



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling Folkehelse

4BACH

Heidi Guldseth Heksem og Kristina Haugen

Veileder: Bente Bjørslund

Veiledning til røykeslutt hos kolspasienter

Guidance to smoking cessation for patients with copd

Antall ord: 12249

Bachelor i sykepleie

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Vi har valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan veilede pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) til røykeslutt. Røyking er hovedårsaken til kols og det eneste som kan bremse utviklingen av sykdommen er røykeslutt. Formålet med oppgaven er å finne gode veiledningsmetoder knyttet til røykeslutt, samtidig som vi ønsker å tilegne oss ytterligere kunnskaper og øke kompetansen rundt temaet. Problemstillingen er som følgende: *“Hvordan kan sykepleiere veilede kolspasienter til røykeslutt?”* Oppgaven er skrevet som et litteraturstudie og består av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og praksiserfaringer. Teorien bygger på atferdsendring i form av den transteoretiske modell og den sosial kognitive læringsteori. I tillegg presenteres sykepleierens pedagogiske og helsefremmende funksjon. Joyce Travelbee blir brukt som sykepleieteoretiker. Vi konkluderer med at sykepleieren må vise forståelse for pasientens situasjon samtidig som hun motiverer han til endring. Sykepleieren vil kunne hjelpe pasienten på veien mot røykfrihet, men det er pasienten selv som må ta valget. Valget pasienten tar skal respekteres av sykepleieren.

*Om jeg vil lykkes
med å føre et menneske mot et bestemt mål
må jeg først finne det, der det er
og begynne akkurat der*

*Den som ikke kan det
lurer seg selv
når han tror han hjelper andre*

*For å hjelpe noen
må jeg imidlertid forstå mer enn hva han gjør
men først og fremst
forstå det han forstår*

*Om jeg ikke kan det
så hjelper det ikke at jeg kan og vet mer*

*Vil jeg allikevel vise hvor mye jeg kan
så er det fordi jeg er forfengelig og hovmodig
og egentlig vil bli beundret av den andre
istedenfor å hjelpe han*

*All ekte hjelpsomhet
begynner med ydmykhet for den jeg vil hjelpe
og dermed må jeg forstå
at det å hjelpe
ikke er å ville herske
men å ville tjene*

*Kan jeg ikke dette, så kan jeg heller
ikke hjelpe noen*

Søren Kierkegaard

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. INNLEDNING.....	6
1.1 Bakgrunn for oppgaven	6
1.2 Våre erfaringer	7
1.3 Sykepleiefaglig sammenheng.....	7
1.4 Hensikt og problemstilling	7
1.5 Avgrensning av oppgaven	8
2. METODE.....	9
2.1 Litteratursøk	9
2.2 Presentasjon av forskningsartikler og selvvalgt litteratur.....	10
2.3 Kildekritikk	12
2.4 Etisk vurdering	14
3. TEORI.....	15
3.1 Fysiologiske aspekter	15
3.1.1 Kols og røyking	16
3.1.2 Avhengighet	16
3.1.3 Positive innvirkninger på helsen ved røykeslutt.....	17
3.2 Røyketrender og røykesluttintervensjoner.....	17
3.2.1 Fra status til stigma.....	18
3.3 Atferdsendring.....	18
3.3.1 Den transteoretiske modell	19
3.3.2 Den sosial kognitive læringsteori	22
3.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	22
3.4.1 Sykepleierens etiske og juridiske ansvar i helsefremmende arbeid.....	23
3.4.2 Joyce Travelbee - Helsefremmende undervisning.....	23
4. DRØFTING	26
4.1 «Jeg er i tvil om jeg klarer meg uten røyken»	26
4.2 «Jeg har tro på at jeg klarer å bli røykfri»	30
4.3 «Det gikk bra helt fram til...»	33
4.4 «Røykinga ble bare en bisak»: Barrierer i veiledningsarbeid.....	35
4.5 «Vi blir en slik utstøtt gruppe til slutt...».....	36
5. KONKLUSJON.....	39

6. LITTERATURLISTE	40
Vedlegg 1 - Litteratursøk.....	46
Vedlegg 2 - Kolsklassifisering etter GOLD-kriterier	50
Vedlegg 3 - Selvvalgt litteratur.....	51

1. INNLEDNING

Vi har valgt temaet veiledning til røykeslutt hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Vi vil fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan veilede kolspasienter til røykeslutt gjennom å bruke endringsmodellen til Prochaska og DiClemente, samtidig som vi bruker motiverende intervju som et verktøy i prosessen. Banduras sosial kognitive læringsteori er også anvendt. Vi mener veiledning til røykeslutt hos kolspasienter er et spennende og viktig tema. Likevel opplever vi dessverre at det i praksis er et tilsidesatt tema.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I dag lever rundt 400 000 nordmenn med kols. Hvert år dør rundt 2000 mennesker av kols i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Halvparten av de som har sykdommen er ikke diagnostisert, og det er skremmende at forekomsten av sykdommen er stigende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Verdens helseorganisasjon anslår at kols innen 2020 vil være den tredje hyppigste årsaken til død på verdensbasis (Folkehelseinstituttet, 2015). Den største risikofaktoren til kols er sigarettøyking, to av tre kolstilfeller skyldes røyking. Videre er yrkeseksponering av luftforurensende stoffer, tidligere astmadiagnostiserte personer, genetikk og nedsatt lungevekst i tidlig alder nevneverdige risikofaktorer for utvikling av kols (Helsedirektoratet, 2012). I følge Statistisk sentralbyrå (2015) var det i 2014 13% daglige røykere i aldersgruppen 16-74 år i Norge. Det er en markant nedgang fra 2004 da det var 26% daglige røykere. I Norge dør rundt 5100 mennesker av sykdommer forårsaket av røyking (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Hvert år antas det at hvert sjettede dødsfall i Norge har forbindelse med røyking. Røyking vil være en alvorlig trussel også i framtiden med tanke på helsen. Verdens helseorganisasjon mener røyking forårsaker flere tapte leveår enn noen annen enkeltårsak og røyking er den ledende enkeltårsaken til død i Norge, i tillegg til at røyking bidrar kraftig til økt sykkelighet i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Arbeidet med å redusere røyking i befolkningen er svært viktig for å forebygge helseskade. Når man først har blitt syk kan røykeslutt gi store helsegevinster (Prescott & Børtveit, 2004). Røykeslutt er den viktigste og eneste kjente behandlingen som bremser utviklingen av kols (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). For å slutte å røyke kreves en atferdsendring. Det vil av den grunn være viktig at vi som sykepleiere vet hvordan vi skal hjelpe pasienter til å ta steget mot røykeslutt, og hvordan vi skal hjelpe de gjennom prosessen mot å bli røykfri (Prescott & Børtveit, 2004).

1.2 Våre erfaringer

Våre erfaringer gjort ut ifra praksis er at mange pasienter med kols fortsetter å røyke selv etter stilt diagnose. Vi har begge møtt mange kolspasienter i ulike situasjoner, og har latt oss engasjere av opplevelsene pasientene har med å leve med denne diagnosen. Vi lurer på hva som skal til for at kolspasienter skal klare å stumpe røyken? Det er vanskelig for oss å forstå hvorfor en med nedsatt lungekapasitet, en som har fått en alvorlig kronisk sykdom på grunn av røyk, likevel fortsetter å røyke. Det å vite hva man skal si til en som røyker er utfordrende. Hva kan vi si uten å støte røykeren? Hva kan vi gjøre for å veilede og motivere til røykeslutt? Vi har i praksis ofte opplevd at sykepleiere i liten grad tar opp temaet røyking med kolspasienter. Begge har vi liten eller ingen erfaring med hvordan vi skal veilede pasienter til røykeslutt.

1.3 Sykepleiefaglig sammenheng

Sykepleierens grunnleggende funksjoner kan deles inn i sju områder (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). *Helsefremming og forebygging*, og *undervisning og veiledning* er to av funksjonsområdene. Av den grunn er vår oppgave svært aktuell når det gjelder sykepleierfaget. Røykeslutt hos kolspasienter vil være sekundærforebygging. Sekundærforebygging handler om å identifisere økt risiko for helsesvikt, for deretter å sette inn tiltak for å hindre videre helsesvikt. Undervisning og veiledning er funksjoner som handler om å medvirke til motivasjon, mestring, utvikling og læring. I forbindelse med pasienter er denne funksjonen knyttet til behov for forståelse og kunnskap som forutsetning for å ta valg knyttet til å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2011).

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å komme fram til gode veiledningsmetoder knyttet til røykeslutt hos kolspasienter. Vi legger vekt på pasientens rett til selvbestemmelse og belyser hvordan sykepleieren gjennom veiledning kan styrke pasientens tro på egen mestringsevne. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss kunnskaper og kompetanse om motivering og veiledning til røykeslutt. Vår problemstilling er som følger:

“Hvordan kan sykepleiere veilede kolspasienter til røykeslutt?”

1.5 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å benytte oss av et fiktivt case. Ved at caset er fiktivt vil det ikke medbringe etiske utfordringer med tanke på at pasienten ikke kan gjenkjennes. Caset vil hjelpe oss med å konkretisere diskusjonen av anvendt forskning og teori. Ved å bruke et case vil diskusjonen ha en mer konkret framgangsmåte da det vil fungere som ramme for diskusjonen. Selv om pasienten i caset har kols stadium 3, er ikke oppgaven avgrenset i den grad at vi har utelukket kolspasienter i andre stadier av sykdommen. Oppgaven hadde vært identisk uavhengig av hvilket stadium av kols pasienten i caset hadde hatt. Pasienten i caset er kun ment til å statuere et eksempel. Framgangsmåten for å veilede kolspasienter til røykeslutt vil være lik ved alle stadier av kols. Det som er utslagsgivende for veiledningens framgangsmåte vil være pasienten og ikke diagnosen. Vi har avgrenset oppgaven i form av at veiledning vil foregå mellom pasient og sykepleier, ikke i gruppe, og at pasienten møter sykepleieren på en arena hvor det er avsatt tid til veiledning. Caset blir presentert i drøftingskapittelet.

2. METODE

Dalland (2012) viser til Aubert (1985, s. 196) når han definerer metode: "En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Dalland, 2012, s. 111). Vi ser på metode som et verktøy til å undersøke informasjon vi ønsker å ta i bruk for å besvare oppgavens problemstilling.

2.1 Litteratursøk

Metoden som er anvendt i denne oppgaven er en litteraturstudie. Oppgaven er bygd opp av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og kvantitativ og kvalitativ forskning. Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode innebærer å innhente målbare data som kan gi statistikk i prosent eller over gjennomsnitt (Dalland, 2012). Kvalitativ metode innhenter sammenhengende informasjon fra opplevelser og oppfatninger som ikke kan måles eller tallfestes. En kvantitativ metode tar for seg et større omfang deltakere enn en kvalitativ metode, men går ikke i dybden slik en kvalitativ metode gjør. Man kan stille seg kritisk til begge metodene. I en kvantitativ metode vil deltakerne få et spørreskjema som gir lite rom for deltakerens opprinnelige mening, likevel vil metoden gi et godt innblikk i hva store andeler av befolkningen opplever på bakgrunn av metodens tallrike respondenter. Det kritiske ved kvalitativ metode er at det er få respondenter, noe som vil gi et dårligere resultat sett befolkningsmessig. Vi har i hovedsak valgt å bruke kvalitative forskningsartikler da de egner seg godt til å belyse og besvare problemstillingen i vår oppgave. I tillegg har vi valgt å anvende noen kvantitative forskningsartikler for å kunne se sammenhenger i et større omfang sett befolkningsmessig (Dalland, 2012).

Forskningsartikler er funnet gjennom søk i ulike databaser i høgskolens bibliotek. Databasene vi har brukt til litteratursøk er Oria, SveMed+, Chinal og Sykepleien Forskning. Søkekombinasjoner vi har anvendt er: "røykeslutt", "atferdsendring", "kols AND brukermedvirkning" "smoking cessation intervention AND copd", "copd AND stigmatisation", "copd AND empowerment", "smoking cessation AND copd AND motivate", "behaviour change model AND smoking cessation", "transteoretical model AND smoking cessation" og "Prochaska Diclemente stages of change AND smoking cessation". Krav til valg av artikler var at de ikke skulle være eldre enn ti år, og at de skulle være i fulltekst. Av de artiklene vi fant gikk vi igjennom titlene og ekskluderte de som ikke hadde temaer relatert til

vår oppgave. Vi leste sammendraget av de artiklene vi hadde valgt ut i fra tittel. Ved å lese sammendrag fikk vi ekskludert artikler som ikke hadde relevans og satt til slutt igjen med åtte artikler. Vi har utarbeidet en tabell for å presentere søket etter forskning (se vedlegg 1).

2.2 Presentasjon av forskningsartikler og selvvalgt litteratur

Hvordan veilede om røykeslutt? Arntzen, A. & Sandvold, B. (2010).

Studiens hensikt var å presentere hvilke erfaringer og opplevelser pasienter og helsepersonell har med røykesluttveiledning i sykehus. Det er brukt en kvalitativ metode i studien hvor det ble gjennomført intervjuer blant elleve pasienter og ti helsepersonell. Studien konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget og veiledningskompetansen hos helsepersonell bør heves, og at rammevilkårene rundt veiledningssituasjoner bør bli bedre. Når, hvor og metode for veiledningen må vurderes nøye. Pasientene bør være premissleverandører og tilbys oppfølging over en lengre periode.

Kunsten å forbli røykfri. Knapstad, A. (2007).

Studiens hensikt var å utarbeide rådgivning- og oppfølgingsmetoder i assosiasjon med røykeslutt hos kolspasienter. Det ble brukt en kvalitativ metode hvor seks kolspasienter besvarte et spørreskjema og deltok i et intervju. I studien kommer det fram at motivasjon og mestring til varig røykeslutt avhenger av om kolspasienten føler mulighet for bedring. Fokuset må rettes mot gevinst og mulighet for bedring, kontra skader, negativ utvikling og press. Videre viser resultatet at det er sammenfall mellom informantenes egenvurdering av mestringskontroll og resultat, og at oppfølging av kolspasienter er særdeles betydningsfullt.

“I don't mind damaging my own body” A qualitative study of the factors that motivate smokers to quit. Bethea, J., Murtagh, B. & Wallace, S. E. (2015).

Denne studien hadde som mål å utforske problemer knyttet til røykeatferd og intensjoner for å slutte å røyke som kan brukes til å utvikle røykesluttintervensjoner. Tretti personer deltok i studien. Sytten av dem var pasienter som skulle slutte å røyke, og tretten var fagfolk som arbeidet innenfor helsevesenet, det ble anvendt fokusgrupper og halvstrukturerte intervjuer. Studien viser at røykere var mer opptatt av hvordan røykingen deres påvirket helsen til familien og venner, framfor deres egen helse. Studien konkluderer med at folkehelsemeldinger som omhandler risikoer ved røyking og tilnærminger for å slutte, bør

fortsette å legge vekt på farene som en persons røyking har på livene til menneskene rundt dem.

Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. Bartlett, Y. K., Sheeran, P. & Hawley, M. S. (2014).

Dette er en metaanalyse som hadde som mål å identifisere teknikker ved atferdsendringer som er forbundet med større effektivitet i røykeavvenningstiltak for personer med kols. Studien viser blant annet at det å øke motivasjon og vurdere nikotinavhengighet kan virke mot sin hensikt, mens tilrettelegging av handlingsplaner og å vise sammenheng mellom røyking og kols viste seg å ha effekt.

Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. Quist-Paulsen, P. & Gallefoss, F. (2003).

Dette er en randomisert og kontrollert studie hvor 240 pasienter ved en norsk sykehusavdeling deltok. Studiens hensikt var å finne ut om sykepleierdrevet røykesluttintervensjon påvirker forekomsten av røykeslutt hos pasienter innlagt med koronar hjertesykdom. Intervensjonen gikk blant annet ut på å spille på frykt og gi informasjon om hvordan hindre og identifisere risikosituasjoner for tilbakefall. Pasientene fikk regelmessig oppfølging etter utskrivelse. Resultatet i studien viser at oppfølging øker sjansen for at pasientene holder seg røykfri.

Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. Lund, M., Lund, K. E. & Rise, J. (2005).

Bakgrunn for studien var å kartlegge røykeslutt i ulike sosioøkonomiske grupper i Norge. Dataene som er anvendt i studien er hentet fra Statistisk sentralbyrås årlige røykevaneundersøkelser som de har utført på oppdrag fra sosial- og helsedirektoratet. Studien viste at slutttraten økte med økende sosioøkonomisk status. Skjevfordelingen i de sosioøkonomiske gruppene forklares med ulik kunnskapsinnsikt knyttet til røykeslutt.

Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. Halding, A. G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011).

Studien tar sikte på å forstå hvordan pasienter med kols opplever det å leve i et samfunn som legger stor vekt på røykesluttintervensjoner. Det er anvendt en kvalitativ metode i studien hvor tretten menn og fem kvinner deltok. Studien viste at pasientene følte seg stigmatisert av samfunnet som så på kols som en selvpåført sykdom. Pasientene følte også skam og

manglende støtte fra deres sosiale nettverk, helsepersonell og samfunnet generelt. Studien konkluderer med at helsepersonell som møter kolspasienter bør ha fokus på både røyking og psykososial støtte.

Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012).

Dette er en kvalitativ studie hvor seks informanter deltok. Studien hadde som hensikt å få større innsikt i hvordan kolspasienter som er sykehusinnlagt på grunn av kolsforverring opplever å medvirke i egen helsehjelp. Videre belyser studien at mangel på kunnskap om hvordan og når pasienter selv skal kunne medvirke er til stede. Forfatterne konkluderer med at både pasient- og sykepleierrollen må endres slik at rollene samsvarer mer og blir likeverdige. Sykepleierens rolle bør bli mer lyttende, mens pasientens rolle oppfordres til å bli mer aktiv med større tiltro til egen kunnskap.

Til å besvare oppgaven anvender vi bøkene “Motiverende intervju: Samtaler om endring (2013)”, “Motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren (2010)” og “Helse og atferdsendring (2004)”. Heftet “Å snakke om endring (2009)” fra helsedirektoratet er også mye brukt. Litteraturen nevnt ovenfor tar for seg endringsfokuset veiledning som har Prochaska og DiClementes endringsprosess som utgangspunkt. Noe av litteraturen tar for seg motiverende intervju og samtaleteknikker ved atferdsendring. Dette er svært relevant da det danner store deler av teorigrunnlaget i oppgaven. Ved å anvende flere bøker er vi kritiske til valg av litteratur, samt at det sikrer kvalitet. For fullstendig oversikt over selvvalgt litteratur se vedlegg 2.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er et verktøy som brukes for å bedømme troverdigheten til kilder. Kildekritikk omhandler det å være kritisk til både kildesøket og litteraturen som blir anvendt i oppgaven. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få et innblikk i refleksjoner forfatteren har gjort rundt validitet og relevans den valgte litteraturen har, i forhold til oppgavens problemstilling (Dalland, 2012). Ved utforming av teoridelen har vi kombinert ulike litteraturer for å kvalitetssikre det vi har skrevet, samtidig som vi har vært kritiske til litteraturen som er anvendt. Litteraturen vi har brukt er i hovedsak rettet mot sykepleiere, men litteratur rettet mot annet helsepersonell er også benyttet der det kan dras paralleller mellom yrkesgruppene.

Vi har i oppgaven valgt å benytte både primær- og sekundærlitteratur, hvor primærlitteratur har blitt prioritert så langt det har latt seg gjøre. Primærlitteratur er original litteratur, det vil si tekst som er utarbeidet på bakgrunn av forskning som presenterer ny kunnskap.

Sekundærlitteratur er reanalysert materiale fra eksisterende primærlitteratur som er blitt behandlet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. I sekundærlitteratur kan tekstens perspektiv ha forandret seg. Vi har valgt å sette sekundærlitteratur i andre rekke da vi ser det som svært betydningsfullt å bruke original litteratur for å besvare oppgavens problemstilling på best mulig måte (Dalland, 2012). Likevel har vi brukt sekundærlitteratur da vi har sett på denne litteraturen som godt egnet, med god validitet og relevans til vår oppgave. Sekundærlitteraturen vi har anvendt er i forhold til Prochaska og DiClementes endringsmodell og Albert Banduras sosial kognitive læringsteori. Når det gjelder endringsmodellen har vi basert oss på fem ulike kilder parallelt. I forhold til den sosial kognitive modell leste vi utdrag av to bøker: Mæland (2010): *Forebyggende helsearbeid* og Brumoen (2007): *Vanen, viljen og valget*, som begge sier noe om den sosial kognitive læringsteori. Vi valgte vi å anvende Mæland (2010) da boken gir en oversiktlig og godt forståelig presentasjon av Banduras sosial kognitive læringsteori.

I oppgaven har vi valgt å innhente forskningsartikler bygd opp etter IMRaD-strukturen. Strukturen innebærer at de valgte artiklene har en introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Forskningsartikler bygd opp av IMRaD-strukturen har gitt oss bedre oversikt og gjort det enklere å vurdere om artikkelen er velegnet for vår problemstilling (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Et av kriteriene vi har stilt til valg av forskningsartikler er at de ikke skal være eldre enn ti år. Likevel har vi valgt å benytte en artikkel fra 2003 da vi mener innholdet fortsatt har validitet den dag i dag. Denne studien fant vi ved gjennomgang av referanser i Arntzen og Sandvold (2010). Når det kommer til valg av forskningsartikler har vi hatt fokus på hvor i verden studien er utført, og om den egner seg til vår oppgave. Av den grunn har vi valgt seks studier gjennomført i Norge, hvor to er publisert på engelsk, og to fra England. Selv om studiene er utført i England mener vi funnene er overførbare til Norge. Det må ikke utelukkes at ny forskning kan ha blitt publisert i etterkant av søkeprosessen. Når det gjelder de engelske artiklene må det tas med i betraktning at vår oversettelse og tolkning kan være avvikende fra det som står med tanke på at de ikke er skrevet på vårt morsmål. Selv om det var ønskelig at litteratur skulle være av nyere dato har vi godtatt å anvende eldre bøker som for eksempel “Mellommenneskelige forhold i sykepleien (2001)” som er en oversettelse

av Joyce Travelbees sykepleieteori fra 1971. Selv om vi er fornøyde med treffene vi fikk ut fra valgte søkeord vet vi at andre søkeord kunne gitt andre og eventuelt bedre resultat.

2.4 Etisk vurdering

Etikk handler om å vurdere de korrekte og gode normene før man handler. Etikken presenterer hvordan veiledning og positive utgangspunkt får oss til å handle riktig i utfordrende situasjoner (Dalland, 2012). I oppgaven har vi vært kritiske til funn av litteratur, og vi har hatt fokus på å ivareta og sikre personvern og troverdighet da vi har brukt erfaringer fra praksis. Litteraturen som er anvendt i oppgaven er henvist i henhold til APA-standard som underligger skolens retningslinjer. Vi har igjennom hele oppgaven vært nøye med å gi rett forfatter kreditt for sitt arbeid (Dalland, 2012).

3. TEORI

Teorikapittelet deles inn i fire hoveddeler. Første del beskriver hva kols er, før vi videre sier noe om sammenhengen mellom kols og røyking, fysisk og psykisk avhengighet ved røyking og positive sider ved røykeslutt. Andre del tar for seg røyketrender i Norge og hvordan lovverket har påvirket samfunnet. I del tre presenteres atferdsendring i form av endringsprosessen i korte trekk, motiverende intervjuer grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og den sosial kognitive læringsteori. Fjerde del tar for seg sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon og etiske og juridiske ansvar. Vi har valgt Joyce Travelbee til å belyse emnet og utdyper derfor hennes syn på sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon.

3.1 Fysiologiske aspekter

“Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse på sykdommer som karakteriseres av økt luftveismotstand som ikke er reversibel” (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2010, s. 122). Kols inndeles i fire alvorlighetsstadier etter GOLD-kriterier (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

- GOLD 1 - Mild kols (mild luftstrømsobstruksjon): Pasienten vet nødvendigvis ikke at han har kols. Slimproduksjon og hoste forekommer, men med unntak.
- GOLD 2 - Moderat kols (økende luftstrømsobstruksjon): Slimproduksjon og kronisk hoste vil prege pasienten, men også her med unntak.
- GOLD 3 - Alvorlig kols (alvorlig luftstrømsobstruksjon): Pasienten opplever akutte forverring av symptomer. Symptomforverring vil ha innvirkning på pasientens prognose og livskvalitet.
- GOLD 4 - Svært alvorlig kols (alvorlig luftstrømsobstruksjon): Pasienten opplever respirasjonssvikt. Det er fare for utvikling av høyresidig hjertesvikt. Livstruende kolsforverring og redusert livskvalitet er vanlige symptomer.

(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2015). For nærmere presentasjon av GOLD-kriteriene se vedlegg 3.

3.1.1 Kols og røyking

Tobakksrøyk inneholder mange skadelige stoffer, blant annet 50 kreftfremkallende stoffer (Helsenorge, 2014). Røyk irriterer lungene og fører til at mengden slim øker og blir tykkere. Flimmerhårenes funksjon blir redusert, noe som fører til en opphopning av slim og giftige stoffer. Slimet kan føre til infeksjoner og giftstoffene kan føre til inflammasjon (Quit, s.a.). En inflammasjon vil medføre arrdannelse og skader som gjør at luftveiene blir smalere og luftstrømmen reduseres. Ved tobakksrøyk vil de elastiske veggene i alveolene brytes ned og det dannes emfysem. Når lungene mister sin elastisitet vil de små luftveiene kunne klappe sammen. Dette medfører redusert evne til å transportere oksygen til blodet og at luften man har pustet inn ikke automatisk blir pustet ut igjen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Hos personer i 40-50-årsalderen som har røyket tjue sigaretter daglig i over tjue år, er hoste og tung pust symptomer på kols. Tjue år med røyking har ført til inflammatoriske forandringer i luftveiene som ofte utløser en luftveisinfeksjon. Økt slimproduksjon og morgenhoste, samt nedsatt kondisjon er symptomer som kan ha vært til stede hos kolspatienten lenge før luftveisinfeksjonen oppstår og pasienten er nødt til å kontakte lege. Sen kontakt med lege kan føre til at pasienten i lang tid går rundt uten å vite at han har kols (Giæver, 2008).

3.1.2 Avhengighet

Nikotin finnes i tobakk og er et avhengighetsskapende og giftig stoff. Avhengighet kan forekomme hurtig, og ved gjentakende bruk av nikotin blir 85% avhengige. Nikotin gir en stimuli som fører til gjentakende bruk samtidig som fravær av nikotin gir abstinenssymptomer. Avhengigheten nikotin skaper overgår avhengigheten man får av stoffer som kokain og heroin. Ved sigarett røyking passerer nikotin fra lungene og over til blodbanen som transporterer stoffet til hjernen på få sekunder. I hjernen binder nikotin seg til reseptorer, noe som fører til at det frisettes signalstoffer. Et av signalstoffene er dopamin, et stoff som gir en følelse av lykke og velbehag. Får ikke kroppen nikotin når man er nikotinavhengig kan abstinenssymptomer forekomme. Abstinenssymptomer preges av bekymring, stress- og urofølelse (Helsedirektoratet, 2011). Røyking gir også psykisk og sosial avhengighet. Suget etter en røyk er like mye, om ikke mer, knyttet til vanen som til nikotinen. Vanen med å rulle, tenne og inhalere røyken assosieres med belønning, avkobling og velbehag (Mæland, 2010). Hos personer som røyker ofte kan røykingen få et vanepreg. Det innebærer at man røyker med jevne mellomrom til bestemte tidspunkt uten at man tenker spesielt over hva man gjør (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Mange bruker røyken til å gi omsorg til seg selv ved at de får en

pause fra kravene. Videre er røyking knyttet til sosialt felleskap, kos og hygge. Det å se andre røyke vil være med på å øke røykelysten. Bestemte situasjoner kan være knyttet til røyking, som for eksempel røyk etter middagen eller i sosiale sammenkomster (Mæland, 2010). Mange røykere føler kun at fem av de tjue sigarettene de røyker daglig gir velbehag. Av den grunn må det være mer enn forhåpningen om lykke og velbehag som virker inn på at personer fortsetter å røyke. Personer forteller ofte at de føler en sterk trang til å røyke, en trang som er ulik og sterkere enn kun ønsket om å oppnå lykke og velbehag (Barth et al., 2001).

3.1.3 Positive innvirkninger på helsen ved røykeslutt

Det er ingen overraskelse at røykeslutt er av stor gevinst for helsen. Sett helsemessig har man alt å vinne på å stumpe røyken. En gjennomsnittlig røyker vil ha stor risiko for å dø tidligere i forhold til en som ikke røyker (Mæland, 2010). Ved røykeslutt vil risikoen for tidlig død, samt risiko for hjerteinfarkt avta betraktelig, og etter 15 år vil risikoen være tilsvarende lik de som aldri har røyket (Helsedirektoratet, 2014a). Et døgn etter røykeslutt vil oksygen- og karbondioksidnivået i blodet være normalisert, noe som vil minske tung pust i hvile og aktivitet. Lungekapasiteten øker og kroppen vil etter tre døgn være nikotinfri. Fra en til ni måneder etter røykeslutt vil flimmerhårene i luftrøret livne til, noe som er avgjørende i forhold til forebygging av infeksjoner. Videre vil røykeslutt føre til mindre hoste og pusten vil være bedret etter tre til ni måneder. Etter ett år som røykfri vil immunforsvaret være styrket, noe som minsker faren for forkjølelse og annen sykdom. Når det har gått 10 år siden siste røyk, er risikoen for lungekreft og andre krefttyper halvert (Helsedirektoratet, 2010). Helsegevinstene nevnt ovenfor tydeliggjør hvor viktig røykeslutt er, spesielt etter en har fått diagnosen kols.

3.2 Røyketrender og røykesluttintervensjoner

I Norge har andelen dagligrøykere hatt en markant nedgang fra 1973 og fram til i dag. Det kan ses i sammenheng med forebyggende tiltak som blant annet holdningskampanjer, lover og økt tilbud om tobakksavvenning. I dag røyker cirka 700 000 personer i Norge daglig og skal man redusere antall dagligrøykere ytterligere kreves forsterket innsats. Lovverket er med på å begrense tilgangen til tobakk og kan sikre at mennesker i mindre grad blir utsatt for passiv røyking (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b).

3.2.1 Fra status til stigma

Tobakkspolitikken i Norge har de siste 10-årene hatt en tanke om at røykeatferden må denormaliseres. Med det menes at røyking skal være offentlig definert som uønsket atferd.

Denormalisering av røykingen kan føre til at røykerne føler seg eller blir stigmatisert.

Røykere blir i dag assosiert med personer som har lav status og personer som lar seg kontrollere av røyken (Sæbø, 2012). Sett tilbake i tid hvor røyking ble assosiert med høy status og spesielt det mannlige kjønn, er det i dag ingen stor kjønnsforskjell og gruppen med lav status er den som dominerer den største andelen røykere. Studier viser at mennesker med høyere utdanning har lettere for å bli røykfri enn mennesker med lav utdanning.

Skjevfordeling i gruppene som ønsker eller forsøker å bli røykfri, kan forklares med liten eller ingen kunnskap om hvordan endringer kan oppnås og helsegevinster røykeslutt gir (Lund, Lund & Rise, 2005). I tillegg til dagligrøykere finnes også av-og-til-røykere. De ser på egen røyking som noe annet enn dagligrøyking da de i liten grad ser på seg selv som nikotinhengige. En annen forskjell er at av-og-til-røykere ofte har høy utdanning og god inntekt sammenlignet med dagligrøykere. Av-og-til-røykerne viser å ha kontroll over røykingen ved at røykingen ofte er situasjonsbestemt (Tokle, 2012). Det er ikke bare tobakkspolitikken som påvirker personers røykevaner eller samfunnets oppfatning om røyking og røykere. Røykevaner vil også påvirkes av blant annet sosial innflytelse, media og trender og personlighetstrekk (Sæbø, 2012).

Forskjellen mellom mennesker med høy og lav status ses ikke bare i sammenheng med antall røykere, men også generelt når det gjelder helse. Man kan se en hyppigere forekomst av kols i sosioøkonomiske grupper med lav status. Behandlingsrelaterte kostnader til kols ble i 2006 satt til 1,1 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2012). På bakgrunn av at forekomsten av kols er stigende, er det grunn til å anta at årlige kostnader ved sykdommen også har steget. Om forekomsten av og kostnader ved kols skal reduseres, er det viktig at forebyggende tiltak blir igangsatt og anvendt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

3.3 Atferdsendring

For å endre levevaner må man se endring som en prosess igjennom ulike stadier.

“Endringsfokusert veiledning er en retningsgivende, klientsentrert veiledningsstil som er utviklet for å framkalle atferdsendringer gjennom å hjelpe individet til å utforske og løse ambivalens” (Helsedirektoratet, 2009, s. 8). De fleste slutter å røyke uten hjelp, men med

hjelp fra helsetjenesten kan resultatet nesten tidobles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Begrepet veiledning kan bety opplæring gjennom råd og forklaring. Pasientveiledning kan være samtale som hjelp for å håndtere situasjoner og hjelp til å lære hensiktsmessige handlemåter (Brataas, 2011).

3.3.1 Den transteoretiske modell

Prochaska og DiClemente har med utgangspunkt i studier av røyking utviklet en modell som framstiller hvordan hensiktsmessig atferdsendring kan gå for seg. Modellen fungerer som en oversikt over endringsprosessen, og kan fungere som veiviser for sykepleiere som vil hjelpe pasienter med å gjennomføre en atferdsendring. Modellen kan deles inn i fem faser: føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Med bakgrunn i disse fasene kan vi bedømme hva pasienten kan ha utbytte av for å nå det neste steget i endringsprosessen og til slutt bli røykfri (Prescott & Børtveit, 2004).

Føroverveiellesfasen: Personen som befinner seg i denne fasen er lite åpen for informasjon, ser ikke på røykingen som problematisk og har ingen tanker om å slutte. Denne tanken kan endres ved at personen for eksempel får symptomer på en sykdom. En slik utløsende handling vil kunne påvirke personen til å vurdere en endring (Helsedirektoratet, 2009).

Overveiellesfasen: Personen tenker på å gjøre en endring. Ambivalens og motstridende følelser er dominerende i denne fasen. Personen har både lyst og ikke lyst til å slutte å røyke. Kunnskap blir viktig i denne fasen, og vi som sykepleiere må framheve de positive effektene ved røykeslutt da det kan være med på å løse ambivalensen, noe som er avgjørende for å komme seg til neste fase (Helsedirektoratet, 2009).

Forberedelsesfasen: I motsetning til overveiellesfasen hvor personen tenker på røykingen og mulig endring, har personen i denne fasen beveget seg nærmere en handling og har nesten bestemt seg for å slutte. Sterk motivasjon står sentralt i denne fasen og personen leter etter en framgangsmåte og aktiverer personlige ressurser. Personen er mer åpen for å motta råd og informasjon (Barth et al., 2013).

Handlingsfasen: Denne fasen starter når personen slutter å røyke. Handlingen er synlig for andre, og fasen varer helt til den er blitt en vane. Målet i denne fasen vil være å beherske utfordringene som oppstår (Barth et al., 2013).

Vedlikeholdsfasen: Overgangen fra handlingsfasen til vedlikeholdsfasen skjer cirka seks måneder etter at handlingen ble iverksatt. Selv om den nye atferden er blitt til en vane, byr også denne fasen på utfordringer. Man må holde motivasjonen oppe, stå imot fristelser, opprettholde beslutningen om forandring og søke hjelp når det trengs (Helsedirektoratet, 2009).

Tilbakefall: Det å ha tilbakefall kan være at man enten går tilbake til atferden man tidligere hadde eller være et glipp som medvirker til læring (Helsedirektoratet, 2009). Et glipp betyr at pasienten tar en eller bare noen røyk framfor å gå tilbake til å røyke fast. Krever endringene mer arbeid og aktiv innsats over en lengre periode enn det man hadde sett for seg, kan man miste motet. Risikotanker kan oppstå, noe som kan føre til tilbakefall. En risikotanke kan være at man spekulerer i om endringene var nødvendige og om endringen var noe man ønsket å gjøre (Barth et al., 2013).

Motiverende intervju (MI): “MI er en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke fram og forsterke personens egen motivasjon” (Ivarsson, 2010, s. 9). Vi har valgt å benytte MI som samtalemetode i endringsprosessen. Verdigrunnet i MI er aktiv autonomistøtte og ikke-dømmende holdning (Barth et al., 2013). For å danne et samarbeid med pasienten er disse verdiene nødvendige. MI er en samtalemetode som brukes for å utforske aspekter ved endring, danne et samarbeid, styrke pasientens tro på mestring og øke motivasjon. MI er en spesielt godt egnet måte å møte pasienter på i tidlige stadier av endring, som i føroverveielse og overveielse (Barth et al., 2013). De grunnleggende kommunikasjonsferdighetene i MI består av *bekreftelse, åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummering:*

Bekreftelse: Sykepleieren viser pasienten at hun setter pris på og ser hennes styrke, kvalifikasjoner og anstrengelser (Ivarsson, 2010).

Åpne spørsmål: Sykepleieren forsøker å stille åpne spørsmål. Åpne spørsmål skal invitere pasienten til å gi fortellende svar. For å stille åpne spørsmål kan man benytte seg av ord som

fortell, hva, på hvilken måte og hvordan. Avgjørende for et godt samarbeid er tillitt og å vise pasienten at man er interessert i dens tanker og tankemønster. Ved å stille åpne spørsmål vil man få mer nyttig informasjon, og man reduserer risikoen for å gå glipp av viktig informasjon (Ivarsson, 2010).

Refleksjon: Med refleksjon menes at sykepleieren “gir tilbake” eller at man speiler tilbake til pasienten hva man har oppfattet av det som har blitt sagt. Ved å reflektere fyller man viktige funksjoner som det å stimulere pasienten til å fortsette og utforske følelsene og tankene sine, samtidig som man viser empati. Refleksjon vil kunne bekreftes som støtte og forståelse (Ivarsson, 2010).

Oppsummering: Oppsummering har mange av de samme funksjonene som refleksjon. Det handler om å gjengi det pasienten har fortalt for å forstå eller klargjøre det som er blitt sagt. Oppsummering kan brukes når man er i tvil om hvordan man skal gå videre i samtalen og når man skal avslutte samtalen (Ivarsson, 2010).

Det er fire sentrale prinsipper i MI-samtalen: vise *empati*, utvikle *diskrepans*, styrke *mestringstillit* og *rulle med motstand*. Empati handler om at sykepleieren gjennom *empatisk lytting* skal vise forståelse og interesse for det pasienten forteller. Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å utvikle *diskrepans*. *Diskrepans* er en opplevelse av at alt ikke er som det burde, og at noe bør forandres. For å styrke *mestringstillit* må sykepleieren vise at hun har tro på pasientens evne og forsøke å formidle håp om at endring er mulig. “Å *rulle med motstand*” er en måte å håndtere motstand på. Det gjøres ved at sykepleieren erkjenner, reflekterer og støtter det pasienten sier (Ivarsson, 2010).

Motivasjon er en samlebetegnelse på faktorer som forårsaker, påvirker, bevarer og styrer ens atferd mot å oppnå et mål (Kristoffersen, 2011). Motivasjon kan inndeles i indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er upåvirkede selvbestemte handlinger, mens ytre motivasjon er handlinger utført med press fra ytre omgivelser (Barth et al., 2013).

Ambivalens er en motstridende konflikt hvor personen blir dratt i ulike retninger av ønsker som ikke lar seg kombinere (Barth et al., 2013). Ordet *ambivalens* ble på 1900-tallet utformet av den sveitsiske psykiateren Eugen Bleuler og er “satt sammen av ordene *ambi* som betyr begge, og *valentia* som betyr styrke eller kraft” (Barth et al., 2013, s. 77).

3.3.2 Den sosial kognitive læringsteori

En annen teori som omhandler atferdsendring er *sosial kognitiv læringsteori* utviklet av Albert Bandura. Teorien har sitt utspring i den behavioristiske tradisjonen. Bandura trekker fram begrepet mestringsforventning (“self-efficacy”) som han mener er sentralt når en person bestemmer seg for valg av atferd. Mestringsforventning er personens tro på egen mestring, i hvilken grad han selv mener han er i stand til å gjennomføre en handling. Tro på egen mestringsevne er nødvendig for å kunne forsøke og eventuelt lykkes med en atferdsendring. I tillegg til mestringsforventning kreves resultatforventning (“outcome efficacy”) (Mæland, 2010). Resultatforventning er personens tanker om hva atferden eller handlingen vil medføre. I følge Bandura bestemmes personenes handling og motivasjon hovedsakelig gjennom forhåndsvurderinger av resultatforventning og mestringsforventning. Resultatforventning påvirker motivasjonen til å foreta en atferdsendring, mens mestringsforventning påvirker beslutningen og gjennomføringen av atferdsendringen. Av den grunn vil mestringsforventning og resultatforventning være viktig når pasienten skal forsøke å slutte å røyke. Mestringsforventning vil være med å påvirke hvilke mål pasienten setter seg og hvilken innsats han legger ned for å nå dem (Mæland, 2010).

3.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon

I følge Kunnskapsdepartementet (2008) har sykepleiere et ansvar når det gjelder å informere, veilede og undervise pasienter. Sykepleiere skal ha handlingskompetanse til å drive helseopplysning og forebyggende arbeid. Sykepleierens pedagogiske funksjon er å gi pasienter og pårørende informasjon, støtte, veiledning og undervisning. Når et menneske blir pasient trenger det informasjon og hjelp for å føle seg tatt hånd om (Brataas, 2011).

“*Sykepleiepedagogikk* er å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i de endrede livssituasjonene” (Brataas, 2011, s. 18). Sykepleiepedagogisk praksis er et betydningsfullt verktøy for å møte hvert enkelt menneskes behov for hjelp, tilpasning, læring og mestring. I forhold til vår oppgave vil vi som sykepleiere ha en helsefremmende og pedagogisk funksjon i forhold til veiledning til røykeslutt (Brataas, 2011). Sykepleie som personfokuset pedagogisk praksis begynner ved etablering av et forhold mellom menneskene, for eksempel pasienten og sykepleieren. Personsentrert sykepleie handler om sykepleie med utgangspunkt i en forståelse av mennesket som likeverdig og aktivt.

Relasjonen som dannes mellom pasient og sykepleier er både en mellommenneskelig person-person-relasjon og en samhandlingsrelasjon som har som hensikt å fremme helse. I en person-

person-relasjon møtes to mennesker som likeverdige individer og skaper en relasjon og et felleskap. Selv om den pedagogiske samtalen har som formål å vise gjensidig respekt og interesse, får sykepleieren en profesjonell hjelperrolle. Sykepleieren innehar fagkunnskaper og kompetanse som pasienten ikke har, mens pasienten har erfaringer som sykepleieren ikke har (Brataas, 2011).

3.4.1 Sykepleierens etiske og juridiske ansvar i helsefremmende arbeid

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) bygger på menneskerettighetene slik de er beskrevet i FNs menneskerettighetserklæring, og på prinsippene i ICNs etiske regler. Sykepleierens grunnleggende plikt er å forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdi skal være grunnlaget for all sykepleie. Sykepleie skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene, samt være kunnskapsbasert. Videre skal sykepleieren hjelpe pasienten til å opprettholde mot, håp og mestring hos pasienten, og fremme pasientens evne til å ta selvstendige beslutninger ved å gi nok tilpasset informasjon og være sikker på at gitt informasjon er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

I tillegg til det etiske ansvaret ved praktisering av sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon er det lover sykepleieren må forholde seg til. "Sykepleierens profesjonelle omsorg er en omsorg som er regulert av *fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter* (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Pasienten og brukerens rett på informasjon defineres i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 *pasientens og brukerens rett til informasjon* og § 3-5 *informasjonens form*. Sykehusets og sykepleierens plikter i forhold til informasjon forklares i spesialisthelsetjenesteloven (1999) og helsepersonelloven (1999). Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-8 punkt 4 beskriver sykehusets oppgave vedrørende opplæring av pasienter og pårørende, og § 3-8 *om informasjon*. Videre sier Helsepersonelloven (1999) § 4 at helsepersonell skal handle forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp, mens § 10 forklarer helsepersonells plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter brukerrettighetsloven.

3.4.2 Joyce Travelbee - Helsefremmende undervisning

Joyce Travelbees teori er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2011). Hun framstiller sykepleie som en interaksjonsteori hvor etablering av

relasjoner mellom pasient og sykepleier står sentralt (Travelbee, 2001). Travelbee ser på mennesket som et unikt individ og tar derfor sterk avstand fra generaliseringer og aksepterer ikke begrepene “pasient” og “sykepleier”. Hun mener det fører til stereotypisering og kun framhever det som er felles for gruppen, ikke enkeltindividene (Kristoffersen, 2011). Vi velger likevel å anvende begrepene i vår oppgave da de er begrepene som anvendes mest i sykehus.

Travelbee definerer sykepleie som: *“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 2001, s. 29). Hun mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid handler om mennesker. I møtet mellom pasient og sykepleier påvirker de hverandre gjensidig i en stadig prosess. Sykepleieren skal identifisere og være i stand til å skape forandringer på en innsiktsfull, målbevisst og omtenkssom måte. Travelbee (2001) ser på sykepleieren som en *endringsagent*, som vil si at pasientens nåværende tilstand ikke aksepteres dersom den består av lidelse, sykdom eller andre problemer. Sykepleieren skal arbeide for å få til endringer, det vil si å hjelpe et menneske, familien eller samfunnet til å bli bevisst på hvordan lidelse, funksjonssvikt og sykdom kan forebygges, og til å handle slik at man kan bevare høyest mulig grad av helse (Travelbee, 2001). Skal sykepleieren bruke seg selv hensiktsmessig som endringsagent er det viktig at hun vet hvordan egen atferd påvirker andre (Travelbee, 2001). Sykepleieren skal også bruke seg selv terapeutisk, det vil si at hun gjør en bevisst bruk av egne kunnskaper og personlighet for å forårsake en endring hos pasienten. I følge Travelbee (2001) er den viktigste delen av helsefremmende undervisning å hjelpe mennesker til å finne mening i sykdommen og i tiltakene som må iverksettes for å kontrollere symptomene og holde helsen ved like. Føler pasienten at tiltakene som iverksettes fratår livet mening kan motivasjonen for endring lett forsvinne. Endring av vaner er ikke enkelt å gjennomføre. Pasienten kan over tid komme til å oppleve at målet ikke er verdt tiltakene, med mindre pasienten selv føler målet med endringene er meningsfulle. Av den grunn må sykepleiere hjelpe pasienten med å finne mening i helsefremmende tiltak og sykdom (Travelbee, 2001). Om pasienten skjønner at røykeslutt vil kunne redusere symptomene og bremse sykdomsutviklingen vil han kanskje godta abstinensplagene og utfordringene som røykeslutt medfører.

Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Skal sykepleieren hjelpe pasienten til å finne mening i tiltak som iverksettes må hun danne en relasjon til pasienten ved å vise empati og forståelse (Travelbee, 2001). Travelbee (2001) poengterer at sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold er at sykepleier og pasient møtes som unike menneskelige individer. For å motivere pasienten til en atferdsendring må menneske-til-menneske-forholdet være etablert (Travelbee, 2001). Kolspasienter vil aldri bli helt friske igjen, og må lære å leve med kronisk sykdom. Røykeslutt er det eneste som vil forlenge livet til en kolspasient og det er av den grunn viktig at sykepleier hjelper pasienten til å finne motivasjon til å slutte å røyke (Giæver, 2008). Pasientens største problem vil være dens egen holdning til sykdommen på bakgrunn av følgene den kan få for han selv og hans familie. Skal sykepleieren kunne støtte pasienten er det nødvendig å sette seg inn i hvordan pasienten oppfatter sin sykdom (Travelbee, 2001).

4. DRØFTING

Med bakgrunn i forskning og beskrevet teori vil vi drøfte hvordan sykepleieren kan veilede kolspasienten til røykeslutt gjennom de ulike fasene i endringsprosessen, hvor ulike kommunikasjonsferdigheter fra MI vil bli anvendt. Til slutt tar vi opp temaene barrierer for veiledningsarbeid og røykerens status i samfunnet. Vi tar utgangspunkt i følgende fiktive case:

Frode, 58 år, har røyket fast siden tjuårene, cirka 20 sigaretter daglig. Frode fikk påvist kols stadium 2 for ett år siden. Han har den siste tiden vært plaget med økt hoste og økt slimproduksjon. Han oppsøker lege og det konstateres at kolsen har utviklet seg til stadium 3. Han blir henvist videre til sykepleier på poliklinikk. Sykepleieren ser i journalen at Frode røyker, og ønsker å ta opp dette med han.

4.1 «Jeg er i tvil om jeg klarer meg uten røyken»

I det første møtet spør sykepleieren Frode om han røyker og får til svar at han røyker rundt 20 sigaretter daglig, og at han ikke har tenkt til å slutte. Dette viser at Frode er i *føroverveielsesfasen*. Pasienter som befinner seg i denne fasen er lite åpen for informasjon og ser ikke røykingen sin som problematisk. Sykepleieren bør derfor ha som mål og bidra til at Frode utvikler diskrepans. Ved å utforske diskrepans hos Frode vil sykepleier kunne motivere og bidra til en positiv beslutningstaking. Sammen med sykepleier utforsker Frode om det er forskjell på hans nåværende atferd og den atferden han synes han burde ha. Det handler om å bli konfrontert med seg selv. Når diskrepansen øker, fører det til at Frode blir ambivalent, noe som gjør at han kommer seg til neste fase (Ivarsson, 2010). Frode fremmer positive sider ved røykingen og bortforklarer de negative konsekvensene ved røyking, noe som er vanlig i denne fasen (Barth et al., 2013).

Sykepleier: *“Jeg synes du burde slutte å røyke, du ser hva som skjer med helsen din når du røyker”.*

Frode: *“Jeg tror ikke det er røykingen som er årsaken til at jeg har fått kols. Moren min for eksempel, hun har røyket mesteparten av sitt liv, men har aldri hatt plager på grunn av det”.*

Sykepleier: *“Du tror ikke røykingen har vært en faktor til at du har fått kols?”*

Frode: *“Nei, jeg har bare vært uheldig”.*

Sykepleier: *“Røyking er den vanligste årsaken til kols. Jeg skal nå informere deg mer om sammenhengen mellom kols og røyking”.*

Frode: *“Nei, ellers takk!”*

Møtet avsluttes uten at sykepleier får gitt Frode informasjon, men han går med på å møte sykepleieren noen dager senere. Ved at sykepleier ønsket å informere Frode om sammenhengen mellom kols og røyking handler hun i tråd med Travelbees syn på sykepleieren som en endringsagent. På den andre siden viser sykepleierens framgangsmåte ikke respekt for pasienten. Hun forsøker å presse Frode ut i et røykeslutforsøk uten å ta hensyn til hans autonomi, og gir informasjon han ikke ønsker (Arntzen og Sandvold, 2010). Sykepleieren ser ikke Frode som et likeverdig individ, noe Travelbee (2001) mener er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten. Sykepleieren bryter med verdigrunnlagene i motiverende intervju (Ivarsson, 2010), og med sykepleie som personfokuset pedagogisk praksis da hun ikke ser Frode som et likeverdig individ (Brataas, 2011). På bakgrunn av at Frode føler at sykepleieren krenker hans autonomi og overtar styringen, møter hun motstand. Når motstand oppstår bør sykepleieren vise respekt for pasienten framfor å argumentere imot han (Barth et al., 2013). Sykepleieren bør i stedet for å gi direkte råd gi informasjon i dialog med pasienten (Ivarsson, 2010). Froles ståsted må være sentral i relasjonen for at sykepleier skal kunne gi meningsfull hjelp. Når Frode føler at sykepleieren kjenner han og når han har tillit til henne, vil han ha lettere for å åpne seg (Travelbee, 2001). Sykepleieren burde altså framfor å overta styringen lytte til Frode, og når hun føler at han har tillit til henne spørre om det er greit at hun informerer om sammenhengen mellom kols og røyking.

På det andre møtet blir Frode møtt av sykepleieren som nå lytter aktivt og viser forståelse. Med bakgrunn i at Frode ikke har planer om å slutte å røyke, gjennomfører sykepleieren en respektfull og utforskende samtale om hans røykevaner. Det vil kunne øke Froles refleksjon og bevissthet rundt egen røyking, samt avdekke hans kunnskaper knyttet til helsemessige konsekvenser ved røyking (Helsedirektoratet, 2009). Ved å stille et åpent spørsmål som: *“Hvilke tanker gjør du deg om situasjonen du befinner deg i nå?”*, legges det til rette for at Frode kan fortelle om sine tanker og meninger (Barth et al., 2013). Sykepleieren viser

interesse for det han forteller, noe som er viktig for å etablere tillitt og en trygg relasjon (Ivarsson, 2010). Sykepleieren ber om lov til å gi Frode informasjon rundt røyking og kols. Frode sier det er greit. Ved å spørre han om tillatelse til å gi informasjon viser sykepleieren respekt for Frode (Helsedirektoratet, 2009). Sykepleieren forholder seg også til Helsepersonelloven (1999) § 10 som sier hun har plikt til å gi informasjon og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som omhandler pasienten og brukerens rettigheter på informasjon. Når sykepleieren informerer Frode og er sikker på at han har forstått informasjonen handler hun i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011).

Sett at Frode ikke ønsket å motta informasjon fra sykepleieren, ville hun stått overfor et etisk dilemma. Ville det vært riktig å ikke informere Frode for å ta hensyn til hans autonomi? I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) heter det at respekt for det enkelte menneskets liv er grunnleggende i all sykepleie. I en studie gjort av Arntzen og Sandvold (2010) viser helsepersonell at de var usikker på hva som var viktigst av selvbestemmelsesretten og informasjonsplikten. Helsepersonell oppfattet veiledning til røykeslutt som vanskelig. En av sykepleierne i studien uttalte: “Det er vanskelig. Lille meg skal advare mot røyking. Jeg røyker ikke og er så ung i forhold til dem” (Arntzen & Sandvold, 2010, para. 9). Vi sitter igjen med samme oppfatning fra våre praksisperioder. Sykepleiere føler ikke de har nok kunnskaper, og ønsker heller ikke å blande seg i andres røykevaner da de tidligere har opplevd at pasienter har blitt irriterte på grunn av det. For å bedre situasjoner knyttet til røykesluttveiledning mener Arntzen og Sandvold (2010) om at det er nødvendig å øke kunnskapsgrunnlaget og veiledningskompetansen til helsepersonell. Videre påpeker studien at for å oppnå faglig trygghet i veiledningssituasjoner er det grunn til å anta at det er nødvendig med økt kunnskap om helsejuridiske og etiske lover (Arntzen og Sandvold, 2010).

Det er nødvendig at sykepleieren forteller om røykens negative sider for å skape en bekymring, men det er viktig at hun ikke skremmer pasienten da det kan føre til videre motstand. Senere i samtalen bør sykepleier fortelle om fordeler ved røykeslutt (Ivarsson, 2010). I motsetning til Ivarsson (2010) mener Quist-Paulsen at sykepleiere har plikt til å skremme pasientene ved for eksempel å vise dem dødsrisikostatistikk (Høie, 2004). Quist-Paulsen og Gallefoss (2003) mener at sykepleiere som skremmer pasienter med dødsstatistikk motiverer pasienten til å slutte å røyke. Statistikken viste forskjell i dødelighet ved fortsatt røyking sammenlignet med røykeslutt. Når pasientene ser dødsstatistikken vil de kunne se at hvis de fortsetter å røyke er risikoen stor for å dø innen få år. Selv om denne studien er gjort i

forbindelse med hjertepasienter, kan annen statistikk brukes for å skremme kolspasienter. Knapstad (2007) mener derimot at man bør fokusere på helsegevinster ved røykeslutt og mindre på skader og forverringer. Hun sier at sykepleierens viktigste oppgave er å samarbeide med pasienten, unngå å presse pasienten og vise respekt for de avgjørelser pasienten tar. Både Arntzen og Sandvold (2010) og Knapstad (2007) mener at å skape motivasjon gjennom å spille på frykt står i strid med endringsfokusert veilednings strategi. Endringsfokusert veiledning skal ha en ikke-moraliserende, empatisk tilnærming hvor pasientens rett til selvbestemmelse står sentralt (Helsedirektoratet, 2009). Måten å gå fram på vil avhenge av den enkelte pasient. Som man ser i studien til Arntzen og Sandvold (2010) er det ulikt hva pasientene ønsker av informasjon. De mannlige deltagerne i studien ønsket saklig informasjon, mens kvinnene ønsket oppmuntring og motivasjon. Frode sier han ikke ønsker å bli skremt da han er redd det kan føre til at han røyker mer. Hos pasienter som er klar over de negative sidene ved deres atferd og som har manglende mestringsforventning, kan informasjon om atferdens negative konsekvenser gjøre saken verre. Pasienten kan føle håpløshet og demper følelsene med røyking (Barth et al., 2001).

Frode begynner etter samtalen å trekke fram positive og negative sider ved røykingen. Han sier røyken roer han ned og at han lett blir irritert og stresset om han ikke får røyk. Samtidig erkjenner han at hvis han slutter å røyke vil han bremse utviklingen av kols, redusere hosten og bedre pusten. Frodes tanker er preget av motsetninger og er derfor det man kaller *ambivalent*. Ved at Frode har begynt å vurdere de negative konsekvensene ved røyking er han i *overveielsesfasen*. Det at han er i denne fasen betyr nødvendigvis ikke at han har lyst til å endre seg. Det kan være at Frode står fast fordi han ikke er i stand til å løse ambivalensen. Skal Frode komme seg videre til forberedelsesfasen er det nødvendig å finne en løsning på ambivalensen (Helsedirektoratet, 2009). Ved utforsking av ambivalens må sykepleieren ta hensyn til både negative og positive sider ved atferden (Prescott & Børtveit, 2004). For å løse ambivalensen kan sykepleieren prøve å rette Frodes tanker mot uoverensstemmelsen mellom hans nåværende atferd og ønsket atferd. For å konkretisere hans tanker om fordeler for og imot røykeslutt kan sykepleieren ta i bruk et beslutningsskjema. Frode blir bedt om å fylle ut skjemaets fire områder; I - *Fordeler ved å fortsette å røyke*, II - *Ulemper ved å slutte å røyke*, III - *Ulemper ved å fortsette å røyke* og IV - *Fordeler ved å slutte å røyke* (Helsedirektoratet, 2009).

Frode: *“Oi, det var visst mange fordeler ved å røyke, og ganske mange ulemper ved å slutte også. Nå ble jeg veldig i tvil om jeg har lyst til å forsøke å slutte å røyke. Det kan bli for tøft”*.

Sykepleier: *“La oss se litt på fordelene ved å slutte å røyke og ulempene ved å røyke. Ved å slutte å røyke vil du kunne bremse utviklingen av kols”*.

Frode: *“Joda, men røykingen roer meg ned, jeg kommer til å bli skikkelig stresset uten røyken”*.

Her argumenterer sykepleieren for de positive sidene ved røykeslutt. For at det skal bli en balanse i ambivalensen argumenterer derfor Frode for røykens positive sider. En slik diskusjon vil sjeldent hjelpe pasienten til å komme videre til neste fase (Barth et al., 2013). Frode ble under ambivalensutforskningen oppmerksom på fordelene ved røykingen, noe som førte til at han ble usikker på om han ønsket å gjøre et forsøk på en atferdsendring (Ivarsson, 2010). Ved å spørre Frode hva han setter pris på ved røykingen, framfor og bare fokusere på fordelene ved å slutte og ulempene ved å fortsette å røyke, får sykepleier informasjon om hvilke behov røyken utgjør. Det kan være viktig å vise interesse for og erstatte disse behovene ved røykeslutt (Helsedirektoratet, 2009). Sykepleieren må derfor legge vekt på det som er positivt ved røykeslutt, og sørge for og ikke forsterke røykingens positive sider. I følge Bandura vil pasienten være lite motivert til å slutte å røyke dersom han ikke ser gevinstene eller bedringen for å være betydelig større enn utfordringene han vil møte på veien til å bli røykfri (Knapstad, 2007). Travelbee (2001) er også av samme oppfatning, og hevder at den viktigste delen av helsefremmende undervisning er å hjelpe pasienten til å finne betydning i tiltakene som iverksettes. Skal Frode bli røykfri, må han føle at helsegevinstene ved røykeslutt er verdt arbeidet han må legge ned. Frode sier: *“Røykingen gir meg glede og tilfredsstillelse. Jeg vet at det blir krevende å endre vaner, men røyken er ikke bra for meg. Jeg har fått kols, og jeg vet at utviklingen av sykdommen vil skje raskere dersom jeg fortsetter å røyke. Jeg har bestemt meg for å gjøre et alvorlig forsøk på å slutte”*.

4.2 «Jeg har tro på at jeg klarer å bli røykfri»

Nå som Frode har bestemt seg for å gjøre en handling er han i *forberedelsesfasen*. Det er i denne fasen betydningsfullt å konsentrere seg om positive gevinster han vil oppnå ved å være røykfri. Sykepleier må derfor konkretisere fordeler han vil oppnå, og hva han vil unngå ved å

slutte å røyke. Frode vil ha behov for støtte til å finne metoder han kan anvende for å håndtere røyksuget, beherske risikosituasjoner og hindre tilbakefall (Helsedirektoratet, 2009). For å sette i gang en effektiv handling må Frode tro på at han er i stand til å gjøre en endring. Tro på egen mestringsevne virker inn på sannsynligheten for at han prøver å gjøre endring, om han er tålmodig i sine forsøk og om han til slutt lykkes. Frode har forsøkt å slutte tidligere, men mislyktes. Det er en negativ erfaring som er med på å svekke mestringsforventningene. Av den grunn er det nødvendig å ikke sette seg for høye mål slik at den negative opplevelsen svekkes. Små steg i riktig retning som gir positive mestringsopplevelser, vil gi økt forventning til å beherske flere endringer (Mæland, 2010). I studien gjort av Knapstad (2007) ser man at om pasienten merker bedring vil det gi han følelsen av mestring og han blir derfor motivert til å fortsette å være røykfri. Det vil da være av betydning at sykepleieren fokuserer på de kortsiktige gevinstene ved røykeslutt slik at Frode raskere skal kunne se bedring, noe som vil være med på å øke motivasjon. Vi har selv erfart at pasienter lettere aksepterer tiltak dersom målene er realistiske og akseptable, samtidig som at tiltakene fører til en tilstand som er høyt ønsket av pasienten. Vi har sett at å nå delmål gir økt mestring og motivasjon til videre innsats. Nøye utarbeidede mål virker motiverende, samtidig som troen på egen mestringsevne øker. For å utforme mål bruker sykepleieren og Frode SMART-modellen (Prescott & Børtveit, 2004), som er som følger:

S - for spesifikt: Frode og sykepleieren blir enige om at han ikke skal røyke mer enn åtte sigaretter per dag i de to første ukene. Målet er da detaljert og konkret. Frode holder kontroll over hvor mye han røyker, og om han overholder målene vil det være med på å gi økt mestringsopplevelse (Prescott & Børtveit, 2004).

M - for målbart: For at målet skal være målbart er det en forutsetning at målet er spesifikt. Når Frode har røyket åtte sigaretter vet han at han bryter med målet dersom han tar enda en sigarett. Slik vil han ha oversikt om han lykkes med endringen (Prescott & Børtveit, 2004).

A - for akseptabelt: Frode er den som har siste ordet på hva som skal bli målet. I dette tilfellet har han gått med på å redusere antall daglige sigaretter fra tjue til åtte (Prescott & Børtveit, 2004).

R - for realistisk: Realistisk innebærer at Frode skal ha mulighet til å nå målet. Frode og sykepleieren velger å sette delmål fram mot selve målet, som er røykeslutt. Ved at Frode når et delmål kan det gi han økt mestringsfølelse (Prescott & Børtveit, 2004).

T - *for tidfestet*: Målet bør ha en tidsramme for når det skal evalueres. Å fastsette en tid gjør at målet føles mer klart, spesifikt og konkret (Prescott & Børtveit, 2004). Sykepleier blir sammen med Frode enig om å lage en nedtrappingsplan som er som følgende:

Fra 1.3.2015 – 14.3.2015 maks åtte røyk om dagen. Evaluering av delmål 14.3.2015.
14.3.2015 – 21.3.2015 maks fire sigaretter daglig. Evaluering 21.3.2015. Røykeslutt
21.3.2015.

Frode har i samarbeid med sykepleieren satt seg mål og utarbeidet en plan for å nå målene. Sykepleieren har konkretisert hvilke helsegevinster Frode kan oppnå ved å slutte å røyke, samt informert om nikotinerstatningspreparater. Frode ønsker ikke å bruke nikotinerstatningspreparater da han mener det som er av betydning er å bestemme seg og ta et valg. Han sier at motivasjonen er høy og at han ikke trenger nærmere planlegging for å lykkes.

Frode har kommet til dagen hvor røyken skal stumpes, han er da inne i *handlingsfasen*. Frode kan få abstinenser som fører til fysisk og psykisk ubehag. Utfordringen i denne fasen vil derfor være å beherske utfordringene som oppstår. Det gjøres ved å holde motivasjonen oppe og ved å tenke på årsaken til hvorfor han ønsker å gjøre en endring. Frode bør fokusere på de framskritt han gjør. Enhver anledning som gir sykepleieren mulighet til å gi informasjon og ros bør bli utnyttet til det fulle for å påvise mestring hos Frode. Selv om det er Frode som alene skal gjennomføre atferdsendringen, vil han kunne dra nytte av hjelp fra andre mennesker. Noen mennesker kan gi motivasjon og styrke troen på at han klarer å holde seg røykfri, mens andre kan frata han motivasjonen og egenmestringsfølelsen. Derfor vil det være klokt av Frode å tilbringe tid med de som ønsker å hjelpe, og unngå å bruke tid sammen med de som fratruer han troen på at han vil lykkes (Barth et al., 2013). I studien til Knapstad (2007) ga alle informantene uttrykk for at familien ga rikelig med støtte når det dreide seg om røykeslutt. Videre viser studien at press fra familien kan føre til at man ikke lykkes i endringsforsøket. Det kan derfor være nyttig for Frode å se hvilken rolle pårørende vil ha i prosessen. Mæland (2010) sier at å holde fast ved en endring over tid mange ganger er vanskeligere enn det å gjøre endringen. Sykepleieren bør kartlegge Frodes behov for oppfølging. Oppfølging kan være avgjørende for om pasienten holder seg røykfri (Knapstad, 2007). Arntzen & Sandvold (2010) fant i sin studie ut at pasientene ønsket oppfølging over tid. De fleste så på oppfølging som betryggende og verdifullt for motivasjonen. Oppfølging

over tid viste seg å ha god effekt. Quist-Paulsen og Gallefoss (2003) sin studie viser også tall som konkluderer med at oppfølging over tid hadde god effekt. Intervensjonsgruppen fikk oppfølging i 12 måneder etter utskrivelse fra sykehus, kontrollgruppen fikk ingen oppfølging. Ved evaluering viste studien at 57% av pasientene i intervensjonsgruppen fortsatt var røykfrie, sammenlignet med kun 37% i kontrollgruppen.

4.3 «Det gikk bra helt fram til...»

Ved senere oppfølging viser det seg at Frode har hatt et tilbakefall, og han føler skyldfølelse og skam. Det viktige for sykepleieren blir da å formidle at et tilbakefall er normalt. Av de som prøver å slutte å røyke, vil over 80% begynne på igjen (Prescott & Børtveit, 2004).

Sykepleieren møter Frode med empati og forståelse, og velger å se på et tilbakefall som en naturlig del av endringsprosessen slik at det kan brukes som læringserfaring framfor et mislykket endringsforsøk (Barth et al., 2013). Dette er viktig da Frode kan tenke at røykeslutforsøket er over siden han har tatt seg noen røyk, og av den grunn begynner å røyke igjen (Barth et al., 2001).

Frode: *“Det gikk fint helt fram til jeg skulle ta meg et glass rødvin”.*

Sykepleier: *“Da har du jo klart deg bra i mange uker!”*

Frode: *“Ja, jeg hadde jo bestemt meg for at det var slutt på røykingen. Jeg holdt meg til planen og fulgte de rådene du ga meg, men jeg tenkte at det ikke kunne skade og ta seg en røyk sammen med et glass rødvin. Hva skal jeg gjøre for å unngå å begynne på igjen med røykingen når jeg skal nyte alkohol? Det er nok der problemet ligger, det var i forbindelse med alkohol jeg sprakk sist også”.*

Sykepleier: *“Vi trenger nok å legge en ny plan slik at du vet hvordan du skal håndtere en slik situasjon senere. Hva tenker du kan fungere for deg?”*

Frode: *“Jeg skal forsøke å holde meg unna de som røyker, fortelle venner og familie at jeg har bestemt meg. Og kanskje ta i bruk et nikotinerstatningspreparat om det er nødvendig. Jeg får eventuelt vente en stund med å drikke alkohol”.*

Dette kan tyde på at Frode ikke har gjort godt nok arbeid i forberedelsesfasen. Når han befant seg i risikosituasjonen manglet han måter å håndtere fristelsen på. Det førte til at de kortsiktige gledene ved røyken fikk større plass, og Frode ga etter for fristelsen (Barth et al., 2001). Frode og sykepleieren legger nye strategier for å mestre risikosituasjoner og for å unngå tilbakefall. Det viser seg i følge studien til Bartlett, Sheeran & Hawley (2014) å ha god effekt. Sjansen for å få tilbakefall reduseres dersom Frode er godt forberedt og klarer å kjenne igjen risikosituasjoner. En annen mulig forklaring på at Frode fikk et tilbakefall kan være at han ble overmotivert. Pasienten kan bli overmotivert dersom sykepleieren forsøker å motivere en pasient som allerede er motivert, noe som kan føre til at pasienten ikke legger ned en grundig innsats for å nå målet (Bartlett et al., 2014). Det sykepleieren burde ha gjort var å bedømme hvor klar Frode egentlig var for en endring, slik at hun kunne tilpasset fokuset hun skulle hatt i samtalen (Ivarsson, 2010). Sykepleieren anbefaler Frode å benytte seg av et nikotinerstatningspreparat, noe han er enig i. For å velge det nikotinlegemidlet som egner seg best til Frode, gjennomføres en kartlegging av hans nikotinavhengighet (Helsedirektoratet, 2009). Samtidig kan det å vurdere Frodes nikotinavhengighet føre til at han blir mer oppmerksom på hvor avhengig han er av røyken og av den grunn føle at han ikke vil klare seg uten (Bartlett et al., 2014). Derfor mener vi det er viktig at sykepleieren er klar over at det å vurdere nikotinavhengighet kan være mot sin hensikt. Vi mener sykepleieren gjør riktig i å kombinere endringsfokusert veiledning og farmakologisk behandling siden røyking både er en lært atferd og en fysisk avhengighet (Rigotti, Rennard & Daughton, 2015). Sykepleieren og Frode utarbeider en ny og grundigere plan for hvordan han skal takle røyksuget, risikosituasjoner og unngå et nytt tilbakefall. Frode er derfor forberedt til å opprettholde endringen (Barth et al., 2013).

Når sykepleier snakker med Frode seks måneder senere er han fortsatt røykfri. Når han har vært røykfri så lenge, sett bort fra den ene gangen han sprakk, kan den nye atferden ses på som en vane, og Frode er inne i *vedlikeholdsfasen* (Barth et al., 2013).

Frode: *“Jeg føler jeg har kommet meg igjennom det verste, men jeg opplever fortsatt ambivalens”.*

Sykepleier: *“Det er vanlig, men jeg må få skryte av den jobben du har lagt ned. Nå er det vanskeligste unnagjort!”*

Frode: *“Joda, men jeg lyver om jeg sier at jeg ikke savner røyken. Den var god å ha”.*

Her viser Frode at han har mistet litt pågangsmot og igjen trekker fram positive sider ved røyken. Sykepleier fokuserer derfor på det positive endringen har ført med seg, og snakker om de negative konsekvensene ved røykingen. Videre jobber hun for å styrke mestringsforventningen slik at Frode skal lykkes med å opprettholde endringen, og tilbyr ytterligere oppfølging om det er ønskelig (Bath et al., 2013).

4.4 «Røykinga ble bare en bisak»: Barrierer i veiledningsarbeid

I studien til Arntzen og Sandvold (2010) forteller sykepleierne ved avdelingen at de ikke har avsatt tid til veiledning. De framhever lite tid og manglende lokaler som et hinder til å drive veiledning til røykeslutt. Pasientene i studien skulle på sin side ønsket at sykepleierne hadde avsatt tid til røykesluttveiledning: “Skulle ønske noen hadde tid til å ikke slippe meg! Ikke bare et kvarter der alt skal tas opp, og en røykesluttbrosjyre i handa. Røykinga ble bare en bisak!” (Arntzen & Sandvold, 2010, para. 8). Studien konkluderer med at rammevilkårene rundt veiledningssituasjoner har behov for bedring. Kanskje er dette grunnen til at vi i praksis har opplevd at sykepleiere i liten grad tar opp temaet røykeslutt hos pasienter som røyker. Har sykepleiere for mange arbeidsoppgaver, eller er det andre faktorer som spiller inn? Ut i fra våre erfaringer hender det seg at sykepleiere har ledig tid. Spørsmålet vi da reiser oss er: Hvorfor bruker de ikke den ledige tiden til å ta opp temaet røyking? Vi føler mange sykepleiere ikke skjønner viktigheten av å snakke om røyking og at mange tror det må være avsatt god tid til en skikkelig samtale. “Ja, pasienten røyker. Det gjør jo ikke saken særlig bedre” uttalte en sykepleier da vi var i praksis. Hun snakket ikke med pasienten angående røykingen, selv om hun hadde ledig tid. Forestillingen vi personlig mener flere sykepleiere har om at atferdsendring alltid krever langvarig kontakt mellom sykepleier og pasienter, er feil. Noen få pasienter vil selv etter en kort intervensjon gjøre endringer. En kort intervensjon kan føre til at pasienter begynner å tenke mer alvorlig på atferden og har dermed tatt et mentalt steg videre (Prescott & Børtveit, 2004).

Flere studier viser at tid kan være en medvirkende årsak til at ulike temaer ikke blir tatt opp. I studien til Bjørnsland, Wilde-Larsson og Kvigne (2012) opplevde pasientene at sykepleierne ofte ikke hadde tid til lengre samtaler, og at de isteden bare fikk korte beskjeder. Det at sykepleierne hadde det travelt førte til at pasientene følte seg avvist. I tillegg viser studien at

pasientene hadde vanskelig for å skape tillit til sykepleiere: “De rullerer hele tiden, nye ansikter stadig vekk” (Bjørnsland et al., 2012, s. 28). Vi mener sykehuset er en viktig arena når det gjelder å ta opp temaet røyking da mange av pasientene ofte er svært syke. Skal pasientene kunne ta ansvar for egen helse er det økt behov for ytterligere pasientopplæring. Dette ses i sammenheng med at innleggningstiden blir kortere i sykehus på grunn av effektiviseringer i helsevesenet (Askheim, 2011). Det vil derfor være av betydning at pasienten får ta del i behandlingen selv. Ved røykeslutt er det pasienten selv som må gjøre jobben, og veiledningen må derfor ta utgangspunkt i hver enkelt pasient. De pasientene som er tydelig på sine behov får ofte sine ønsker oppfylt. Derimot viser pasienter som har liten kunnskap og liten mestringstillit ofte utrygghet. Pasientene med få kunnskaper og liten mestringstillit visste ikke hva de hadde krav på eller behov for (Bjørnsland et al., 2012). Kanskje er det nettopp derfor viktig at sykepleiere innehar kunnskaper om at mange av de som røyker i dagens samfunn er mennesker med lite ressurser? Er sykepleieren klar over at de som ikke “roper høyest” kanskje er de som trenger mest hjelp, vil hun være bedre rustet til å kunne hjelpe pasienten. Sykepleieren kan gjennom å vise at de har tid, omsorg og empati til pasienten fremme at pasienten selv tar større del i behandlingen (Bjørnsland et al., 2012).

4.5 «Vi blir en slik utstøtt gruppe til slutt...»

Vi kommer igjen tilbake til “røykerne” og hvilken status de har i samfunnet. Det tobakksforebyggende arbeidet har hatt som mål at røykeatferd denormaliseres, slik at flere mennesker velger å stumpe røyken. I samfunnet i dag er de fleste røykerne mennesker med lav utdanning, lite lønn og få ressurser, sammenlignet med røykere fra bedrestilte grupper som i større grad har sluttet å røyke (Lund et al., 2005). En hypotese på dette kan være at personer fra bedrestilte grupper i større grad responderer på tiltakene som er satt i gang mot røyking og at personer fra lavere samfunnslag ikke er åpen for tiltakenes budskap (Sæbø, 2012). Selv om denormalisering av røykere kan vise til å ha effekt på personer fra bedrestilte grupper, kan den virke mot sin hensikt når det gjelder de røykerne samfunnet sitter igjen med i dag.

Denormalisering vil kunne føre til følelsesmessige reaksjoner preget av motvilje fordi det oppleves som frihetsberøvelse. Samtidig vil det kunne ha konsekvenser for de som mislykkes med et røykesluttforsøk. Hos røykeren som allerede er ressurs svak og som ikke klarer å slutte å røyke kan det gjøre vondt verre (Sæbø, 2012). Siden dagens røykere allerede er en svekket gruppe, og de vil av den grunn kunne gjøre mostand for å hindre ytterligere svekkelse. En annen konsekvens av denormaliseringen er stigmatisering, noe som også kan føre til

ytterligere motstand blant røykerne da det preger deres selvfølelse og sosiale identitet. Økt stigmatisering kan føre til at røykere i mindre grad oppsøker hjelp til å slutte da de føler ubehag ved å være en røyker, og det kan føre til dårligere mestringsevne og helse hos de som ikke vil eller kan slutte. På en annen side kan det føre til at røykerne slutter å røyke på grunn av at de ikke orker å leve med stigmaet (Sæbø, 2012).

Kols har høyere prevalens hos røykere enn hos ikke-røykere (Halding, Heggdal & Wahl, 2011). Pasienter med kols oppga positive relasjoner og sosial støtte som viktig for deres livskvalitet og personlige integritet. På grunn av stigmatiseringen av røykere, og i høyere grad røykere med kols, følte de lite støtte fra både helsepersonell, omgangskrets og samfunnet. Kolspasientene opplevde at samfunnet så på kols som en selvforskyldt sykdom grunnet røyking, og de følte frustrasjon av samfunnets ensidige forklaring på sykdommen (Halding et al., 2011). Pasientene i studien til Sæbø (2012) hadde opplevd å bli møtt av helsepersonell med mangel på empati og som kun fokuserte på deres røykevaner. De vektla positive møter med helsepersonell som viktig i forhold til mestring, stolthet, lettelse og håp. Også i denne studien påpekes det at stigma kan føre til at pasientene føler en trang til å gjemme seg, og at de verger seg for å søke hjelp i fare for å bli beskyldt av helsepersonell. Det kan få konsekvenser hos kolspasienter da behandlingen av sykdommen vil bli forsinket, og man ikke får bremsset utviklingen av sykdommen så tidlig i forløpet som mulig. I tillegg har mange av kolspasientene allerede problemer med å sosialisere seg på grunn av sykdommens fysiske begrensning, og stigma kan bidra til ytterligere isolasjon (Halding et al., 2011).

Et av tiltakene for å redusere røyking i Norge er massemediekampanjer. En slik type kampanje vil være godt egnet når det gjelder motivasjon til røykeslutt da det kan være med å påvirke holdninger og skape oppmerksomhet rundt andre tiltak mot tobakk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). På en annen side kan massemediekampanjer virke mot sin hensikt. Kampanjer med skrekkbudskap ble møtt med sinne av pasientene som deltok i studien til Halding et al. (2011). De mente at disse kampanjene bidro til økt stigmatisering. Flere likte heller ikke at andre mennesker blandet seg i deres røykevaner, de var selv klar over at røyking ved kols var galt. I Norge skal det satses på massemediekampanjer etter anbefalinger fra verdens helseorganisasjon i tillegg til at det burde gjennomføres en kampanje i forhold til passiv røyking og hvordan det påvirker barn. Det står også skrevet at sterke budskap om de negative sidene ved røyking har størst effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). På bakgrunn av at pasientene i studien til Halding et al.

(2011) reagerte med sinne på kampanjer som spilte på skremsel og pasientene i Sæbøs (2012) studie hvor noen reagerte med motstand på kampanjene, kan man tenke seg at å spille på frykt ikke vil ha den tenkte ønskede effekten. Videre viser en studie gjort av Bethea, Murtagh & Wallace (2015) at røykere er mer opptatt av hvordan deres røyking påvirker helsen til de rundt, som barn og familiemedlemmer, framfor deres egen helse. Derfor vil det være grunn til å anta at kampanjer som spiller på helseskader ved røykerens helse har mindre effekt enn å spille på for eksempel barns helse ved passiv røyking. Studien viser at bilder som viser barn som inhalerte røyk hadde god effekt (Bethea et al., 2015).

5. KONKLUSJON

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått svar på mange av spørsmålene vi stilte oss innledningsvis, men oppgaven har og reist et nytt spørsmål: hvorfor unngår sykepleiere å ta opp temaet røyking og røykeslutt hos kolspasienter når det er den eneste behandlingen som kan bremse utviklingen av sykdommen? Kanskje ligger svaret i at kompetansen og kunnskapen rundt temaet ikke er god nok eller at temaene livsstilsendring og røykavvenning burde få større plass i sykepleierutdanningen? Forskningsfunn viser at det kan være behov for å øke kunnskapsgrunnlaget og veiledningskompetansen hos sykepleiere når det gjelder veiledning til røykeslutt

Når det gjelder problemstillingen: *«hvordan kan sykepleiere veilede kolspasienter til røykeslutt?»* føler vi at vi har lært mer om hvilken kompetanse og hvilke kunnskaper sykepleieren trenger for å veilede til røykeslutt, selv om det ikke finnes noe fasitsvar. Veiledningen må ta utgangspunkt i at hvert enkelt menneske er unikt og har forskjellige behov. Sykepleieren bør ta hensyn til pasientens autonomi og møte han med empati en ikke-dømmende holdning. Makten mellom pasienten og sykepleieren må likestilles slik at relasjonen kan bygge på gjensidig respekt og tillit. Hun bør hjelpe pasienten til å øke mestringsforventning og resultatforventning slik at han er bedre rustet til å gjøre en atferdsendring. Informasjonen som gis skal være rettet mot det mål at pasienten selv skal kunne ta valg som fremmer helsen. Sykepleieren bør ha i tankene at kolspasienter som røyker kan være ressursvake mennesker som lever med følelsen av å bli stigmatisert. Hun bør vise forståelse for avhengigheten, og at det er flere faktorer som kan gjøre det vanskelig å slutte å røyke, samtidig som hun på den andre siden støtter og motiverer pasienten. Det er pasienten som bestemmer om han ønsker å slutte og røyke eller ikke, sykepleieren må respektere valget pasienten tar.

6. LITTERATURLISTE

Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1*. (4.utg., s. 122-123). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Arntzen, A. & Sandvold, B. W. (2010). Hvordan veilede om røykeslutt? *Sykepleien Forskning*, 5(3), 182-190. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0101>

*Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 71-84). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Bartlett, Y. K. & Sheeran, P. & Hawley, M. S. (2014). Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 181-203. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12071>

*Bethea, J., Murtagh, B. & Wallace, S. E. (2015). "I don't mind damaging my own body" A qualitative study of the factors that motivate smokers to quit. *BMPC Public Health*, 15(4). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-15-4>

*Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 20-33. Lokalisert på <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>

*Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis - prosess og verktøy. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Brataas, H. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis*. (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget: en psykologibok om avhengighet og mestringsstillit*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Folkehelseinstituttet. (2015). *Kols - fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6176&MainContent_6261=6464:0:25,6177&List_6212=6218:0:25,6180:1:0:0:::0:0

*Giæver, P. (2008). *Lungesykdommer* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2015). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Lokalisert på http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015.pdf

*Halding, A-G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 100-107. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x>

*Helsedirektoratet. (2009). *Å snakke om endring*. (IS-1400). Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt/Publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt.pdf>

*Helsedirektoratet. (2010). *Dette skjer når du slutter å røyke*. (Informasjonsmateriell IS-0279/2010). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/dette-skjer-nar-du-slutter-a-royke>

*Helsedirektoratet. (2011). *Nikotinavhengighet*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/royking/avhengighet/Sider/default.aspx>

*Helsedirektoratet. (2012). *Kols: nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (Retningslinje IS-2029/2012). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-IS-2029.pdf>

*Helsedirektoratet. (2014a). *Hva skjer i kroppen når du kutter røyken?* (Informasjonsmaterieell IS-0417/2014). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/hva-skjer-i-kroppen-nar-du-kutter-royken>

*Helsedirektoratet. (2014b). *Legemidler ved røykeslutt*. (IS-1962). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/294/Legemidler-ved-roykeslutt-IS-1962.pdf>

*Helsenorge. (2014). *Helseskader ved røyking*. (Veiviser 02.06.14) Lokalisert på <https://helsenorge.no/avhengighet-og-rus/royk-og-snus/helseskader-av-royking>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal strategi for KOLS-området*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *NCD-strategi*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *En framtid uten tobakk: Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/enfremtidutentobakk_nasjonalstrategi.pdf

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 4. (2015).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 10. (2015).

*Høie, I. M. (2004). Stumper røyken etter skremsel og skryt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(4), 518. Lokasliert på <http://tidsskriftet.no/article/978628>

*Ivarsson, B. H. (2010). *Motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

*Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (2. utg., s. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

*Knapstad, A. (2007). Kunsten å forbli røykfri. *Sykepleien Forskning*, 2(2), 96-101. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0031>

*Lund, M., Lund, K. E. & Rise, J. (2005). Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 125(5), 564-568. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1154086>

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63, § 3-2. (2014).

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63, § 3-5. (2014).

*Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Quist-Paulsen, P. & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal*.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7426.1254>

*Quit. (s.a.) *What are the effects of smoking on the lungs?* Lokalisert på
<http://www.quit.org.au/about/frequently-asked-questions/how-does-smoking-affect-my-body/smoking-and-the-lungs.html>

*Rigotti, N. A., Rennard, S. I. & Daughton, D. M. (2015). Benefits and risks of smoking cessation. *UpToDate*. Lokalisert på 6. januar 2015, på
http://www.uptodate.com/contents/benefits-and-risks-of-smoking-cessation?source=search_result&search=smoking+cessation&selectedTitle=3%7E150#H30936515

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61, § 3-8. (2014).

*Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Røykevaner, 2014*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/helse/statistikker/royk/aar/2015-02-03#content>

*Sæbø, G. (2012). Innledning: Hvorfor et sosiologisk brukerperspektiv i tobakksforskning? I G. Sæbø (Red.), *“Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...”: Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. (s. 11-36). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS-rapport 3, 2012). Lokalisert på <http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2014/12/sirusrap.3.12.pdf>

*Tokle, R. I. (2012). Innledning: Hvorfor et sosiologisk brukerperspektiv i tobakksforskning? I G. Sæbø (Red.), *“Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...”: Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. (s. 51-75). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS-rapport 3, 2012). Lokalisert på <http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2014/12/sirusrap.3.12.pdf>

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1 - Litteratursøk

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Relevante treff	Artikkel
SveMed+	copd AND stigmatisati on		1	1	<i>Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD.</i> Halding, A. G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011).
SveMed+	copd AND empowerme nt		0		
SveMed+	Kols AND brukermedv irkning		29	1	<i>Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus.</i> Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012).
Chinal	Behaviour change	Full Text	28	0	

	model AND smoking cessation	2005-2015			
Oria	Transtheoretical model AND smoking cessation	Artikler 2013-2015	86	0	
Oria	Prochaska Diclemente stages of change AND smoking cessation	Artikler 2013-2015	249	0	
Oria	Smoking cessation intervention AND COPD	Artikler 2014-2015	64	1	<i>Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis.</i> Bartlett, Y. K., Sheeran, P. &

					Hawley, M. S. (2014).
Oria	Smoking cessation AND copd AND motivate	Artikler 2015-2015	2	1	<i>“I don't mind damaging my own body” A qualitative study of the factors that motivate smokers to quit.</i> Bethea, J., Murtagh, B. & Wallace, S. E. (2015).
Sykepleie n forskning	Atferdsendring		4	1	<i>Kunsten å forbli røykfri.</i> Knapstad, A. (2007).
Sykepleie n forskning	Røykeslutt		4	1	<i>Hvordan veilede om røykeslutt?</i> Arntzen, A. & Sandvold, B. (2010)

Forskning som er funnet i annen forskning:

Forskningen er funnet i:	Artikkel
Hvordan veilede om røykeslutt (Arntzen, A. & Sandvold, B. 2010).	<i>Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease.</i> Paulsen, P. Q. & Gallefoss, F. (2003).
Hvordan veilede om røykeslutt (Arntzen, A. & Sandvold, B. 2010).	<i>Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne.</i> Lund, M., Lund, K. E. & Rise, J. (2005).

Vedlegg 2 - Kolsklassifisering etter GOLD-kriterier

Stadium	Spirometri	Symptomer
GOLD 1 – mild kols	$FEV_1 \geq 80\%$ av forventet	Mild eller moderat luftstrømsobstruksjon. Kronisk hoste og slimproduksjon er vanlig, men med unntak.
GOLD 2 – moderat kols	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ av forventet	Økende luftstrømsobstruksjon. Kronisk hoste og slimproduksjon er vanlig, men også her med unntak.
GOLD 3 – alvorlig kols	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ av forventet	Alvorlig luftstrømsobstruksjon. Akutte symptomforverring som vil ha innvirkning på pasientens prognose og livskvalitet.
GOLD 4 – svært alvorlig kols	$FEV_1 < 30\%$ av forventet	Alvorlig luftstrømsobstruksjon. Respirasjonssvikt. Fare for utvikling av høyresidig hjertesvikt. Livstruende symptomforverring som vil redusere pasientens livskvalitet.

(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2015)

Vedlegg 3 - Selvvalgt litteratur

Litteratur	Antall sider
Arntzen, A. & Sandvold, B. W. (2010). Hvordan veilede om røykeslutt? <i>Sykepleien Forskning</i> .	1
Bartlett, Y. K., Sheeran, P. & Hawley, M. S. (2014). Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. <i>British Journal of Health Psychology</i> . Lokalisert på http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e1a2b739-76fc-4d8e-934d-818ec7c3786a%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=s3h&AN=93524872	22
Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). <i>Endringsfokusert rådgivning</i> . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	25
Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). <i>Motiverende intervju: Samtaler om endring</i> . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	53
Bethea, J., Murtagh, B. & Wallace, S. E. (2015). "I don't mind damaging my own body" A qualitative study of the factors that motivate smokers to quit. <i>BMPC Public Health</i> . http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-15-4	8
Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 8(1), 20-33. Lokalisert på http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151	13
Brataas, H. V. (Red.). (2011). <i>Sykepleiepedagogisk praksis</i> . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	12

Folkehelseinstituttet. (2015). <i>Kols - fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom</i> . Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6176&MainContent_6261=6464:0:25,6177&List_6212=6218:0:25,6180:1:0:0:::0:0	1
Giæver, P. (2008). <i>Lungesykdommer</i> (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.	7
Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2015). <i>Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease</i> . Lokalisert på http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015.pdf	4
Halding, A-G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 25(1), 100-107. http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x	7
Helsedirektoratet. (2009). <i>Å snakke om endring</i> . (IS-1400). Lokalisert på http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt/Publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt.pdf	18
Helsedirektoratet. (2010). <i>Dette skjer når du slutter å røyke</i> . (Informasjonsmateriell IS-0279/2010). Lokalisert på https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/dette-skjer-nar-du-slutter-a-royke	1
Helsedirektoratet. (2011). <i>Nikotinavhengighet</i> . Lokalisert på http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/royking/avhengighet/Sider/default.aspx	1
Helsedirektoratet. (2012). <i>Kols: nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging</i> . (Retningslinje IS-2029/2012). Lokalisert på	13

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfølging-IS-2029.pdf	
Helsedirektoratet. (2014a). <i>Hva skjer i kroppen når du kutter røyken?</i> (Informasjonsmaterieell IS-0417/2014). Lokalisert på https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/hva-skjer-i-kroppen-nar-du-kutter-royken	1
Helsedirektoratet. (2014b). <i>Legemidler ved røykeslutt.</i> (IS-1962). Lokalisert på https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/294/Legemidler-ved-roykeslutt-IS-1962.pdf	1
Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). <i>Nasjonal strategi for KOLS-området.</i> Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf	6
Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). <i>NCD-strategi.</i> Lokalisert på https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf	4
Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). <i>En framtid uten tobakk / Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader.</i> Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/en_fremtiduentobakk_nasjonalstrategi.pdf	9
Helsenorge. (2014). <i>Helseskader ved røyking.</i> (Veiviser 02.06.14) Lokalisert på https://helsenorge.no/avhengighet-og-rus/royk-og-snus/helseskader-av-royking	1
Høie, I. M. (2004). Stumper røyken etter skremsel og skryt. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i> , 124(4), 518. Lokasliert på http://tidsskriftet.no/article/978628	1

Ivarsson, B. H. (2010). <i>Motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren</i> . Stockholm: Gothia Fortbildning.	46
Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). (2011). <i>Grunnleggende sykepleie: Bind 1</i> (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	8
Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). (2011). <i>Grunnleggende sykepleie: Bind 3</i> (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	5
Kunnskapsdepartementet. (2008). <i>Rammeplan for sykepleierutdanning</i> . Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf	2
Knapstad, A. (2007). Kunsten å forbli røykfri. <i>Sykepleien Forskning</i> , 2(2), 96-101. Http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0031	5
Lund, M., Lund, K. E. & Rise, J. (2005). Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. <i>Tidsskriftet for Den norske legeforsening</i> , 125(5), 564-568. Lokalisert på http://tidsskriftet.no/article/1154086	4
Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). <i>Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere</i> . Oslo: Bryne Offset AS.	4
Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). <i>Helse og atferdsendring</i> . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	22
Quist-Paulsen, P. & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. <i>British Medical Journal</i> . http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7426.1254	4
Quit. (s.a.) <i>What are the effects of smoking on the lungs?</i> Lokalisert på http://www.quit.org.au/about/frequently-asked-questions/how-does-	1

smoking-affect-my-body/smoking-and-the-lungs.html	
Statistisk Sentralbyrå. (2015). <i>Røykevaner, 2014</i> . Lokalisert på http://www.ssb.no/helse/statistikker/royk/aar/2015-02-03#content	1
Sæbø, G. (Red.). (2012). <i>“Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...”</i> : <i>Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken</i> . Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS-rapport 3, 2012). Lokalisert på http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2014/12/sirusrap.3.12.pdf	63
Travelbee, J. (2001). <i>Mellommenneskelige forhold i sykepleie</i> . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.	29
Totalt	403