	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>
<b>Tittel</b>	“I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!” Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention
<b>Hensikt</b>	Utforske og sammenligne pasienters sykdomsoppfatning og motivasjon for atferdsendringer etter hjerteinfarkt behandlet med ulike metoder.
<b>Metode</b>	Deduktiv kvalitativ tilnærming
<b>Deltakere</b>	15 deltakere delt i 3 grupper: <ul style="list-style-type: none"> <li>- STEMI, behandlet med PCI</li> <li>- STEMI, behandlet med umiddelbar trombolyse, deretter PCI om nødvendig</li> <li>- NSTEMI, bekreftet diagnose, PCI dersom aktuelt.</li> </ul>

<b>Hovedfunn</b>	<p>Fire temaer ble identifisert: 1. <i>Virkningen av behandling som haster</i>, 2. <i>Klarhet i diagnosen</i>, 3. <i>Ta kontroll</i> og 4. <i>Motivasjon for livsstilsendringer</i>.</p> <p>Pasienter med STEMI som enten fikk PCI eller trombolyse hadde lignende oppfatninger av sykdommens alvorlighetsgrad, og opplevde hjertehendelsen som livstruende. Denne gruppen var fast bestemt på å gjøre livsstilsendringer. Pasienter med NSTEMI opplevde mer usikkerhet om symptomer og diagnose, noe som forårsaket misoppfatninger om sykdommens alvorlighetsgrad og var dermed mindre bestemt for endring av livsstil.</p>
<b>Etisk godkjenning</b>	Etisk godkjent
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

(B)

<b>Forfatter</b>	Astin, F., Horrocks, J. & Closs, J.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Utdrag fra studier fra 8 land: England, Canada, USA, Australia, Irland, Skottland, Sverige og Danmark
<b>Tidsskrift</b>	<i>BMC Cardiovascular Disorders</i>
<b>Tittel</b>	Managing lifestyle change to reduce coronary risk: A qualitative synthesis of qualitative research on people's experiences
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å gjennomføre en syntese av kvalitativ data for å forklare hvordan deltakerne gjorde livsstilsendringer etter en hjertehendelse.
<b>Metode</b>	En kvalitativ syntese med utgangspunkt i prinsippene for meta-etnografi.
<b>Deltakere</b>	Data fra 27 studier med over 500 deltakere fra 8 forskjellige land.
<b>Hovedfunn</b>	Hjerteinfarkt representerer en betydelig hjertehendelse preget av endret selvidentitet. Tapet av kjent identitet fikk deltakerne til å revurdere fortiden, nåtiden og fremtiden. Overgangsprosessen innebar «å finne nye grenser og et liv verdt å leve», «finne støtte til seg selv» og «finne en ny normal». Deltakerne opplevde en sterk trang til å komme tilbake til normalen. Støtte fra familie og venner kan muliggjøre eller begrense livsendring og livsstilsendring. Mange pasienter så på livsstilsendring som en liten del av en bred «livsendring» etter hjerteinfarkt. Funnet fremhever viktigheten av å gi personsentrert omsorg som er i tråd med psykologiske og fysiske dimensjoner av bedringsprosessen.
<b>Etisk godkjenning</b>	Metasyntese – ikke nødvendig med godkjenning fra etikk komité.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet



**(C)**

<b>Forfatter</b>	Hanna, A., Yael, E-M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S & Liora, O.
<b>År</b>	2019
<b>Land</b>	Israel
<b>Tidsskrift</b>	<i>International Journal of Nursing Studies</i>
<b>Tittel</b>	“It’s up to me with a little support” – Adherence after myocardial infarction: A qualitative study
<b>Hensikt</b>	Målet var å få dypere innsikt i oppfatninger som ligger til grunn for etterlevelse av sunn helseatferd, fra perspektivene til mennesker som har opplevd hjerteinfarkt. Studien identifisere faktorer som letter/hemmer overholdelse av blant annet sunn livsstil.
<b>Metode</b>	En fenomenologisk tilnærming (Kvalitative kriterier)
<b>Deltakere</b>	22 deltakere
<b>Hovedfunn</b>	Studien avdekket to hovedkategorier og seks underkategorier som er innebygd i «Self-Determination Theory». Den mest avgjørende motivatoren var pasientenes selvbestemmelse og viljestyrke. Dette var imidlertid ikke nok i seg selv for å etterleve sunn livsstil. En følelse av selvkompetanse, og evnen til å skreddersy livsstilsendringer i henhold til personlige preferanser ble ansett som nødvendig. Ytre motivatorer som familiemedlemmer, spesielt ektefeller og helsepersonell, var viktig for å styrke indre motivasjon. Holdninger om omsorg, respekt for verdier og autonomi, i motsetning til patronisering, ble oppfattet som sentrale elementer. Å forstå etterlevelse som et komplekst helhetlig fenomen, kan fremme teoretisk innsikt hos pasientene og forbedre overholdelse av blant annet sunn livsstil blant mennesker etter hjerteinfarkt.
<b>Etisk godkjenning</b>	Etisk godkjent
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskrift nivå 2. Meget god kvalitet.

**(D)**

<b>Forfatter</b>	Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	<i>BMC Nursing</i>
<b>Tittel</b>	Patients’s experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing
<b>Hensikt</b>	Beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten opplever livsstilsdiskusjoner basert på motiverende intervju
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode
<b>Deltakere</b>	16 deltakere (menn og kvinner)
<b>Hovedfunn</b>	Sentralt i motiverende intervju er å hjelpe pasienter med å løse sin ambivalens. Funnt fra studien viser at pasienter ofte er klar over de riktige livsstilsvalgene, men at livsstilsendringer ofte er forbundet med

	<p>skam. Å snakke med en annen om problemene sine var et stort skritt for mange av pasientene, og de påpekte at dersom de hadde følt på skyldfølelse, ville de sluttet å komme på møtene. For at livsstilsdiskusjonene skulle bidra til endring, var det vesentlig med en gjensidig interaksjon mellom sykepleier og pasient. Et godt forhold ga pasientene selvtillit til å snakke åpent og ærlig om sine problemer med sykepleieren, og et viktig skritt i riktig retning. Når samtalen ble opplevd som meningsfull, og som tillot selvbestemmelse, ga diskusjonen følelser av støtte, tilfredshet og bekreftelse, som igjen resulterte i en følelse av velvære. Uten støtte fra helsepersonell ville det vært lettere for pasientene å utsette livsstilsendringene. Pasientene ga uttrykk for at det var bedre å snakke med en utenforstående, enn å inkludere familie og venner.</p>
Etisk godkjenning	Etisk godkjent
Kvalitetsvurdering	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

(E)

<b>Forfatter</b>	Fålund, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., Norekvål, T. M.
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>
<b>Tittel</b>	Patient's goals, resource, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.
<b>Hensikt</b>	Hensikt med studien var å identifisere pasienters mål, ressurser og opplevde barrierer for fremtidig endring ved utskrivelse fra sykehus.
<b>Metode</b>	Kvalitativ intervjustudie
<b>Deltakere</b>	20 hjerteinfarktpasienter
<b>Hovedfunn</b>	Analyse av intervjuene avdekker at erfaringene hos hjerteinfarktpasientene var komplekse og varierte. Pasientene ble motivert til å endre livsstil og fikk et nytt perspektiv på livet. Pasientene hadde vansker med å forstå sammenhengen mellom å leve med hjerteinfarkt, håndtere symptomer og forstå de utløsende årsakene til hjerteinfarkt. Det var også pasienter som ønsket å opprettholde sin nåværende livsstil og leve så normalt som mulig. Studien fremhever viktigheten av en annen tilnærming til pasienter ved utskrivelse fra sykehus. Personsentrert omsorg som lar personlige fortellinger komme frem, kan gjøre det mulig for helsepersonell å tilby mer individualisert veiledning til pasienter etter hjerteinfarkt. På den måten kan de mulig takle de hverdagslige utfordringene de opplever etter utskrivelse fra sykehus.
<b>Etisk godkjenning</b>	Etisk godkjent
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2022 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	12-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	316
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7775
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	11
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei