



Livsstilsendring ved hjerteinfarkt

Hvordan kan sykepleier ved bruk av motiverende samtale, motivere til røykeslutt hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt?

Kandidatnummer: 777
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i E14B Sykepleie

Antall ord: 8785
Dato: 16.april 2018



Tittel

Livsstilsendring ved hjerteinfarkt.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved bruk av motiverende samtale, motivere til røykeslutt hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt?

Teoretisk perspektiv

Teorien som har blitt anvendt for å belyse valgt problemstilling er sykdomslære om hjerteinfarkt. Videre er det blitt beskrevet hjerterehabilitering, røykeslutt, sykepleiers undervisende funksjon, teori og motiverende samtale med empowerment, motivasjon og aktuelt lovverk.

Metode

Litteraturen anvendt i oppgaven er sykepleiefaglig pensumlitteratur, relevant faglitteratur fra skolens bibliotek og forskningsartikler. Forskningsartiklene er funnet ved artikkelsøk i databasen PubMed, og ifra kjedesøk i gamle bacheloroppgaver, artikler og bøker.

Drøfting

Pasienter takker svært ofte nei til rehabilitering etter hjerteinfarkt, det er derfor viktig at sykepleieren gjør pasienten til en aktiv deltaker når han deltar. Det er viktig at sykepleieren gir pasienten tilstrekkelig og adekvat undervisning om røykeslutt og skadevirkninger som røyken kan gi, slik at pasienten kan ta positive og riktige valg på vegne av egen helse. Sykepleier kan bruke refleksiv lytting for å finne fram motivasjon hos pasienten til røykeslutt. Forskning om motiverende samtale har vist at det ikke er en overveldende stor andel av pasienter som får tilbud om dette som opprettholder røykeslutt kontra de som ikke får motiverende samtale. Det er dog allikevel en høyere andel som slutter å røyke etter motiverende samtale.

Konklusjon

For at sykepleieren skal motivere pasienten til røykeslutt under motiverende samtale er det svært viktig at sykepleieren uttrykker empati ovenfor pasienten. Sykepleieren kan bruke refleksiv lytting som et verktøy under motiverende samtale om røykeslutt, og ved å blant annet bruke åpne spørsmål, refleksjoner og bekreftelse. Sykepleieren må vise at hun forstår pasientens opplevelse av seg selv og situasjonen han er i.

Antall ord: 270

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemformulering	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.4 Målgruppe og kontekst	3
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Oppgavens disposisjon	4
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1 Hjerteinfarkt	5
2.2 Hjerterehabilitering	5
2.2.1 Røykens uheldige konsekvenser.....	6
2.3 Sykepleierens undervisende funksjon	7
2.4 Motiverende samtale	8
2.4.1 Grunnleggende prinsipper i motiverende samtale	8
2.5 Empowerment og motivasjon	9
3. Metode	11
3.1 Litteratursøk	11
3.2 Faglitteratur	12
3.3 Kildekritikk	12
4. Presentasjon av forskningsresultater	15
5. Drøfting	18
5.1 Pasienten i hjerterehabilitering	18
5.2 Undervisning om røykeslutt	19
5.2.1 Hvilke pasienter gjennomfører røykeslutt?.....	22
5.3 Motiverende samtale om røykeslutt	22
5.4 Hvordan kan sykepleier bruke refleksiv lytting under motiverende samtale?	25
5.5 Kritik av motiverende samtale	27
6. Avslutning	29
Referanser	30

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge gjennomgår gjennomsnittlig 10 – 15.000 personer et hjerteinfarkt hvert eneste år (Norske Helseinformatikk, 2015). Disse tallene viser til et stort helseproblem i samfunnet, og som sykepleier vil man møte disse pasientene flere steder i helsesektoren. Sykepleieren er en behandler, og som navnet tilsier skal sykepleieren pleie den syke. En sykepleier skal også være en pleier av helse. Som sykepleiere skal vi fremme helse og forebygge nye sykdomstilfeller, og dette er et svært viktig aspekt ved yrket. Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) presiserer at sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Når en pasient har gjennomgått et hjerteinfarkt er det blant annet sykepleierens jobb å undervise og motivere pasienten på en måte slik at han kan ta valg som påvirker sin helse på en positiv måte.

Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt har behov for rehabilitering og rekonvalesens. Rehabilitering er et svært viktig aspekt ved vedlikehold og forbedring av helse etter et hjerteinfarkt. På en rehabiliteringsklinikk vil sykepleieren være en viktig deltager i et tverrfaglig team som arbeider tett rundt pasienten (LHL, 2015). Det er flere og flere pasienter som overlever et hjerteinfarkt og derav blir rehabilitering et viktig moment og behovet for forebygging av nye infarkt er større (Amundsen & et.al., 2008). Fra egen praksis på en hjertemedisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten, erfarte jeg at sykepleieren ofte hadde individuelle samtaler med pasienten, spesielt om livsstilsfaktorer som utgjør risiko for nye hjerteinfarkt. Det var dog ikke god tid til slike samtaler på sykehus. Samtaler som dette kan være et godt hjelpemiddel for å motivere til livsstilsendring hos pasienter som er i risikozonen for utvikling av eventuell nytt hjerteinfarkt. Min erfaring er at røyking var ofte det pasientene syntes var vanskeligst å slutte med.

Forskning viser at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt *ikke* klarer å kontrollere risikofaktorene for hjerteinfarkt, som blant annet røykeslutt. Dette er et stort problem for pasientene (Sverre, et al., 2017). Dette viser til behovet for undervisning hos denne pasientgruppen. Dermed er det viktig at sykepleiere i større grad er oppmerksom og har kunnskap om risikofaktorer og betydningen av å endre disse for en bedre helse, og bidra med å fremme dette. Formålet med denne oppgaven er å drøfte hvordan sykepleier kan motivere til

røykeslutt hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt ved bruk av motiverende samtale.

1.2 Presentasjon av problemformulering

På bakgrunn av valgt tema har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier ved bruk av motiverende samtale, motivere til røykeslutt hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Sykepleierfunksjonene består av å utføre helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske tiltak (Molven, 2014). Sykepleierfunksjonen vil i denne oppgaven være undervisning av pasienter. Motiverende samtale skal bli brukt som et verktøy for samtale og motivasjon. Sykepleieren skal fremme pasientens kunnskapsnivå om røykens skadevirkninger, slik at han selv kan ta ansvaret for å forebygge forverring av sykdommen eller reinfarkt, på en rehabiliteringsklinikk (Stubberud & Ellingsen, 2016). Rehabilitering deles inn i tre forskjellige faser; Fase 1 starter på sykehus eller ved opptreningsinstitusjoner ved forlengelse av sykehusopphold. Fase 2 starter fire til åtte uker etter hjerteinfarkt og varer ofte flere uker og er gjerne et rehabiliteringstilbud. Fase 3 er vedlikeholdsbehandling eller oppfølging av helsepersonell. I denne oppgaven vil sykepleieren møte pasienten i *fase 2*, hvor pasientens tilstand er stabilisert og han er på en rehabiliteringsklinikk (Grimsmo, 2011).

Det er ofte flere livsstilsfaktorer som utgjør et hjerteinfarkt, men jeg har valgt å ha hovedfokus på røyking. Temaet om hjerteinfarkt og røyking er enorme, og i henhold til dette er det forebyggende arbeidet og forskningsfeltet bredt. Behandling for nikotinavhengighet har flere ledd og består også ofte av medikamentell behandling. Grunnet oppgavens tema og omfang har jeg valgt å fokusere på hvordan sykepleieren kan motivere og undervise om røykeslutt ved bruk av motiverende samtale. I denne oppgaven skal jeg bruke motiverende samtale, og hvordan sykepleier kan bruke denne modellen i møte med hjerteinfarktpasienten som har et ønske om å slutte å røyke. I den motiverende samtalen skal sykepleieren bruke refleksiv lytting (Barth & Näsholm, 2009) for å hente motivasjon til endring av livsstil, i dette tilfellet røykeslutt, hos pasienten.

1.4 Målgruppe og kontekst

Målgruppen i denne oppgaven er kvinner og menn fra 18 år og oppover, som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Pasienten skal ha blitt behandlet for hjerteinfarkt med enten PCI eller bypass – operasjon. Pasienten røyker til hverdags, og er motivert for livsstilsendring og med dette røykeslutt.

Konteksten for målgruppen er på en hjerterehabiliteringsklinikk. Pasienten har blitt henvist til rehabilitering på grunn av ugunstige livsstilsfaktorer, hvorav pasienten har en røykeavhengighet. Det er tidligst fire uker siden pasienten hadde hjerteinfarkt, og oppholdet på rehabiliteringsklinikken varer i ca. fire uker. Sykepleieren er en del av ett tverrfaglig team, bestående av leger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, ergoterapeuter og psykologer (LHL, 2015). På en rehabiliteringsklinikk vil sykepleieren ha bedre tid til å samarbeide og arbeide tett med pasienten da det er over et lengre tidsrom enn på for eksempel et sykehus.

1.5 Begrepsavklaring

I dette kapitlet vil jeg gjennomgå begreper som blir brukt i oppgaven.

- Motiverende samtale eller motiverende intervju blir brukt om hverandre i faglitteraturen og er to begreper som blir brukt om samme modell (Barth & Näsholm, 2009). I denne oppgaven vil det bli brukt *motiverende samtale*.
- Begrepene som blir brukt i motiverende samtale er ofte bruker/kunde/klient og hjelper/rådgiver (Barth & Näsholm, 2009). I denne oppgaven vil jeg bruke begrepene *pasient* istedenfor bruker/kunde/klient og *sykepleier* istedenfor hjelper/rådgiver. Dette gjøres for å enkelt skille hvem som er hvem, og for å tydeliggjøre at dette er en strukturert samtale mellom pasient og sykepleier.
- PCI – Perkutan koronar intervensjon: PCI er en av de vanligste behandlingene for å åpne trange eller tette kransarterier etter hjerteinfarkt, og er en utblokkning av arteriene. Utblokkningen av kan gjøres via en ballong eller bruk av stent (Eikeland, Haugland, & Stubberud, 2015).
- Bypass – operasjon: Ved en bypassoperasjon legger en kirurg inn nye årer forbi trange og syke kranspulsårer, og på denne måten kan blodet gå uhindret fra hovedpulsåren gjennom den nye «omkjøringen» og fram til muskelvevet i hjertet (Eikeland, Haugland, & Stubberud, 2015).

- I oppgaven vil sykepleieren omtalt som *hun* og pasienten vil bli omtalt som *han*.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med en teoretisk kunnskapsdel hvor jeg gjennomgår teori om ulike deler som er relevant for oppgavens problemstilling. Dette innebærer hjerteinfarkt, hjerterehabilitering, sykepleiers funksjon og motiverende samtale. Videre presenteres det en metodedel hvor jeg gjennomgår framgangsmåte, valg av kilder, kritikk av både faglitteratur og forskningsartikler. Til slutt kommer drøftelsen, som tar hovedutgangspunkt i motiverende samtale og hvordan denne modellen kan brukes for å motivere pasienten til røykeslutt, samt drøfting rundt hjerterehabilitering og undervisning om røykeslutt. I avslutningen vil det komme en konklusjon om problemstillingen.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet gis det en kort innføring om sykdomslæren bak hjerteinfarkt og risikofaktorer for utvikling av hjerteinfarkt. Videre beskrives det hva hjerterehabilitering er, samt målet med dette. Sykepleierens funksjonsområde, herunder den undervisende funksjon vil bli beskrevet. Til slutt beskrives det hva motiverende samtale er, og hva slags prinsipper motiverende samtale bygger på, og empowerment og motivasjon.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en koronar hjertesykdom som også blir kalt iskemisk hjertesykdom. Akutt koronarsyndrom er et samlebegrep for koronare hjertesykdommer som er forårsaket av redusert blodtilførsel til hjertet (Johannessen, 2009; Persson & Stagmo, 2008). Hjerteinfarkt er når myokardcellene nekrotiserer på grunn av mangel på oksygen. Dette kan oppstå grunnet en forsnævret koronararterie ikke klarer å tilføre nok blod til hjertemuskelcellene, eller fordi en koronararterie stoppes helt til; ofte grunnet aterosklerose eller arteriell trombose.

Trombosedannelsen opptrer vanligvis i forbindelse med overflatisk skade eller ruptur av aterosklerotisk plakk, hvor endotelet blir skadet slik at trombocytter kleber seg til det aktuelle området. Dette betyr at trombosen dannes sekundært til aterosklerosen. Som nevnt er hjerteinfarkt et resultat av mangel på oksygen, og dette fører til at deler av hjertemuskelen ikke får nok oksygen (iskemi) og vevet begynner å nekrotiserer (Ørn & Brunvand, 2015)

Risikofaktorer for å utvikle hjerteinfarkt er fysisk inaktivitet, hyperlipidemi (høyt kolesterol), hypertensjon (høyt blodtrykk), *røyking*, diabetes og overvekt. Store fysiske – eller psykiske påkjenninger som gir stress øker utskillelse av stresshormoner, blant annet adrenalin, som fører til kontraksjon av årene og hypertensjon. Stress kan også øke trombocyttenes klebrighet, som kan relateres til flere tilfeller av akutt hjerteinfarkt. Disse overnevnte faktorene kalles for modifiserbare risikofaktorer, da man kan endre på disse faktorene. Ikke – modifiserbare faktorer er alder, kjønn og familiær disposisjon (Eikeland, Haugland, & Stubberud, 2015).

2.2 Hjerterehabilitering

Rehabilitering er planlagte prosesser med en tidsavgrensning som har klare mål og virkemidler. I rehabilitering er det ofte flere faggrupper som samarbeider om å gi nødvendig

rehabilitering til pasienten egen innsats for å oppnå best mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (St.meld. nr.21 (1998-99)).

Hjerterehabilitering tar sikte på å understøtte den funksjonelle tilhelingen etter hjertesykdom, motvirke negative fysiske og psykososiale følger av sykdommen og redusere risiko for tilbakefall og i verste tenkelige utfall; død. Pasientgruppen som er innenfor målsonen for hjerterehabilitering er blant annet pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, hvor utfallet ofte har vært en PCI-behandling, angina pectoris og hjertesvikt (Grimsmo, 2011).

Hjerterehabiliteringen tar utgangspunkt i et helhetssyn på det syke mennesket, hvor fysiske og psykiske samt sosiale aspekter er gjensidig samvirkende og må påvirkes samtidig. På grunn av dette omfatter rehabiliteringen mange ulike aktiviteter og krever tverrfaglig kompetanse (Mæland, 2006). På hjerterehabilitering er sykepleieren en del av et tverrfaglig team, hvor hun jobber og samarbeider med flere yrkesgrupper. Disse gruppene er lege, fysioterapeuter, psykolog, ernæringsfysiologer, idrettspedagoger og arbeidskonsulenter (LHL, 2015; Grimsmo, 2011).

Hjerterehabilitering har en rekke mål og intervensjoner, og hensikten er å (Grimsmo, 2011):

- Begrense de negative fysiologiske og psykologiske effektene av hjertesykdom.
- Redusere risikoen for plutselig død eller reinfarkt.
- Kontrollere symptomer fra hjertet.
- Stabilisere og eventuelt reversere en aterosklerotisk prosess.
- Fremme fysisk og psykososial helse og yrkesmessig deltakelse.

2.2.1 Røykens uheldige konsekvenser

I dag vet man sammenhengen mellom røyking og hjertesykdom. Helsedirektoratet (2017) viser til at røyking dobler risikoen til hjerteinfarkt, samt at det øker risikoen enda mer for kvinner enn for menn. Det å røyke kun noen få sigaretter daglig gir økt risiko. Risikoen stiger med økende forbruk. For pasienter som røyker, vil det ha stor betydning å slutte eller redusere røykingen til det minimale (Mæland, 2006). Livsstilsintervensjoner som røykeslutt er en svært viktig del av sekundærforebygging, som er et meget viktig mål for rehabilitering etter et hjerteinfarkt (Stubberud & Ellingsen, 2016).

Røyking øker risikoen for utvikling av aterosklerose, og i tillegg vil karbonmonoksid fra røyken fortrenge en del av oksygenet fra bindestedene på hemoglobinmolekylene som transporterer oksygenet rundt i kroppen. Dette utgjør en belastning på hjertet og risikoen for komplikasjoner øker (Eikeland, Haugland, & Stubberud, 2015). Noen av de uheldige konsekvensene av røyking er følgende (Stubberud & Ellingsen, 2016):

- Ugunstig effekt på lipidsammensetning og insulinresistens.
- Økt risiko for aterosklerose.
- Aktivisering av det sympatiske nervesystemet, som fører til økt hjerterefrekvens og blodtrykk i tillegg til perifer vasokonstriksjon.
- Økt risiko for trombedannelse og kan gi økt blodviskositet.
- Kan gi direkte skade på celleveggen.
- Kan føre til skade eller dysfunksjon av endotelcellene.
- Fører til en inflammasjonsprosess.

2.3 Sykepleierens undervisende funksjon

Den undervisende funksjonen til sykepleier i undervisningssituasjoner med pasienten handler om å bidra til økt kunnskap, læring, utvikling og mestring. Sykepleiefunksjonen er knyttet til kunnskaps – og forståelsesbehov som grunnlag for å ta valg som omhandler egen helse. Integrert i denne funksjonen er også informasjon og støtte til pasienten (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2012). I lov om spesialisthelsetjenesten (1999) og lov om pasientrettigheter (1999) sies det at pasientene har rett på medvirkning om informasjon og opplæring om egen sykdom. For sykepleieren innebærer dette at hun har informasjonsplikt og skal formidle kunnskap til pasienten (og pårørende) slik at pasienten mestrer hverdagen på en bedre måte. I følge helsepersonelloven (1999) skal helsepersonell utføre arbeidet sitt i samsvar til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, etter de kvalifikasjonene helsepersonellet innehar. Yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016) forteller blant annet at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom, fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser angående egen helse ved at pasienten har fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon ved undervisning. Videre skal sykepleier respektere pasientens rett til å selv ta valg, herunder også å frasi sin selvbestemmelse.

Undervisning til pasienter er ifølge Tveiten (2016) en planlagt formidling av kunnskap om et bestemt tema i en gitt sammenheng. Undervisning kan foregå både individuelt og i grupper. I

undervisningen er det en fordel at pasienten er aktiv og engasjert, da kan kunnskapen som formidles bli mer meningsfull for pasienten (Tveiten, 2016).

2.4 Motiverende samtale

Motiverende samtale er en metode som ble utviklet av psykolog og professor Miller i 1982, som senere samarbeidet videre med professor Rollnick. Metoden ble opprinnelig brukt i forbindelse med alkoholproblematikk (Barth & Näsholm, 2009). I dag blir den brukt innenfor de fleste livsstilsområder slik som fysisk inaktivitet, overvekt og røykeavhengighet.

Veilederen, som i denne oppgaven er sykepleieren, skal gjennom samtale hjelpe pasienten med utforskning av sitt problem og støtte samt oppmuntre det pasienten mener fører til en positiv løsning for problemet (Ivarsson, 2017). Miller og Rollnick har en definisjon på hva MI er, og den lyder følgende:

Motiverende samtaler er en samarbeidsorientert samtalemetode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring (Miller & Rollnick, 2013, s. 58).

Motiverende samtale er personsentrert og målrettet. Personsentrert i motiverende samtale betyr at pasientens syn på sin situasjon og livsførsel er i fokus under samtalen, og ikke sykepleierens. Motiverende samtale som metode handler om 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, prioriteringer, valg og oppfatninger som bunner i pasienten selv (Barth & Näsholm, 2009).

2.4.1 Grunnleggende prinsipper i motiverende samtale

Hovedprinsippene i motiverende samtale er følgende: å vise empati, utvikle diskrepans, løse ambivalens, styrke mestringstillit og motstand. Sykepleieren må vise empati, respekt og interesse for pasienten gjennom empatisk lytting, også kalt refleksiv lytting. Diskrepans defineres som en manglende overenstemmelse, en i blant kompliserende kontrast. Dette vil si at pasienten får en følelse av at det er noe som ikke stemmer og at dette burde endres. Å lete etter diskrepanser er et sentralt moment i motiverende samtale (Ivarsson, 2017). Ambivalens er mer komplekst enn diskrepans, da diskrepansen handler om å observere forskjeller mellom

ulike forhold og ambivalensen kjennetegnes ofte av et nettverk av parallelle og motstridende følelser, tanker og holdninger overfor én og samme ting (Barth & Näsholm, 2009). Pasienten har behov for mestring, og sykepleieren må styrke mestringsfølelsen til pasienten ved å vise tillit. Dersom pasienten opplever at sykepleierne går for fort fram, er konfronterende, overtalende og manglene empati kan det også oppstå motstand hos pasienten. Denne motstanden kan allerede før samtale med sykepleier foreligge grunnet negative forventninger hos pasienten (Ivarsson, 2017).

Den refleksive lyttingen er en av de grunnleggende prinsippene i motiverende samtale. Det som kjennetegner en motiverende samtale, er at sykepleieren bruker den refleksive lyttingen til å fremkalle endringsnakk, samtidig som man henter frem og styrker pasientens mestring og motivasjon. Ferdigheter som er nyttig for sykepleieren å kunne samt å bruke er *åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelse*. Åpne spørsmål er viktig for sykepleieren under motiverende samtale, da dette åpner for mer samtale og informasjon fra pasientens side. Lukkede spørsmål gir ofte svar som ja eller nei. Refleksjon er at sykepleieren speiler tilbake til pasienten hva man har hørt og oppfattet. På denne måten viser sykepleieren at hun forstår og har empati for hva pasienten forteller og føler (Ivarsson, 2017).

Oppsummeringer består av et lengre referat av det pasienten har fortalt, og brukes når sykepleieren føler det naturlig å klargjøre og forstå det som fortelles. Bekreftelse innebærer at sykepleieren kommer med ytringer som viser at hun ser og setter pris på pasienten som person, samt pasientens egenskaper, styrke og kompetanse (Barth & Näsholm, 2009). I drøftingskapittelet vil jeg vise hvordan sykepleieren kan bruke refleksiv lytting til å motivere pasienten til endring og røykeslutt.

2.5 Empowerment og motivasjon

Empowerment er ifølge World Health Organization (WHO, 2017) en prosess hvor personer kan oppnå større kontroll over beslutninger som påvirker sin helse, og bidrar til å øke kapasitet til å ta valg og at disse valgene ender opp i ønsket resultat og handling.

Empowermentprosessen innebærer at pasienten ikke er en mottaker, men en deltaker. Som sykepleier kan man bruke empowerment i motiverende samtale, da dette kan ses som samhandling mellom pasienten og helsepersonellet, der målet er at pasienten skal utvikle sin mestring. En annen forståelse kan være det som foregår i pasienten, slik som hva betydningen av å endre røykevaner er, til endringen er skjedd (Tveiten, 2016).

Motivasjon er de kreftene som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferd en mening. Dette betyr at motivasjon er en årsak eller forklaring på hvorfor man utfører en handling. Motivasjon blir ofte delt inn i ytre og indre motivasjon. Når handlinger er motivert av det ytre, er grunnlaget for handlingen at pasienten gjør noe som er forventet av han, eller at pasienten oppnår noe som blir ansett som belønnende, som for eksempel ros fra andre og styrket selvbilde. Ytre motivasjon er derfor handlinger man utfører for å oppnå noe. Indre motivasjon er handlinger som utføres for egen del, hvor pasienten ikke har til hensikt å oppnå noe annet enn at handlingen utføres. De fleste handlingene mennesker utfører er ytre motivert; vi spiser fordi vi er sultne og vi sover fordi kroppen trenger søvn (Håkonsen, 2014). Det er derfor viktig at sykepleieren kan motivere pasienten, og dra ut den ytre motivasjonen ved bruk av motiverende samtale.

3. Metode

Dalland (2017) definerer metode som en fremgangsmåte for å løse problemstillinger på. Metode er et redskap eller et hjelpemiddel som man kan bruke når man undersøker noe, og ved hjelp av denne metoden kan man samle inn informasjon og kunnskap som er nødvendig for oppgaven. Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudium, som går ut på å få en oversikt over den kunnskapen som finnes om temaet man skal skrive om (Dalland, 2017). Hensikten med denne litteraturstudien har vært å trekke ut faglitteratur og forskningsartikler som er relevant og som vil være med på å belyse min valgte problemstilling. Forskningsartikler blir ofte delt inn i kvalitativ metode eller kvantitativ metode. I følge Dalland (2017) tar kvalitativ metode sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter. Kalkulasjoner og målinger er vanlige former for kvantitative metoder, som ofte resulterer i statistikker med ulike variabler som igjen kan fremstilles i form av tabeller og grafer. I følgende kapittel vil jeg fremlegge min metodiske fremgangsmåte i forsøket på å få svar på min problemstilling.

3.1 Litteratursøk

I søkeprosessen etter forskningsartikler har jeg hovedsakelig benyttet meg av databasen PubMed. PubMed inneholder forskningsartikler innenfor blant annet medisin og sykepleie. Før søkeprosessen begynte avgrenset jeg søket med følgende: Fulltekst, fagfellevurdering, publikasjon fra 2008 til 2018. Artikler fra asiatiske, sør – amerikanske og afrikanske land ble ekskludert grunnet kultur – og helseforskjeller. Søkeordene jeg har benyttet meg av har vært «Myocardial Infarction», «Coronary Heart Disease», «Riskfactor», «Heart Rehabilitation», «Nurse/nursing», «Motivational Interviewing» og «Smoking».

Søkeresultatene ble lest igjennom, og artiklene som omhandlet hjerteinfarkt, røyking, motivasjon, rehabilitering og motiverende intervju ble plukket ut. Etter dette ble sammendraget lest til disse artiklene. Etter at sammendraget ble lest, plukket jeg ut artikler jeg ønsket å utforske mer i forhold til min problemstilling. Videre ble ni artikler valgt for å belyse problemstillingen. I tillegg til søk i PubMed har jeg brukt kjedesøk i oppgaven, ved at jeg fant referanser i aktuelle forskningsartikler til forfattere av andre forskningsartikler som kunne være gjeldene for min oppgave. For å kunne oppspore disse artiklene har jeg søkt med artikkelnavnet direkte i PubMed og Google Scholar. Kjedesøk er en godkjent søkemetode, og det anbefales at teksten som starter kjeden er så ny som mulig (Rienecker, Jørgensen, & Skov,

2012). I tillegg til kjedesøk i artikler, brukte jeg også dette i faglitteratur som omhandlet hjerteinfarkt og rehabilitering.

3.2 Faglitteratur

Faglitteraturen som har blitt brukt er tidligere pensumlitteratur og litteratur som jeg har søkt opp i skolen biblioteksdatabase; Oria. For å beskrive sykdomslæren bak hjerteinfarkt har jeg brukt to bøker, en innenfor sykdomslære og en sykepleiefaglig bok; *Sykdom og behandling* (Ørn, Mjell & Bach-Gransmo, 2015) og *Klinisk sykepleie bind 1* (Almås, Stubberud og Grønseth, 2015). Sykepleierens funksjonsområder og hjerterehabilitering har jeg hovedsakelig brukt *Grunnleggende sykepleie bind 1* (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2011), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (Stubberud, 2016), *Helhetlig hjerterehabilitering* (Mæland, 2006) og *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis* (Mæland, 2010).

For å beskrive motiverende samtale har det blitt brukt to fagbøker, *Motiverende samtale – endring på egne vilkår* (Barth og Näsholm, 2009) og *Motiverende samtaler* (Ivarsson, 2017). Boken til Ivarsson (2017) er en praktisk håndbok om motiverende intervju, men jeg har valgt å bruke denne sammen med Bart og Näsholm (2009) da den beskriver motiverende samtale på en enkel, konkret måte, samt gir en god innsikt i hva motiverende samtale er, ved at den viser gode eksempler på motiverende samtale.

Metode og oppgaveskriving av Dalland (2017) er blitt brukt som utgangspunkt for metoddelen og den vitenskapelige fremgangsmåten som er blitt anvendt i oppgaven.

3.3 Kildekritikk

I følgende kapittel vil jeg presentere kildekritikk av faglitteratur og forskningsartikler. Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteraturen man har funnet, og metoden man bruker for å fastslå en kilde er sann og troverdig. Når man utøver kildekritikk er det viktig å anse dens relevans, gyldighet og holdbarhet. Relevans omhandler hvilken verdi kilden har i forbindelse med min valgte problemstilling. Kildens kvalitet omhandler hva slags type kilde det er, hvor gyldig (troverdig) og hvilken holdbarhet den har (Dalland, 2017).

Faglitteratur

Det har blitt brukt hovedsakelig tre faglitteraturbøker for å beskrive hjerterehabilitering; Sykepleie til personer med hjertesykdom av Stubberud (2016), Læring og mestring av Lerdal og Fagermoen (2011) og Helhetlig hjerterehabilitering av Mæland (2006). Boken til Mæland er fra 2006, og grunnet dette er det ikke utenkelig at denne boken kan være utdatert, og det kan ha skjedd endringer innenfor arbeidet med rehabilitering og behandling av hjerteinfarkt. Læring og mestring (2011) og Sykepleie til personer med hjertesykdom (2016) er fra nyere tid, og har oppdatert forskning og teori, og har samtidig flere likheter med Mæland fra 2006. På bakgrunn av dette har jeg valgt og supplerer kapitlet om hjerterehabilitering med boken Helhetlig hjerterehabilitering av Mæland (2006).

Forskningsartikler

Forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er publisert i anerkjente tidsskrifter og er blitt fagfellevurdert, og jeg anser derfor disse artiklene som objektive og troverdige. Ingen av artiklene er eldre enn ti år. Det er syv kvantitative og to kvalitative artikler. Alle artiklene utenom Arntzen og Sandvold (2013) er det ikke spesifisert at det er sykepleier som er helsepersonellet. Selv om artiklene omtaler helsepersonell generelt og ikke spesifikt sykepleiere, er det antakelig å anta at helsepersonellet som omtales har den samme innvirkningen på pasientens motivasjon, som om det skulle ha vært fra sykepleiere.

Arntzen og Sandvold (2013) sin studie ble gjennomført på en hjertepost på et sykehus i Norge. Artikkelen viser forskjell på hva pasient og sykepleier tenker om røykavvenning på sykehus, og ikke en rehabiliteringsklinikk hvor min kontekst er. Allikevel er det mye i denne artikkelen som kan være med å belyse min problemstilling. Den viser hva pasientene selv tenker om sammenhengen mellom hjerteinfarkt og røyking. Studien gir også et innblikk i hva både sykepleier og pasient tenker om informasjon og undervisning angående røykeslutt. Dette har jeg valgt å bruke for å understøtte viktigheten av blant annet undervisning i drøftelsen på en rehabiliteringsklinikk.

Peters & Keeley (2017) har en forskningsstudie som undersøker hva slags faktorer som påvirker deltagelse i hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt. Artikkelen er fra USA, og det er ikke utenkelig at det finnes forskjeller, i blant annet økonomi og lovverk, fra Norge.

Pasientene har muligens ikke helt det samme utgangspunktet som pasientene her i Norge. Artikkelen har også et skille på etnisitet og hudfarge, noe jeg ikke har i min oppgave. Artikkelen er allikevel relevant da den tydelig viser hvorfor pasienter ikke velger rehabilitering. For å understøtte denne artikkelen har jeg brukt en forskningsartikkel fra Irland og Island. McKee, Biddle, O'Donnel, Mooney, O'Brien og Moser (2013) sin artikkel viser også hvorfor pasienter ikke velger å delta i hjerterehabilitering. Ettersom at denne artikkelen har opphav fra Irland og Island kan man anta at helseforskjellene ikke er like store som USA, og jeg bruker derfor disse to for å belyse hva slags faktorer som påvirker pasienten til å delta eller ikke delta i et rehabiliteringsprogram.

Lindson-Hawley, Thompson og Begh (2015) har gjennomført en gjennomgang av svært mange artikler fra 1997 og til 2014. Artikkelen omhandler motiverende samtale og røykeslutt. I denne artikkelen refereres det blant annet til artikler som er eldre enn 10 år, men ettersom at forskerne har gått gjennom disse med et kritisk blikk har jeg valgt å bruke artikkelen da den viser hvordan motiverende samtale kan påvirke røykeslutt over en lengre tidsperiode. Studien har ingen direkte kobling mellom røyking, hjerteinfarkt og rehabilitering, hovedsakelig kun om motiverende samtale og røykeslutt. Jeg har valgt å bruke denne studien selv om den ikke inkluderer hjerteinfarkt og rehabilitering direkte, da den viser tydelig effekten motiverende samtale kan ha på røykeslutt. Davis, Shapiro, Windsow, Whalen, Miller og Sechrest (2010) har skrevet en artikkel som tar for seg pasienter som røyker, men som ikke er motivert til røykeslutt. I avgrensningen til min oppgave har jeg presisert at pasienten er motivert for røykeslutt. Artikkelen tar for seg to grupper med ikke-motiverte pasienter til røykeslutt, hvorav den ene gruppen får motiverende samtale og den andre vanlig rådgivning. Resultatet var at motiverende samtale ga bedre utfall enn vanlige råd. Videre er også denne artikkelen fra USA slik som Peters og Keeley (2017) sin studie, og man må anta at det finnes forskjeller fra norsk kultur. Artikkelen er også fra 2010, og det kan ha skjedd faglige endringer innenfor feltet i USA. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ta denne artikkelen med for å belyse effekten motiverende samtale kan ha, sammen med studien til Lindson-Hawley, Thompson og Begh (2015).

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet skal jeg kort presenterer forskningsartikler som har blitt anvendt i oppgaven.

Forskningsartiklene er presentert i en artikkelmatrise i alfabetisk rekkefølge.

	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Arntzen, A. & Sandvold, B. (2013). Norge	<i>Hvordan veilede om røykeslutt?</i> Sykepleien Forskning	Sykepleien Forskning	Pasienters og helsepersonells erfaring med og opplevelse av røykesluttveiledning i sykehus, og hvordan man kan benytte dette videre i røykesluttveiledning.	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført elleve semistrukturerte pasientintervjuer og tre fokusgruppeintervjuer med ti ansatte på en hjertepost.	Pasientene ønsket tydeligere, mer formalisert og faktabasert veiledning samt oppfølging over tid. Helsepersonellet var ambivalente, de ønsket å gi veiledning, men ville ta hensyn til pasientens autonomi. Det er behov for å differensiere røykesluttintervensjoner ut fra pasientens livssituasjon, og tilby pasientene oppfølging over tid
2	Davis, M.F., Shapiro, D., Windsow, P., Whalen, R.R., Miller, H.S. & Sechrest, L. (2010). USA	<i>Motivational interviewing versus prescriptive advice for smokers who are not ready to quit.</i>	Patient Education and Counseling	Hensikten var å undersøke hvilken tilnærming som var best for røykeslutt.	Kvantitativ metode. 218 pasienter som røyket daglig ble satt i to forskjellige randomiserte grupper. Deltakerne ble randomisert til en 15 – minutters intervensjon for å sammenligne effektiviteten av kort motiverende intervju eller preskriptive råd	Hovedfunnet i studien var at ingen av behandlingsmetodene var overlegne, med deltakerne i motiverende intervju var mer sannsynlig til å svare og være med på oppfølgingstimer og samtaler.
3	Gjeilo, K.H., Stenseth, R., Kleppstad, P., Lydersen, S. & Wahba, A. (2010). Norge	<i>Patterns of smoking behaviour in patients following cardiac surgery. A prospective study.</i>	Scandinavian Cardiovascular Journal	Hensikten var å beskrive røykemønsteret hos pasienter som har gjennomgått hjertekirurgi.	Kvantitativ metode/prospektiv studie. Det var 631 pasienter som opprinnelig var med, 97 ble ekskludert, totalt 534 pasienter deltok.	Omtrent halvparten av røykerne sluttet med røyking etter hjerteoperasjon. Endringene i røykevaner var mest sannsynlig i løpet av de første seks månedene. Intervensjoner bør fortsette etter utskrivelse fra sykehus. Hjertekirurgi kan tjene som et lærerikt øyeblikk.
4	Lindson-Hawley N., Thompson T.P. & Begh, R. (2015). USA	<i>Motivational interviewing of smoking cessation: (Review).</i>	Cochrane Database of Systematic Reviews	Hensikten var å avgjøre om motiverende intervju fremmer røykeslutt eller ikke.	Gjennomgang av flere artikler. Kvalitativ og kvantitativ metode. Forskerne innhentet andre forskningsartikler som omhandlet motiverende samtale og røykeslutt. Det ble identifisert 28 studier publisert mellom 1997 og 2014, som	Motiverende intervju resulterer i høyere sluttfrekvens enn korte råd eller veiledning eller vanlig pleie.

					involverte over 16 000 pasienter. Det var helsepersonell som utførte intervjuene.	
5	Lindqvist, H., Forsberg, L.G., Forsberg, L., Rosendahl, I., Enebrink, P. & Helgason, A.R. (2013). Sverige	<i>Motivational Interviewing in an ordinary clinical setting: A controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline.</i>	Addictive Behaviors	Hensikten med studien var å vurdere effekten av å legge til motiverende intervju til røykeavvenningsprogrammet i Sverige.	Kvantitativ metode. Studien ble utformet som en kontrollert klinisk studie. Det deltok 772 pasienter, som ble randomisert til enten standard behandling eller motiverende intervju.	Studien viste at pasienten som fikk motiverende samtale kontra standard behandling hadde en 5% økning av avholdenhet fra røyken.
6	McKee, G., Biddle, M., O'Donnell, S., Mooney, M., O'Brien, F. & Moser, D.K. (2013). Irland/Island	<i>Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients to attend?</i>	European Journal of Cardiovascular Nursing	Hensikten var å identifisere årsaker til deltakelse i hjerterehabilitering.	Kvantitativ metode. Det deltok 1172 pasienter, som svarte på spørreskjemaer om deres intensjoner til å delta og hvorfor man ikke ønsket å delta i hjerterehabilitering.	Pasientene viste at de hadde manglet interesse og opplevde misforståelser om hjerterehabilitering som utgjorde at de ikke ønsket å delta. Noen mente også at de hadde fått god og tilstrekkelig behandling på sykehus, og da ikke hadde behov for rehabilitering.
7	Peters, E.A., & Keeley, E.C. (2017). USA	<i>Trends and Predictor of Participation in Cardiac Rehabilitation Following Acute Myocardial Infarction: Data From the Behavioral Risk Factor Surveillance System.</i>	Journal of the American Heart Association.	Hensikten var å undersøke hvilke faktorer som påvirket deltagelse i hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt.	Kvantitativ metode. Det var totalt 32 792 pasienter som deltok i løpet av 2005 til 2015.	Det var en kun en tredjedel av pasientene som deltok i hjerterehabilitering til tross for at pasientene kjente til de helsemessige fordelene. Pasientene som ikke deltok oftest var kvinner og lavt utdannete.
8	Sverre, E., Peersen, K., Husebye, E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Moum, T., Otterstad, J.E., Dammen, T. & Munkhaugen	<i>Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice.</i>	BMC Cardiovascular Disorders	Studien ble igangsatt for å kunne forbedre forebyggende tiltak for gjentakende tilfeller av hjerte- og karsykdommer. Målet var å identifisere medisinske og psykososiale elementer i forhold til risikofaktorer hos pasienter etter hjerteinfarkt/bypass/PCI.	Kvantitativ metode. Det var 1127 pasienter i alderen 18-80 år med i studien.	Majoriteten av pasientene i denne studien fikk ikke kontroll over risikofaktorene for utvikling av nye hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av røyking og fedme økte med tiden som etter hjerteinfarkt/bypass. Det trengs en ny handlingsplan for hvordan forebygge gjentakende tilfeller av hjerte-

	J. (2017). Norge					og karsykdommer hos hjerterpasienter.
9	Olsen, S.J.S., Schirmer H., Bønaa, K.H. & Hanssen, T.A. (2017). Norge	<i>Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey.</i>	European Journal of Cardiovascular Nursing	Hensikten med studien var å estimere andelen av norske pasienter med hjerte og – karsykdommer som deltok i hjerterehabilitering etter PCI, samt finne faktorer for deltakelse.	Kvantitativ metode. Opprinnelig 9013 deltakere, av disse gjennomførte 7086 pasienter spørreskjema om hjerterehabilitering innen tre år etter PCI.	Den estimerte hjerterehabiliteringdeltakelsen blant pasienter som gjennomgår PCI er lav i Norge. 28 prosent av deltakerne rapporterte å engasjere seg i hjerterehabilitering. Statistisk modell viste at menn hadde en 28% lavere sannsynlighet ved å delta i hjerterehabilitering, og oddsen for å delta i hjerterehabilitering redusert med økende alder. Den typiske deltaker er ung, overvektig, velutdannet, og hadde en akutt koronar hendelse.

5. Drøfting

I dette kapitlet skal det drøftes den valgte problemstillingen; *Hvordan kan sykepleier ved bruk av motiverende samtale, motivere til røykeslutt hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt*, på en hjerterehabiliteringsklinikk. Først drøftes det kort om pasienters deltakelse i hjerterehabilitering. Deretter drøftes det hvordan sykepleier skal undervise pasienten om røykeslutt. Hovedfokuset i denne drøftingen vil være på hvordan sykepleieren ved bruk av motiverende samtale kan motivere pasienten til røykeslutt, og i dette kapitlet vil det derfor bli drøftet om motiverende samtale har effekt på røykeslutt. Til slutt vil jeg vise med eksempler hvordan sykepleieren kan bruke refleksiv lytting som et verktøy under motiverende samtale med pasienten og kritikk av motiverende samtale.

5.1 Pasienten i hjerterehabilitering

Ved at pasienten deltar i et rehabiliteringsopplegg kan han erverve seg nødvendig og adekvat kunnskap, samt en trygghet som utgjør best mulig livsutfoldelse og livskvalitet for pasienten etter et hjerteinfarkt. Å gjøre pasienten til en aktiv deltaker handler om å styrke pasientens egne ressurser for at han selv skal kunne ivareta sin egenomsorg og etterleve anbefalte livsstilsintervensjoner. Sykepleieren er i en posisjon hvor hun kan motivere pasienten i rehabiliteringen, ved at hun ser og trekker frem pasientens positive og sterke ressurser (Stubberud & Ellingsen, 2016).

I en svært omfattende forskningsstudie fra USA hvor det deltok over 30 000 pasienter hvor alle pasientene hadde gjennomgått et hjerteinfarkt i løpet av en ti-års periode, viste det seg at det var kun en tredjedel av disse pasientene som deltok i et hjerterehabiliteringsprogram. Dette var også til tross for at pasientene var godt kjent med de helsemessige fordelene et rehabiliteringsopphold kunne gi (Peters & Keeley, 2017). I en studie fra Irland og Island har forskerne McKee, et al., (2014) funnet ut at pasienter som svarer nei til hjerterehabilitering ikke ønsker dette på grunn av manglende interesse. Pasientene hadde også en oppfatning om at programmet ikke ville være gunstig, da de selv følte at de hadde fått god nok og tilstrekkelig behandling og oppfølging på sykehuset. Pasientene oppfattet seg selv ofte som «friske» ved utskrivelse av sykehus, og så dermed ikke behovet for videre behandling, og innenfor dette endring av livsstil. Videre fant McKee, et al., (2014) ut at det var enkelte hindre som ofte utgjorde at pasientene ikke ønsket hjerterehabilitering, og dette kunne være at det var lang reisevei, ofte et relativt langt opphold på klinikken og at det ble mindre tid til familie.

Mæland (2010) presiserer at deltakelse i hjerterehabilitering etter et hjerteinfarkt har vist seg å redusere betydelig sykkelighet samt dødeligheten. Den norske forskningsstudien av Schirmer, Bønaa, Hanssen og Olsen (2017) støtter funnene til Peters og Keeley (2017). I denne norske studien svarte over 7000 pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt og en PCI – behandling på et spørreskjema om deltakelse for hjerterehabilitering. Av disse pasientene var det kun 27,6 % som hadde deltatt i et hjerterehabiliteringsprogram, og statistisk modell viste at menn hadde 28 % lavere sannsynlighet til å delta i hjerterehabiliteringen enn kvinner. Ved økende alder reduserte deltakelsen seg, og pasienten som oftest deltok var yngre, overvektige og høyt utdannet (Schirmer, Bønaa, Hanssen, & Olsen, 2017). Siden forskning viser at pasientene sjeldent deltar i et rehabiliteringsprogram etter et gjennomgått hjerteinfarkt, og at pasienter kan ofte føle at de er ferdig behandlet og «friske» etter sykehusutskivelse, er det svært viktig at sykepleieren gjør pasienten til en aktiv deltaker under rehabiliteringsoppholdet (Stubberud & Ellingsen, 2016). Slik Stubberud og Ellingsen (2016) ser det, er det å delta i et strukturert hjerterehabiliteringsprogram et viktig moment i rekonvalesensen til hjerteinfarktpasienten. Rehabiliteringsprogrammet har en positiv virkning for utviklingen av empowerment og motivasjon hos pasienten, og på denne måten er det lettere for pasienten å kunne etterleve forordnet behandling og anbefalt samt endret livsstil (Stubberud & Ellingsen, 2016).

5.2 Undervisning om røykeslutt

Undervisningen til pasienter som skal slutte å røyke må være en planlagt formidling av kunnskap om temaet. Etter undervisningen er målet at pasienten har tilegnet seg nok kunnskap om egen sykdom og røykens risikofaktorer slik at hans mestringskompetanse blir styrket. På dette viset kan pasienten ta egne valg basert på god kunnskap om egen helse. For å kunne hjelpe flere med å slutte å røyke er systematisk og fokusert intervensjon både *under* og *etter* sykehusoppholdet viktig (Mæland, 2006), og det er derfor svært viktig at sykepleieren har fokus og kunnskap om dette på rehabiliteringsklinikken. En norsk forskningsstudie av pasienters røykevaner etter hjertekirurgi og hjerteinfarkt (Gjeilo, Stenseth, Klepstad, Lydersen, & Wahba, 2010), støtter under hva Mæland (2006) sier om røykeslutt. I denne studien sluttet kun halvparten av respondentene å røyke etter operasjon. Endringene i

røykevanene til pasientene var mest sannsynlig i løpet av de første seks månedene, og studien viste at røykesluttintervensjonen bør fortsette etter utskrivelsen fra sykehus. (Gjeilo, Stenseth, Klepstad, Lydersen, & Wahba, 2010). Det er derfor viktig at sykepleier fortsetter med røykeslutt behandling når pasienten ankommer hjerterehabilitering, og gir god undervisning til pasienten.

Sykepleiere anbefales i større grad å ta opp de negative konsekvensene av inntak av nikotin hos pasienter som røyker, og derfor må hun bruke sin rolle som underviser som en samarbeidspartner i undervisningen, slik at hun kan styrke pasientens egne ressurser. Ved å gjøre dette kan pasienten få det beste grunnlaget for gode beslutninger med tanke på røykeslutt. (Tveiten, 2016). For å legge til rette for at undervisningen blir mest mulig hensiktsmessig er det ofte nødvendig å vurdere pasientens situasjon og behov. Dette kan inneholde pasientens tilstand og diagnose, opplevelse og forståelse samt tidligere erfaringer med sykdommen sin. Det er viktig å legge til rette slik at undervisningen blir mest mulig hensiktsmessig, og sykepleieren må vurdere pasientens situasjon, kunnskapsnivå, motivasjon og behov (Tveiten, 2016).

Sykepleieren må differensiere undervisningen ut i fra pasientens livssituasjon, og det er viktig at pasienten følges opp over en gitt tid. I undervisningen bør sykepleieren forberede pasienten på abstinensplager ved røykeslutt, som røykesug, uro, rastløshet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser eller depresjon. I tillegg opplever mange pasienter også vektøkning. Det er viktig at sykepleieren gir god og riktig informasjon om røyking og de ugunstige risikofaktorene tobakksrøyking utgjør, samt de gunstige helsefordelene røykeslutt gir (Stubberud, 2016). Det er også viktig at sykepleieren kan gi god og riktig undervisning til pasienten om røyking og røykeslutt, da dette kan være med på å forebygge sykdom, slik at sykdom ikke kommer tilbake eller utvikler seg videre. Det er som nevnt en stor sammenheng mellom røyking og hjerteinfarkt, og selv kun en nedtrapping av røyking har en positiv effekt. Slik Mæland (2010) ser det, handler denne røykeslutt om å fremme helsen, og bidra til at helsen blir en positiv ressurs for pasienten og ikke kun om å forhindre sykdom og videreutvikling. Arntzen og Sandvold (2013) fant ut i sin studie at pasientene ønsket tydeligere, mer faktabasert og formalisert oppfølging over tid. Pasientene opplevde ofte at røykesluttveiledning foregikk samtidig med andre gjøremål, og ble oppfattet som tilfeldig og lite konkret både for helsepersonell og pasient. Helsepersonellet var mer ambivalente, da de

ønsket å undervise, men var svært opptatt av pasientens autonomi (Arntzen og Sandvold, 2010). Det er derfor viktig at sykepleieren gir presise og adekvate fakta i undervisningen til pasienten om røykens skadevirkninger, samt motiverende fakta slik at pasienten ikke kun får de «negative» faktaene om røyk. Sykepleieren må sette av tid til *kun* røykeslutt, og ikke bruke tiden samtidig på andre gjøremål. Motiverende informasjon om røykeslutt kan for eksempel være at for pasienter som røyker vil det ha stor betydning å slutte eller redusere røykingen til det minimale for hjertet. Et annet eksempel sykepleieren kan bruke er at ved røykestans blir det et umiddelbart fall i sykdomsrisiko, og at det skal ikke mer til enn et par år før eks-røykere er på samme risikonivå for hjertesykdom som de som aldri har røyket (Mæland, 2006).

De som slutter å røyke etter et hjerteinfarkt, halverer risikoen for død. Blant alle sekundærforebyggende tiltak er det å slutte å røyke det aller viktigste (Mæland, 2006). I studien til Arntzen og Sandvold (2010) om veiledning i røykeslutt fant de ut at pasienter som hadde klart å slutte å røyke ofte hadde høyere utdannelse, stabil økonomi, gode og nære familierelasjoner, trygt sosialt nettverk med opplevelse av støtte i røykesluttprosessen. Disse pasientene opplevde hjerteinfarkt som en siste advarsel, og motivasjonen ble forsterket gjennom advarsler og undervisning av helsepersonell om røykens negative helsekonsekvenser. Pasientene som sluttet å røyke opplevde at det påvirket helsen sin til det positive (Arntzen & Sandvold, 2010).

Det er viktig at sykepleieren ikke er fordømmende ved undervisning om røykens skadevirkninger slik at pasienten blir demotivert og føler skyld for egen sykdomssituasjon, men at sykepleieren er en støttespiller og motivator ved at hun gir undervisning om de positive effektene ved røykeslutt og reduisering av røyking. Som sykepleier har man kunnskap som pasienten behøver for å leve sunt og for å mestre egen situasjon og liv. Sykepleieren må undervise og formidle denne kunnskapen, og å være den som innehar denne kunnskapen som pasienten har behov for, innebærer en makt (Tveiten, 2016). Både de yrkesetiske retningslinjene til NSF (2016) og lov om pasient og - brukerrettigheter (1999) sier at sykepleier er pliktet og lovfestet til å undervise pasienten på en måte som gjør at han kan ta adekvate og kunnskapsbaserte valg som påvirker sin egen helse på en positiv måte. Sykepleieren må respektere pasientens valg, og ikke være moraliserende ovenfor pasienten, samt må bruke sin kunnskap om røykens skadevirkninger og røykeslutt på kunnskapsbasert og hensiktsmessig måte ovenfor pasienten (Tveiten, 2016). Det er viktig at

sykepleieren har fått gitt adekvat og hensiktsmessig undervisning til pasienten om røykeslutt og skadevirkninger som røyken gir før og under motiverende samtale. Pasienten har et behov for informasjon og kunnskap om røyking og de skadene røyken kan gi. Ved at sykepleier gir pasienten undervisning om dette, vil pasienten erverve seg et kunnskapsgrunnlag, som han igjen kan ha i bakhånd når han skal finne motivasjon og begrunnelse ovenfor seg selv om hvorfor han skal slutte å røyke (Barth & Näsholm, 2009).

5.2.1 Hvilke pasienter gjennomfører røykeslutt?

I en norsk forskningsstudie, hvor hensikten og fokuset var på pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt eller en bypass – operasjon, hvorav pasientene hadde risikofaktorer for utvikling av nye hjerte – og karsykdommer. Denne pasientgruppen klarte ikke å endre sin ugunstige livsstil, og av deltakerne i studien fortsatte 56 % av de som røyket *før* hjerteinfarkt med å røyke. Studien viste også at røykingen var økende med tiden som gikk, og at denne gruppen inneholdt unge mennesker, kvinner og de med lav utdannelse (Sverre, et al., 2017). Arntzen og Sandvold (2010) har i sin forskningsstudie funnet ut at pasienter som ikke slutter å røyke etter et hjerteinfarkt, har usikkerhet rundt røykens skadevirkninger og manglende kunnskap om bakenforliggende årsaker til hjertesykdommen. Røykerens utsagn gjenspeilet dette: «Jeg vet ikke hvorfor jeg fikk hjerteinfarkt. Kanskje andre ting i livet mitt som er årsaken? Jeg får høre hva legene sier, og røyker fram til jeg vet noe helt sikkert». Flertallet av de som fortsatt røykte var industriarbeidere, yrkesutdannet eller arbeidsløse før infarkt. Disse brukte for det meste rulletobakk, som regnes som farligere enn ferdigsigaretter. Pasientene trakk fram problemer i livssituasjonen som faktorer for vanskeligheter og manglende motivasjon til røykeslutt. Å bo alene ble fremhevet som det vanskeligste (Arntzen & Sandvold, 2010).

5.3 Motiverende samtale om røykeslutt

Pasienten må selv velge å slutte å røyke, og dette er en prioritering og et valg som han selv må gjennomføre. I lov om pasient – og brukerrettigheter (1999) står det tydelig at pasienten selv har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse – og omsorgstjenester, og blant annet behandlingsmetoder. Dette vil si at pasienten selv må ønske å ta del av behandlingstilbudet, og da i denne sammenhengen motiverende samtale.

Sykepleieren skal ha et mål for sin undervisning om røykeslutt, og skal bruke motiverende samtale som en hjelperstyrt eller guidene metode. En svensk forskningsstudie undersøkte hva slags metode som fungerte best i det svenske røykeavvenningsprogrammet (SNTQ). Metodene de vurderte var standard behandling og standard behandling og motiverende intervju. Deltagerne i studien fikk enten standard behandling eller standardbehandling og motiverende intervju. Gruppen med standard behandling og motiverende samtale hadde en oppslutning på 19% som opprettholdt røykeslutt. Mellom disse to forskjellige behandlingene var det en 5% forskjell (Lindqvist, et al., 2013). Lindson-Hawley, Thompson og Begh (2015) gjorde en gjennomgang av forskjellige forskningsstudier om motiverende samtale og røyking. I denne studien ble det oppdaget at motiverende samtale er en god metode for røykeslutt, og at man må differensiere hvordan man utfører metoden for hver pasient. Hver samtale kan være alt fra ti minutter til en time, og det er stor forskjell på hvor mange samtaler hver enkelt pasient har behov for (Lindson-Hawley, Thompson, & Begh, 2015). Dette er noe sykepleieren må undersøke når hun setter i gang samarbeidet med pasienten om røykeslutt.

Det er viktig at sykepleieren har respekt for at endringen må skje i pasientens tempo og vilkår. Samtidig er det i høy grad sykepleieren som styrer samtalen, hvor hun leder samtalen gjennom en serie temaer som inneholder røykeslutt og har til oppgave å skape en atmosfære som gjør det lettere for pasienten å reflektere over seg selv. Målet med motiverende samtale er endring, som skal være for at pasienten skal klare å gjennomføre røykeslutt slik at helsen og livskvaliteten blir bedre (Ivarsson, 2017). Det er viktig at sykepleieren alltid har i bakhode at motiverende samtale er en ikke – dømmende – og konfronterende metode for tilnærming av pasienten. Tilnærmingen må være av positiv natur, og skal forsøke å øke pasientens oppmerksomhet mot avhengigheten av røyk (Barth & Näsholm, 2009).

Sykepleieren må uttrykke empati for pasienten, og dette kan hun gjøre ved å bruke refleksjoner. Sykepleieren anerkjenner og prøver å forstå pasientens egen opplevelse av seg selv og røyking (Barth & Näsholm, 2009). Pasienter som har røyket i mange år, kan ofte oppleve vanskeligheter med å opprettholde motivasjon. Sykepleieren er i en posisjon hvor hun kan oppmuntre pasientene, samt øke motivasjon. En amerikansk studie tok for seg pasienter med manglete motivasjon, og utforsket hvordan pasientene reagerte på motiverende samtale utført av helsepersonell. Pasientene ble delt inn i to forskjellige grupper, hvor de fikk 15-minutters intervensjoner med motiverende samtale eller vanlige rådgivning av helsepersonell. De som var eldre, storrøykere og kvinner viste å ha best effekt av motiverende

samtale, og opprettholdt samt fulgte videre behandling om røykeslutt. Det var dog ikke en stor forskjell fra motiverende samtale og vanlig rådgivning, men studien viste at motiverende samtale var et godt supplement og det var flere som opprettholdt røykeslutt som mottok motiverende samtale (Davis, et al., 2011). For å kunne øke motivasjonen til røykeslutt hos pasienten må sykepleieren prøve å utvikle diskrepans. Når pasienten blir oppmerksom på diskrepansen, kan han oppleve et avvik mellom sannhetene som kommer innenfra, vil dette si pasientens egne tilnærminger, verdier og oppfatninger, og de sannhetene som er utenfra, som vil si observasjonen av en ytre eller opplevd realitet (Ivarsson, 2017).

Sykepleieren må videre utforske det aktuelle problemet, som i denne sammenhengen er røyking av sigaretter, og bekrefte hint om bekymringer hos pasienten. Hint om bekymring fra pasienten kan for eksempel være: «Jeg røyker alt for mange sigaretter om dagen» (Ivarsson, 2017). Som Arntzen og Sandvold (2010) sin studie viste kan pasienter ofte ha usikkerheter rundt røykens skadevirkninger og manglete kunnskap om hva slags skadevirkninger røyken kan ha på hjertet. Sykepleieren må derfor utforske dette med pasienten, slik at hun kan få et innblikk i hva pasienten selv kan om røyking og sin nåværende situasjon. Dette gjør hun ved å utforske diskrepansen som pasienten vil oppleve når sykepleieren styrer samtalen inn på røykens skadevirkninger. På denne måten vil også pasientens motivasjon øke (Barth & Näsholm, 2009).

Sykepleieren må videre styre pasientens oppmerksomhet mot røykingen, og hvordan pasienten har det i dag, og hvordan pasienten ønsker å ha det i fremtiden, og i denne hensikt skape motivasjon til å redusere diskrepansen. Sykepleieren kan gjøre dette ved å stille åpne spørsmål ved refleksiv lytting, som vil bli vist i neste kapittel. Videre er det viktig å utforske ambivalensen. Å utforske ambivalensen med pasienten kan hjelpe han til å sortere tanke og følelser i forhold til røykeslutt, og dette gir pasienten et tydeligere bilde på hans nåværende situasjon. Mestring er viktig for å kunne klare å gjennomføre røykeslutt, og sykepleieren må være en god støttespiller for pasienten ved å vise at hun har tro på pasientens evne til å utføre endringen (Ivarsson, 2017).

Sykepleieren må utforske pasientens tiltro til egen mestring, og på denne måten kan både pasienten og sykepleieren få en bedre innsikt i pasientens motivasjon for røykeslutt. For å utforske mestringskompetansen til pasienten, kan sykepleieren bruke åpne spørsmål og refleksjoner under refleksiv lytting. Som sykepleier er viktig å hjelpe pasienten slik at han får

mestringsforvenning. Pasienten må tro at han skal klare det, og forvente at hans endringer vil føre til det ønskede utfallet, røykeslutt. Sykepleieren må her styre samtalen slik at fokuset er på tidligere positive erfaringer med røykeslutt, og inn på pasientens positive mestringserfaringer (Ivarsson, 2017). Davis, et al. (2011) sin studie fastslår at det er viktig å komplimentere og bygge på pasienters tidligere erfaringer med røykeslutt, og at man som helsepersonell skal alltid støtte opp under disse positive erfaringene. Hver et forsøk på røykeslutt viser fremgang, motivasjon og dette kan sykepleieren bruke som en positiv resurs som hun kan bruke hos pasienten (Davis, et al., 2011).

Ofte kan man møte motstand hos pasienten, og sykepleieren kan minske denne motstanden ved å lytte og bekrefte, samt reflektere hva pasienten forteller og føler. Motstanden pasienten eventuelt gir, kan gi verdifull informasjon om det sykepleieren informerer og underviser om virker for pasienten. Dersom motstand oppstår er det viktig at sykepleieren reflekterer dette. Ved bruk av refleksjon viser sykepleieren at hun forsøker å forstå pasientens perspektiv uten å være dømmende (Ivarsson, 2017).

5.4 Hvordan kan sykepleier bruke refleksiv lytting under motiverende samtale?

I dette underkapitlet vil jeg vise hvordan sykepleier kan bruke refleksiv lytting under motiverende samtale om røykeslutt. Det vil også bli vist eksempler på hvordan sykepleieren kan bruke de forskjellige prinsippene i refleksiv lytting under motiverende samtale, som inneholder åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelse.

Åpne spørsmål

Eksempel på åpent spørsmål: *Hva kan du gjøre for å nå ditt mål om røykeslutt?*

Eksempel på lukket spørsmål: *Hvor mange sigaretter røyker du per dag?*

Det er viktig for sykepleieren under motiverende samtale å stille flere åpne spørsmål enn lukkede. Ved lukkede spørsmål er svaret ofte enten ja eller nei. Åpne spørsmål starter ofte med ord som *hva, hvordan, på hvilken måte og fortell*. Et åpent spørsmål viser interesse fra sykepleieren og inviterer pasienten til å fortelle det han ønsker å fortelle. Dette er avgjørende for å etablere tillit og grunnlag for samarbeid. Det er allikevel viktig å stille lukkede spørsmål, ved innsamling av informasjon (Ivarsson, 2017). Ved å spørre pasienten hva han selv kan gjøre for å nå sitt mål åpner man opp for at pasienten kan fortelle om hva slags planer han har

for røykeslutt, og på denne måten kan sykepleieren støtte opp under pasienten ved at hun kan bekrefte at han for eksempel har en god plan liggende foran seg.

Refleksjoner

Pasient: Jeg vet at jeg burde slutte å røyke, men jeg har hatt lite overskudd og lyst til å gjøre det. Jeg sluttet i fire uker for noen år siden.

Sykepleier – enkel refleksjon: ... det er bra at du vet at du burde slutte ...

Sykepleier – kompleks refleksjon: Du skulle ønske at du hadde overskudd til å finne motivasjon til å slutte. At du klarte å slutte i fire uker viser styrke og motivasjon, det burde du ta med deg videre i denne prosessen.

Refleksjoner blir også kalt speilinger. Dette er en sentral kommunikasjonsferdighet i motiverende samtale. Refleksjon betyr at sykepleieren speiler tilbake til pasienten hva man har hørt og oppfattet av det pasienten har sagt. Refleksjon er delt inn i nivå, som kalles for *enkel* refleksjon eller *kompleks* refleksjon. Enkel refleksjon speiler man eksakt hva pasienten har sagt, eller bruke et annet ord med samme betydning. Kompleks refleksjon er når man forsøker å fange den underliggende meningen, tanken eller følelsen som pasienten prøver å formidle (Ivarsson, 2017).

Sykepleieren må komme med kontinuerlig refleksjoner gjennom hele samtalen. Ved at sykepleieren bruker åpne spørsmål samt refleksjoner, legger hun til rette for at pasienten kan gi uttrykk for motivasjon, ønsker for røykeslutt og en plan for dette, samt at pasienten selv kan komme med motiverende utsagn som sykepleieren kan bruke. (Ivarsson, 2017).

Oppsummeringer

Sykepleier: Det virker som om du vet at røykeslutt vil hjelpe deg til å få en bedre livsstil, og du har planer om å gjøre det, men du mangler motivasjon til dette.

Oppsummeringer skal være påstander. Sykepleieren forteller hvordan det *er* – og spør ikke pasienten *om* det er slik (Barth & Näsholm, 2009). Oppsummeringer består av et lengre referat av det pasienten har fortalt, og brukes når sykepleieren føler det naturlig å klargjøre og forstå det som fortelles. Ofte innebærer oppsummeringer at man går et trinn videre i samtalen eller bytter fokus. På grunn av dette innebærer oppsummering en stor mulighet til å samle og betone det som man som sykepleier ønsker å forsterke (Ivarsson, 2017).

Bekreftelse

Sykepleier: Du jobber hardt med dette. Du er en sterk person med mange positive og riktige tanker om hvordan du kan slutte å røyke.

Bekreftelse innebære at sykepleieren kommer med ytringer som viser at hun ser og setter pris på pasienten som person, samt pasientens egenskaper, styrke og kompetanse. Det er viktig at bekreftelser er ekteføyte, og bør helst komme i *du* – form for å ikke bli oppfattet som hjelperens egne meninger eller vurderinger. Ofte blir bekreftelse nevnt som den viktigste komponenten i MI (Barth & Näsholm, 2009).

Når sykepleieren oppsummerer det pasienten har sagt og det sykepleieren har hørt, vil dette oppleves som empatisk for pasienten. Pasienten vil få en følelse av å være forstått, samt at han selv hører selv hva han tenker og sier ved at sykepleieren kommer med en oppsummering. Dette vil også gi rom for refleksjoner for pasienten. Videre er det viktig at sykepleierne bekrefter hva pasienten sier og føler, og det er svært viktig at denne er ekteføyte. Dette gjør det mulig for pasienten å være mer åpen med sykepleieren. Ved riktig bruk av oppsummering og bekreftelse kan dette vise at sykepleieren er en god støttespiller og samarbeidspartner, ved at hun prøver å forstå og få med seg hva pasienten ønsker å formidle (Barth & Näsholm, 2009).

5.5 Kritikk av motiverende samtale

Motiverende samtale er en svært anerkjent metode. Denne metoden brukes på de aller fleste livsstilsområder og ved behandling av flere somatiske og psykiske lidelser (Ivarsson, 2017). Metoden er uten tvil godt utbredt og populær, og blir brukt mange steder i helsevesenet. I dette kapitlet vil jeg drøfte om hvorvidt motiverende samtale har god effekt mot røykeslutt.

I forskningsstudien til Lindqvist, et al., (2013) er det forholdsvis 19% som oppnår røykeslutt med motiverende intervju, kontra 14% som oppnår røykeslutt ved vanlig røykesluttbehandling. Dette gir en svært liten økning i antall som oppnår målet med røykeslutt hvor helsepersonellet har inkorporert motiverende samtale, en økning på kun 5%. Dette er ikke en imponerende stor økning, men det er dog allikevel flere pasienter som gjennomfører

og opprettholder røykeslutt med motiverende samtale. Studien *Motivational interviewing versus prescriptive advice for smokers who are not ready to quit* (Davis, et al., 2011) fikk forskningsresultater som viste at pasienten som mottok motiverende samtale oftere fortsatte med røykeavvenningsprogrammet enn de som ikke mottok det. Lindson-Hawley, Thompson og Begh (2015) har i sin forskningsstudie gjennomgått forskningsartikler fra 1997 til 2014 som omhandler metoden motiverende samtale og røykeslutt. Funnene var at individuelle samtaler kan øke sannsynligheten for røykeslutt dersom pasienten får tilbud og mulighet for videre oppfølging og flere individuelle samtaler. Tilnærmingen med bruk av motiverende samtale kontra vanlig behandling eller råd visste noe bedre effekt. Alle disse tre studiene har likheter med hverandre, og viser til at det ikke er en imponerende stor økning i antall pasienter som gjennomfører røykeslutt selv med motiverende samtale.

Det er vanskelig å måle effekt av motiverende samtale, og selv om det nødvendig ikke gir eller viser umiddelbare resultater i forskningen som er blitt presentert i oppgaven, er det fullt mulig at intervensjonen med motiverende samtale kan sette i gang en prosess hos pasienten som til slutt ender med røykeslutt. Studiene viser at motiverende samtale har en relativt god effekt på røykeslutt. På bakgrunn av disse forskningsresultatene er det viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan hun kan bruke motiverende samtale til å hjelpe og undervise pasienter med røykeslutt, og hvordan dette kan være et effektivt hjelpemiddel i behandlingen av røykeslutt.

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på hvordan sykepleier kan bruke motiverende samtale til å motivere pasienter til røykeslutt etter et hjerteinfarkt, hvor hovedfokuset til sykepleier har vært refleksiv lytting under motiverende samtale. Forskning har vist at det er svært mange som sliter med røykeslutt etter et hjerteinfarkt (Sverre, et al., 2017) og i Arntzen og Sandvold (2013) sin studie om behov for informasjon og undervisning om røykeslutt viste at det var viktig å få behandling og oppfølging over lengre tid. Det er derfor viktig å gjøre pasienten til en aktiv deltaker i undervisningen om røykeslutt og røykens skadevirkninger under rehabiliteringsoppholdet. Pasienten vil da få styrket sine egne ressurser slik at han kan ivareta sin egenomsorg og etter hvert opprettholde en røykeslutt (Stubberud & Ellingsen, 2016), samt være en aktiv deltaker under motiverende samtale som verktøy.

For at sykepleieren skal motivere pasienten til røykeslutt under motiverende samtale er det svært viktig at sykepleieren uttrykker empati ovenfor pasienten. Sykepleieren kan bruke refleksiv lytting som et verktøy under motiverende samtale om røykeslutt, og ved å blant annet bruke åpne spørsmål, refleksjoner og bekreftelse. Sykepleieren må vise at hun forstår pasientens opplevelse av seg selv og situasjonen han er i. For å øke pasientens motivasjon må sykepleieren sammen med pasienten utvikle diskrepans, for å så utforske problemet med røyking videre og være bekreftende ovenfor pasientens situasjon og følelser. Sykepleieren må undersøke hvordan pasienten ønsker å ha det i fremtiden, og bruke dette som en motivasjonsfaktor for pasienten. Ved å bruke refleksiv lytting under motiverende samtale (Ivarsson, 2013) får sykepleieren mulighet til å utforske hva pasienten selv tenker om egen situasjon. Sykepleieren er i en situasjon hvor hun kan hjelpe pasienten til å se sine positive egenskaper og øke kunnskapsnivået ved undervisning om røyk og dens skadevirkninger, slik at pasienten kan bygge opp motivasjon til røykeslutt.

Forskning som er blitt presentert i oppgaven om motiverende samtale har vist at det ikke er en overveldende stor andel av pasienter som får tilbud om dette som opprettholder røykeslutt kontra de som ikke får motiverende samtale. Det er dog allikevel en høyere andel som slutter å røyke etter motiverende samtale. Sykepleiere kan derav bruke denne metoden for å motivere pasienter til røykeslutt etter et hjerteinfarkt, med god effekt.

Referanser

- Amundsen, B. H., & et.al. (2008). Koronarsykdom. I R. Bahr, *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Arntzen, A., & Sandvold, B. (2010). Hvordan veilede om røykeslutt? *Sykepleien Forskning* 3 (5),182–190. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/10/hvordan-veilede-om-roykeslutt>
- Barth, T., & Näsholm, C. (2009). *Motiverende samtale - endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Davis, M. F., Shapira, D., Windsor, R., Whalen, P., Rhode, R., Miller, H. S., & Sechrest, L. (2011). Motivational interviewing versus prescriptive advice for smoker who are not ready to quit. *Patient Education and Counseling* 83, 129-133. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.024>
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D.-G. (2015). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Gjeilo, K. H., Stenseth, R., Klepstad, P., Lydersen, S., & Wahba, A. (2010). Patterns of smoking behaviour in patients following cardiac surgery. A prospective study. *Scandinavian Cardiovascular Journal* 44, 295-300. Hentet fra: <https://doi.org/10.3109/14017431.2010.500395>
- Govatsmark, R. E., Digre, T., Sneeggen, S., Karlsaune, H., & Bønaa, K. H. (2017). Resultater. I N. Hjerterefarktregister, *Årsrapport 2016* (s. 13). . Hentet fra <https://stolav.no/seksjon/Hjerterefarktregisteret/Documents/%C3%85rsrapporter/%C3%85rsrapport%202016/%C3%85rsrapport%202016.%20Norsk%20hjerterefarktregister%20Kapittel%203%20-%20Resultater.pdf>
- Grimsmo, J. (2011). Hjerterehabilitering. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen (red.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2017). *Forebygging av hjerte- og karsykdom: Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Forebygging%20av%20hjerte-%20og%20karsykdom.pdf>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal.

- Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende samaler*. Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Johannessen, T. (2009). Akutt koronarsyndrom. I *Norsk elektronisk legehåndbok*.
www.legehandboka.no.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, N. Finn, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- LHL. (2015, 22 juni). *Hjerterehabilitering ved LHL-klinikkene Feiring*. Hentet fra:
<https://www.lhl.no/klinikkene/vare-tjenester/hjerterehabilitering/hjerterehabilitering-ved-lhl-klinikkene-feiring/>
- Lindqvist, H., Forsberg, L. G., Forsberg, L., Rosendahl, I., Enebrink, P., & Helgasjon, A. R. (2013). Motivational Interviewing in an ordinary clinical setting: A controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline 38, 2321-2324. Hentet fra:
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.002>
- Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P., & Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). Hentet fra: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
- Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. § 4. (2018).
- Lov om pasient - og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. § 3-1, § 3-2.
- Lov om spesialisthelsetjenesten. [LOV-2017-06-16-55](#) . §1-1. (2018)
- McKee, G., Biddle, M., O'Donnell, S., Mooney, M., O'Brien, F., & Moser, D. K. (2014). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients intentions to attend? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 13 (4), 329-337. Hentet fra:
DOI: 10.1177/1474515113496686
- Miller, R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverende samtale - støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Helseinformatikk. (2015). *Akutt hjerteinfarkt - en oversikt*. Hentet fra:
<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/>
- NSF. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Persson, J., & Stagmo, J. (2008). *Perssons Kardiologi. Hjärtsjukdommer hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Peters, E. A., & Keeley, E. C. (2017). Trends and Predictor of Participation in Cardiac Rehabilitation Following Acute Myocardial Infarction: Data From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of the American Heart Association* 1, 1-6. Hentet fra: <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007664>
- Rienecker, L., Jørgensen, P. S., & Skov, S. (2012). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schirmer, H., Bønaa, K. H., Hanssen, T. A., & Olsen, S. J. (2017). Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 17 (3), 273-279. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474515117737766>
- St.meld. nr.21 (1998-99). *Ansvar og meistring*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99/id431037/sec1>
- Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved primærforebygging av hjertesykdom. I D.-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Oslo: Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G., & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Oslo: Cappelen Damm.
- Sverre, E., Peersen, K., Husebye, E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Moum, T., . . . Munkhaugen, J. (2017). Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovascular Disorders* 17 (40). Hentet fra: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-016-0387-z>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient - og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wenger, N. K. (2008). Current Status of Cardiac Rehabilitation. *Journal of the American College of Cardiology*, ss. 1619-1631.
- WHO. (2017). *Track 1: Community empowerment. 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes*. Hentet fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2015). Hjerte - og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gransmo (red.), *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk .