

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:75

”Du kan inte sluta röka om du inte bestämmer det själv”

Erfarenheter av att sluta röka och att förbli rökfri hos personer
med obstruktiv lungsjukdom

Sanne Henkel
Jeanita Suurhasko



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

FÖRORD

Vi vill tacka våra informanter, för utan deras deltagande hade inte den här studien blivit av.

Vi vill även rikta ett stort tack till övriga inblandade, ingen nämnd ingen glömd!

Till sist vill vi tacka våra män Ebbe och Mikael samt barnen som har haft tålamod med oss under den här tiden.

Uppsatsens titel: ”Du kan inte sluta röka om du inte bestämmer det själv”
Erfarenheter av att sluta röka och att förbli rökfri hos personer med obstruktiv lungsjukdom

Författare: Sanne Henkel och Jeanita Suurhasko

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Distriktssköterskeutbildning 75 p

Handledare: Kristina Nässén

Examinator: Lise-Lotte Jonasson

Sammanfattning

Obstruktiva lungsjukdomar orsakar lidande för många människor. Andningen kan bli så påverkad att människor inte får luft. För personer som lider av astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) och som dessutom röker är rökstopp av betydande vikt, eftersom båda sjukdomarna förvärras vid fortsatt rökning. Flertal forum finns som erbjuder råd och stöd att sluta röka och förbli rökfria, men många människor väljer att sluta röka på egen hand. Svårigheter med att sluta röka är att många människor upplever abstinens som gör att de faller tillbaka och börjar röka igen. Det vårdande samtalet har att främja hälsa och välbefinnande och sjuksköterskan kan inte hoppas om att det går att sluta röka. För att kunna ingjuta hopp till människor som försöker sluta röka behöver distriktssköterskor förstå upplevelsen av att sluta röka och vad som är till stöd i processen. Distriktssköterskor behöver mer kunskap om erfarenheter av att sluta röka och förbli rökfria utifrån patientens perspektiv för att förstå det komplexa i att sluta röka. Syftet med studien är att beskriva erfarenheter av att sluta röka och förbli rökfri hos personer med obstruktiv lungsjukdom. Studien är en intervjustudie, kvalitativ metod. Sju informanter från Västra Götaland intervjuades om sina erfarenheter om att sluta röka och förbli rökfria. Analysen gjordes som en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Analysen resulterade i kategorierna; *Dramatisk vändpunkt*, *Egen kraft*, *Handska med abstinens* och *Framtidstro*. I resultatet framkommer, att det är en dramatisk vändpunkt som informanterna kommer till när de drabbas av andnöd och sjukdomar. Informanterna erhåller fakta om vilken skada rökningen gör, men den påverkar dem inte i beslutet att sluta röka. Med hjälp av egen kraft slutar informanterna att röka och de hanterar sin abstinens på olika sätt. Slutsatsen är att det är viktigt att distriktssköterskor ingjuter hopp om att det går att sluta röka. Studien visar att distriktssköterskor bör lägga tonvikten på att försöka förstå patientens situation snarare än ge information om rökningens skadeverkan och hur personen skall sluta röka.

Nyckelord: *patienters erfarenhet, obstruktiv lungsjukdom, rökstopp, rökavvänjning, vårdande samtal*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Obstruktiv lungsjukdom	1
Att sluta röka.....	2
Abstinens.....	4
Hjälp mot abstinens	4
Vårdande samtal	5
Patientens delaktighet i vården.....	6
Livskraft och hopp.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
Ansats.....	8
Urval.....	8
Datainsamling – kvalitativ intervju.....	9
Dataanalys – kvalitativ innehållsanalys	9
Etiska överväganden.....	10
Förförståelse	11
RESULTAT	12
Dramatisk vändpunkt	12
Andnöd	13
Luftvägssjukdomar	13
Rädsla	13
Komma till insikt	13
Egen kraft	14
Ha viljan	14
Fakta hjälper inte	14
Bemötande	15
Hänvisad till sig själv.....	15
Handskas med abstinens	15
Bryta vanor	15
Nikotinersättningsmedel	16
Stöd i grupp.....	16
Akupunktur	16
Återfall	17
Framtidstro	17
Uppleva välbefinnande	17
Acceptans av sin situation.....	17
Upplevelse av rökning idag	18
Kunskap	18

<i>DISKUSSION</i>	18
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20
<i>SLUTSATS</i>	24
Förslag på fortsatt forskning	24
Kliniska implikationer	24
<i>REFERENSER</i>	26
Bilaga 1	31
Bilaga 2	32
Bilaga 3	34

INLEDNING

Obstruktiva lungsjukdomar, som astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) drabbar flera hundratusen människor i Sverige varje år. Det sammanlagda antalet som lider av de två folksjukdomarna i Sverige uppgår till mer än en miljon. Astma har varit känt under en mycket lång tid, medan KOL är ett relativt nytt sjukdomsbegrepp. KOL drabbar främst personer som röker och tobaksrökningen är den starkaste orsaken till sjukdomen. För personer med obstruktiv lungsjukdom och som röker, är det viktigt att sluta röka eftersom det förhindrar att sjukdomarna utvecklas (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, 2012)

De flesta som röker vet om vilken skada rökningen orsakar, men har trots det svårigheter att sluta röka. Många personer har flera försök att sluta röka bakom sig innan de blir rökfria. De har ändå till slut lyckats sluta röka och genom det främjas deras hälsa. För distriktssköterskan är det viktigt att förstå svårigheterna med att sluta röka och inte minst vad som uppfattas som stödande och hoppingivande vid rökavvänjning för att kunna hjälpa personer som vill sluta. Studien handlar om personers erfarenheter av att sluta röka och vad det är som bidrar till deras vändpunkt. Personerna i studien kommer till en dramatisk vändpunkt när de drabbas av andnöd, luftvägssjukdomar och de upplever en rädsla över att drabbas av andningssvårigheter, men även att de kan dö en för tidig dö.

BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs; obstruktiv lungsjukdom, att sluta röka, abstinens och hjälp mot abstinens. Vidare beskrivs även; vårdande samtal, patientens delaktighet i vården samt livskraft och hopp. Författarna har valt att använda ordet distriktssköterska eller hälso- och sjukvårdspersonal i studien, men även ordet sjuksköterska förekommer i studien. I studien nämner författarna rökning och den innefattar både att röka cigaretter och pipa. Författarna nämner även patient, person eller människa, men har sedan valt utefter sammanhanget vad som bäst passar in.

Obstruktiv lungsjukdom

Det finns grupper i samhället där rökning är mer riskfyllt än för andra. Det är främst för personer med lungsjukdom, högt blodtryck, övervikt, fetma, diabetes, cancer, hjärt-kärl sjukdom, blodfettsubbningar, depression och schizofreni (Socialstyrelsen, 2011). Obstruktiv lungsjukdom är ett samlingsnamn för ett tillstånd där andningen är försämrad och det gäller framför allt patienter med astma och KOL. Andningen är försvårad på grund av hinder i bronkerna. Slemhinnorna kan vara svullna och/eller elasticiteten i lungorna kan vara försämrad. Lungfunktionen återgår till det normala efter en astmaattack, medan det vid KOL är ett luftflödeshinder som är kroniskt och som leder till nedsatt andningsförmåga (SBU, 2012). Rökning är den största orsaken till att drabbas av KOL. Sjukdomen utvecklas långsamt efter årtionden av att ha rökt tobak. Symtomen kommer vanligtvis efter 40 års ålder och med tilltagande andningsbesvär (Hjärt-Lungfonden, 2008; Jansson, Stållberg & Hesselmar, 2011/2012).

Astma och KOL förvärras vid fortsatt tobaksrökning och att sluta röka är det viktigaste sättet att förhindra utveckling av sjukdomarna (SBU, 2012; Tilling, Jagorstrand, Johansson, Kull, Lisspers, Romberg & Ställberg, 2008). Enligt Statens folkhälsoinstitut (2004) är det viktigt att ge information om sjukdomen (här: obstruktiv lungsjukdom) som hon eller han har och hjälpa personen att förhindra att sjukdomen fortskrider. Det kan även röra sig om att ge information om sjukdomen som personen söker vård för och vilken koppling den har till rökning (Statens folkhälsoinstitut, 2004). En person som röker och har astmabesvär kanske inte själv kopplar ihop symtomen med rökningen. Rökningens påverkan bör därför förklaras noga för personen (Larsson & Boethius, 2000). I värsta fall kan sjukdomarna leda till döden. I Västra Götalandsregionen, år 2010, var antalet döda i KOL 254 personer och antalet döda i astma var 5 personer (Socialstyrelsen, 2012).

Fraser, Kee och Minick (2006) skriver att när andningen blir så påverkad att människan inte får tillräckligt med luft, påverkar det personens totala existens, både fysiskt och psykosocialt. Enligt Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson och Klang (2012), Schofield, Kerr och Tolson (2007) och Chouinard och Robichaud-Ekstrand (2005) är personernas upplevelse av att inte få luft och inte kunna andas som tidigare, en stark faktor och en stor anledning till att de försöker sluta röka.

Att sluta röka

I Sverige har det skett en minskning av andelen rökande män och kvinnor under de senaste åren. År 2011 var det 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen i Sverige som dagligen rökte och år 2004 var 19 procent rökande kvinnor och av männen var det 14 procent. För många människor är det svårt att sluta röka och de som har lyckats sluta röka har ofta många rökstoppsförsök bakom sig (Statens folkhälsoinstitut, 2004). I takt med att fler människor får kunskap om vad rökning ger för skada på kroppen har metoderna vid rökavvänjning utvecklats och att sluta röka är något individuellt och kan göras på många sätt (Lundqvist, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2011) betraktas en person som före detta rökare när personen varit rökfri i mer än ett halvår.

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2004) och Hjalmarsson (2009) är viktigt att hälso- och sjukvården kan erbjuda professionell hjälp till personer som vill sluta röka och att den hjälp till avvänjning som erbjuds är anpassad till personens behov. I Sverige finns det olika forum som erbjuder rökavvänjning, exempelvis primärvården, apoteket och tandvården. Många människor i vårt samhälle kommer i kontakt med dessa instanser, vilka alla har möjligheter att informera om vikten av att sluta röka. De kan även ge vägledning till andra forum som ger råd och stöd via telefon, exempelvis Sluta- rökalinjen. I mödra-och barnhälsovården finns riktlinjer för hur blivande och nyblivna föräldrar skall ges individanpassad information om rökning (Statens folkhälsoinstitut, 2004).

Tobaksprevention och rökavvänjning kan ske i primärvården med rådgivning, antingen för enskild person eller i grupp. Den kan vara ledd av sjuksköterska, distriktssköterska

eller en person som har utbildning i rökavvänjning (Nilsson, 2007; Nilsson & Fagerström, 2009). När det gäller rökavvänjning i primärvården har den funnits sedan många år tillbaka. Det finns dock stora skillnader när det gäller tillgång till rökavvänjning i primärvården (Statens folkhälsoinstitut, 2004). Enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2012) och Lundqvist (2011) är det cirka 70 procent av Sveriges vårdcentraler som har tillgång till rökavvänjning. SKL (2012) redovisar att det var 18 000 personer som fick hjälp vid rökavvänjning år 2010. Det var 12 000 personer som fick hjälp av landstingen och de resterande 6 000 personerna fick hjälp av Sluta-röka linjen.

Personer som vill sluta röka kan ringa till Sluta-röka-linjen eller till Apotekets sluta-röka-coacher. De ger råd och stöd till människor när de har tankar på att sluta röka eller har slutat röka (Sluta-röka-linjen, 2012; Statens folkhälsoinstitut, 2007). Sluta-röka linjen (2012) kompletterar stödet med uppföljande telefonsamtal om personen eller anhörig önskar. Apotekets sluta-röka-coacher ger råd och stöd för att sluta röka, men de ger även råd om läkemedel som kan användas när personen vill sluta röka (Statens folkhälsoinstitut, 2007).

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2004) finns det många människor som har lyckats sluta röka på egen hand. Lundqvist (2011) och Klang Söderkvist (2008) skriver att många har själva de resurser som krävs vid rökstopp och genomför därför en rökavvänjning utan någon hjälp av hälso- och sjukvården. Många använder sig idag av internet för att få upplysning om rökavvänjning. Edwards och Campbell (2003) beskriver att en person som vill sluta röka behöver ha kunskap om missbruket. Det handlar om att veta att cigaretter har en psykologisk effekt på människan genom att exempelvis minska ångest, inger en känsla av avslappning och förbättrad uppmärksamhet. Det rör sig även om att veta vad det innebär att vara nikotinberoende, vilka abstinensbesvären är, för att på bästa sätt kunna motverka dem och bli rökfri (Edwards & Campbell, 2003). Det är komplexa svårigheter som personer som vill sluta röka måste möta. Enligt Lund, Hylander och Törnkqvist (2011) är sjuksköterskan bättre förberedd att stödja personen vid rökstopp om hon förstår de underliggande orsakerna för de svårigheter patienten upplever och hur personen tar itu med dem. Svårigheter kan exempelvis vara en skamkänsla över att ha misslyckats tidigare (Lund et al., 2011).

Enligt Galanti, Gilljam, Post och Eriksson (2011) och Schofield et al. (2007) är det vanligt med flertal försök, ibland upp till 5-6 gånger, av en person som röker att bli rökfri. Enligt Gilljam och Lindqvist (2011) är rökavvänjning ett långsiktigt arbete och att följa upp hur det går för personer med rökavvänjningen är en viktig del i arbetet. Efraimsson et al. (2012), Parker och Eaton (2011) och Willemsse, Lesman-Leegte, Timens, Postma och ten Hacken (2005) skriver att rökavvänjning bör ske under minst ett år. Samma författare visar att det på lång sikt är mest effektivt att rökavvänjning sker under ett år, med hjälp av samtal och i kombination med nikotinersättningsmedel (NRT= Nicotine Replacement Therapy), för att förebygga återfall i rökandet. De visar även att det är svårare att sluta röka ju äldre personen är och desto längre hon/han har rökt, men även hur mycket personen har rökt.

Enligt Hilberink, Jacobs, Schlösser, Grol och de Vries (2006) och Wilson, Fitzsimons, Bradbury och Elborn Stuart (2008) kan sjuksköterskors stöd vid rökavvänjningen till

patienter bli bättre, men även sjuksköterskors förståelse för det komplexa och svåra problemet som det är att sluta röka. Enligt Parker och Eaton (2011) och Willemse et al. (2005) är det viktigt att patienten själv är villig att försöka sluta röka. Det är viktigt att sedan följa upp hur det går med rökavvänjningen exempelvis via samtal eller möten, eftersom risken för återfall är som störst de tre första månaderna.

Abstinens

När en person slutar röka är det vanligt med abstinens. Hjalmarsson (2006) skriver även att det är ca 80 procent som drabbas av abstinensbesvär. Enligt Gilljam och Lindqvist (2011), Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirdottir, Sveinsdottir och Sigurdardottir (2004) och Hjalmarsson (2006), så är de vanligaste abstinensbesvären som personerna själva upplever när de slutar röka; humörsvängningar, sömnsvårigheter, koncentrationsproblem, yrsel, hunger och ökad hosta. Utifrån Hjalmarssons (2006) beskrivning ges en liten fördjupning av innebörden i de vanligaste abstinensbesvären. Humöret påverkas och många drabbas av irritation, men lika många känner ett lugn då de tidigare upplevt rökningen som ett stressmoment. Sömnen påverkas också genom att många sover oroligt och vaknar dessutom tidigt på morgonen. Vid koncentrationsproblem är det vanligt att personen har svårt att samla tankarna och det är svårare att utföra uppgifter som kräver koncentration. En del människor får yrsel och de upplever tillvaron som att de går i en dimma. Det är även vanligt att suget efter mat och sötsaker ökar när man slutar röka vilket kan resultera i viktökning. Hosta och upphostningar är också vanliga besvär men de brukar avta efter några veckor (Hjalmarsson, 2006).

Enligt Lund et al. (2011), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2003) och Hjalmarsson (2006) är abstinensen starkast i början av rökstoppet, men brukar avta efter cirka fyra veckor. Begäret att röka kan återkomma även om personen varit rökfri i flera år. Det kan vara att personen hamnar i situationer där de tidigare har rökt (Hjalmarsson, 2006).

Hjälp mot abstinens

Nikotinersättningsmedel är ofta till hjälp när en person vill sluta röka och Hjalmarsson (2006) beskriver att en känsla av tillfredsställelse kan infinna sig när personen använder nikotinersättningsmedel. Jonsdottir et al. (2004) betonar att nikotinersättningsmedel bör användas i samband med rökstopp, relaterat till den starka abstinens rökare kan få och som är en bidragande orsak till många misslyckade försök för den enskilda personen. Nikotinbehovet kan tillfredsställas genom att personen använder nikotinersättningsmedel och det kan ge personen en större chans att klara sig från återfall. Nikotinet kan vara i form av tuggummi, plåster, nässpray eller inhalator, tabletter/pastiller, bupropionhydroklorid och vareniklinteratrat (Hjalmarsson, 2006; Lund et al., 2011; SBU, 2003).

Utöver lindring med nikotinersättningsmedel kan människan själv ge lindring mot abstinensbesvären. Några exempel ges; då det tidigare har nämnts att suget efter mat och sötsaker ökar kan det lindras om personen äter på regelbundna tider. Även att lättare

mat som exempelvis sallad och fisk minskar röksuget. För att sömnen skall bli bättre kan det underlätta att göra avslappningsövningar innan sänggående. Det tar några veckor innan personen hittar tillbaka till sin tidigare koncentration igen. Det tar tid att hitta nya lösningar. Personen kan även bli hjälpt genom att dricka mer kaffe eller ta något extra nikotintuggummi (Hjalmarsson, 2006).

Vårdande samtal

Enligt Sveriges kommuner och landsting (2011) är 84 procent av befolkningen i Sverige positiva till att få frågor om levnadsvanor från hälso- och sjukvården. Det har blivit en ökning med 10 procent från tidigare mätningar.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) säger i 2 c § att ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2004) har hälso- och sjukvårdspersonal en viktig funktion genom att de har möjlighet till att öka motivationen hos personer som röker till att sluta röka. Det handlar om att exempelvis ställa frågor om rökvanor och enligt Treat-Jacobson och Walsh (2003) bör frågorna ställas till varje person, vid varje besök hos hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis primärvård eller tandvård. Personerna kan även förse med informationsblad som handlar om att sluta röka (Hjalmarsson, 2006; Treat-Jacobson & Walsh, 2003).

Enligt Efraimsson et al. (2012) bör fokus läggas på personens egen kapacitet och hennes utveckling av viktigt mål, som exempelvis rökstopp kan vara. Rökstopp är en utmaning för sjuksköterskan, men framförallt för patienten. Utmaningen för sjuksköterskan handlar om att det krävs en sjuksköterska-patient relation som löper över längre tid (Efraimsson et al., 2012), där sjuksköterskan enligt Parker och Eaton (2011) bör ha ett empatiskt förhållningssätt, men även god kunskap i kommunikation (Efraimsson et al., 2012).

I vårdande samtal är syftet att främja hälsa och välbefinnande, men även att stödja patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) har det vårdande samtalet sin utgångspunkt i det allmänmänskliga samtalet, men det kan finnas en svårighet med att föra samtalet i hälso- och sjukvården eftersom risken finns att det blir en envägskommunikation. Ett vårdande samtal bör vara öppet och följsamt för att sjuksköterskan skall få tillgång till människors livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010). Efraimsson et al. (2012) och Bottorff, Johnson, Moffat, Fofonoff, Budz och Groening (2004) beskriver att en god kommunikation baseras på tyst förståelse och samarbete, öppna frågor till patienten, att lyssna noga och att vara lyhörd är viktigt. I samtalet ger det patienten frihet att berätta utifrån sin livsvärld och för sjuksköterskan, att förstå just den patientens känslor och inställning till sin situation. Efraimsson et al. (2012) beskriver att kommunikationen är ett problem då de säger, istället för att ställa öppna frågor som Dahlberg och Segesten (2010) och Bottorff et al. (2004) säger är bra, är sjuksköterskor generellt mer inriktade på att ge råd och information så de ser inte patienten. Det finns en tendens hos sjuksköterskan att informera snarare än att vilja möta patienten i ett samtal och att informera skapar inte förutsättningar för att förstå och

fånga upp patientens eget perspektiv. Det betyder att i mötet med patienten missar sjuksköterskor chansen att stödja patienten i processen att sluta röka (Efraimsson et al. 2012).

Wiklund (2003) beskriver att vårdaren bör vara närvarande i samtalet och lyssna till människan vilket får människan att känna tillit. Patienten skall tillåtas att berätta med sig själv som utgångspunkt utan att känna att hon eller han blir dömd utifrån det hon eller han berättar. Enligt Jonsdottir et al. (2004) och Fraser et al. (2006) är sjuksköterskan med patienten, genom att hon lyssnar på hans eller hennes upplevelser. Det ger sjuksköterskan en bättre möjlighet att skapa en uppfattning av personens livsvärld och hur just den människan upplever sin situation.

Enligt Lund et al., (2011) och Schofield et al., (2007) efterfrågas en förståelse från hälso- och sjukvårdspersonal av äldre personer som rökt länge, där de äldre uttrycker att den sociala kontexten spelar stor roll för deras hälsa. De önskar att hälso- och sjukvårdspersonal har större förståelse om bakomliggande orsaker till att äldre inte försöker sluta röka. Ett exempel som ges är att rökningen inte är orsak till sjukdomen, utan äldre kan tolka lungsjukdomen som normalt åldrande, enligt Jonsdottir et al. (2004) och Schofield et al. (2007).

Patientens delaktighet i vården

Delaktighet handlar om att patienten är en autonom person som fattar egna beslut och tar ansvar för sin hälsosituation (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) och Eriksson (2000) är delaktighet något som uppstår när patientens livsvärld möter vårdaren som lyssnar och ser personen både i glädje och sorg och som är närvarande hos henne eller honom. Känslan av delaktighet upplevs inte om patienten känner sig sviken eller avfärdad av vårdaren. Delaktighet kan uppfattas olika av patienter och det kan handla om att få ögonkontakt och bli sedd av vårdaren (Dahlberg & Segesten, 2010). Lindström (2007, s.13) skriver om delaktighet som att vara ”engagerad i en livssituation, att vara accepterad och ha tillgång till nödvändiga resurser”, vilket sjuksköterskan kan bidra till genom att verka för att stödja personens autonomi och bygga upp ett förtroende så den känner tillit till sjuksköterskan (Bottorff et al., 2004).

Anhörigas delaktighet och stöd kan vara nödvändigt för att förebygga återfall i rökningen (Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2005). Hjalmarsson (2006) anser att det är bra att berätta för sin familj och vänner när man har slutat röka, vilket kan minska risken för återfall. Enligt Lundqvist (2011) var det år 2006, 43 procent som uppgav att det var stöd från anhöriga som hade haft stor betydelse vid rökavvänjningen och som resulterade i rökstopp.

Klang Söderkvist (2008) och Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver empowerment som patientens egenmakt där hans eller hennes roll är att vara aktiv, är med och bestämmer och har kontroll över vård och behandling som ges till sig själv. När hans/hennes upplevelse och kunskap om vad som är bäst för henne/honom och

sjuksköterskans kunskap sammanflätas blir personen delaktig. Det uppstår en relation mellan dem. Enligt Efraimsson et al. (2012) skall patienten uppmuntras till att själv vara aktiv när det handlar om den egna hälsan och ska i kontext inte tillrättavisas eller dömas. Hälso- och sjukvårdspersonal bör istället tro och lita på personens egen motivation till att sluta röka och lägga fokus på personens egen kapacitet, på så sätt nå målet till rökstopp (Efraimsson et al., 2012; Willemse et al., 2005). Bottorff et al. (2004) beskriver, för att göra patienten delaktig i beslutet att sluta röka är sjuksköterskans engagemang och tillvägagångssätt betydelsefullt.

Livskraft och hopp

Livskraft innefattar hälsa och välbefinnande, men även frihet och autonomi. Det är med hjälp av livskraft som patienten kan möta möjligheter och hinder (Dahlberg och Segesten, 2010). För att lyckas sluta röka är motivationen en framgångsnyckel (Lundqvist, 2011). Livskraft innebär för personen att ha kraften, att vilja klara av de förändringar som det innebär att sluta röka, men även att behålla sin motivation till att sluta röka (Willemse et al., 2005). Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 203) kan spegling, att bekräfta och var intresserad, av vad patienten säger inge ”kraft till tankar och känslor som patienten kanske inte visste att hon eller han hade”.

Enligt Lund et al. (2011) och Schofield et al. (2007) kan personer med brist på egen kraft, ha svårigheter med att sluta röka. Det kan vara att personer har en rädsla över att förlora hoppet om ett rökfritt liv och de behöver mer stöd i processen att sluta röka. Parker och Eaton (2011) menar att det kan betyda att patienten behöver tätare antal möten eller telefonsamtal med sjuksköterskan. De menar även att sjuksköterskan bör sätta tilltro och inge hopp, till personens egen förmåga och undvika moralpredikan och pekpinrar.

Enligt Wiklund (2003) är hopp något som vårdaren kan inge till patienten när hon eller han befinner sig i en situation som upplevs svår. Vårdaren kan inge hopp när hon frågar hur hon kan hjälpa patienten och även kan se tänkbara möjligheter i situationen som patienten befinner sig i. Bottorff et al. (2004) beskriver att sjuksköterskan bör inge hopp om att patienten kan lösa problem som hon/han upplever när hon/han har slutat röka. Det är när sjuksköterskan använder sig av ett patientcentrerat förhållningssätt och tonar ner sitt eget expertkunnande som hon kan ge stöd och hjälpa patienterna att identifiera egna lösningar när de slutat röka (Bottorff et al., 2004).

PROBLEMFÖRMULERING

Obstruktiv lungsjukdom är en kronisk sjukdom som inkluderar personer med astma och KOL. Den är en av de vanligaste dödsorsakerna i världen, men även i Sverige. För många människor i samhället innebär sjukdomen ett stort lidande eftersom sjukdomen påverkar andningen (WHO, 2012). För människor som röker försämras andningen med tiden och för dem med obstruktiv lungsjukdom är rökstopp det enda sättet att förhindra en utveckling av sjukdomarna. Obstruktiv lungsjukdom kan ge andnöd och det kan i sin tur generera ångest och skapa känsla av panik. Forskningen visar att det är svårt att sluta

röka och många personer som röker och som vill sluta röka har många rökstoppsförsök bakom sig. Orsaker till att de faller tillbaka till att börja röka igen kan beror på att rökning är starkt beroendeframkallande och många människor upplever starka abstinensbesvär. Det krävs mycket motivation, stark vilja och engagemang hos personen själv för att lyckas sluta röka. Det finns idag lite forskning om erfarenheter av att sluta röka hos personer med obstruktiv lungsjukdom. Forskningen visar att sjuksköterskor inte ställer öppna frågor kring rökvanor till patienter hon eller han möter för att fånga upp de som röker. Forskningen visar även att sjuksköterskan är mer fokuserad på att ge information än att uppmuntra sin patient, enligt Efraimsson et al. (2012). Det behövs en ökad kunskap och förståelse för vad det är som påverkar personer med obstruktiv lungsjukdom som röker, att sluta röka. De erfarenheter som har lett till rökstopp behöver beskrivas mer utifrån patientens perspektiv. Så även där personer varit rökfria mer än de tre första månaderna, vilket Jonsdottir et al. (2004) och Parker och Eaton (2011) menar är den största risken att drabbas av återfall eftersom abstinensen är som starkast då.

SYFTE

Syftet är att beskriva erfarenheter av att sluta röka och att förbli rökfri hos personer med obstruktiv lungsjukdom.

METOD

Ansats

En kvalitativ intervjustudie har gjorts för att ta del av erfarenheter av att sluta röka och att förbli rökfri hos personer med obstruktiv lungsjukdom. En kvalitativ studie beskriver människors livsvärld och hur de upplever den (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna använde en semi-strukturerad intervjuteknik med öppna frågor som enligt Kvale och Brinkmann (2009) är användbar när människors levda värld skall beskrivas.

Urval

Inkluderingskriterierna för den här studien var att informanterna skulle vara både män och kvinnor, 50-80 år, diagnostiserade med obstruktiv lungsjukdom och ha varit rökfria i minst ett år. Författarna tog kontakt med två vårdcentraler i Västra Götalandsregionen och verksamhetscheferna informerades både muntligt och skriftligt (Se bilaga 2) om studiens syfte. Verksamhetscheferna gav sitt samtycke till studien och därefter kontaktade författarna en distriktssköterska med specialistutbildning i astma och KOL på respektive vårdcentral. Distriktssköterskorna var med vid urvalet av informanter. Nio presumtiva informanter fick förfrågan via informationsbrev (Se bilaga 3) om att delta i studien och berätta om sina erfarenheter i samband med rökstopp. Inom en vecka efter utskicket kontaktades de presumtiva informanterna via telefon med förfrågan om att delta i studien. De fick då även en muntlig information gällande studiens syfte och upplägg. Sju informanter tackade ja till att delta i studien. De var fem män och två

kvinnor i åldern 61-77 år. Bortfallet av informanter blev en kvinna och en man som inte önskade delta.

Datainsamling – kvalitativ intervju

Informanterna fick bestämma tid och plats för intervjun. Sex intervjuer genomfördes i respektive informants hem och en intervju genomfördes på en informants arbetsplats. Intervjuerna genomfördes under oktober till första veckan i november år 2012. De gjordes löpande under tre – fyra veckor, allteftersom informanterna var tillgängliga för en intervju. De fick muntlig information om studien vid intervjutillfället och de fick även fylla i ett informerat samtycke. Intervjuerna genomfördes med diktafon. Inledande frågor ställdes för att öppna upp för spontan återkoppling av erfarenheter och berättelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna hade utformat en intervjuguide (Se bilaga1) med åtta öppna frågor och samma frågor ställdes till samtliga deltagare. Intervjuguiden användes sedan under intervjun. Intervjuguiden är för att ha som stöd och eventuellt lotsa informanterna i intervjun (Polit & Beck, 2012). Informanterna fick berätta fritt utifrån ställd fråga. Författarna ställde följdfrågor under intervjun exempelvis, *Kan du berätta mer?* eller *Hur tänker du då?* Varje intervju tog mellan 20-45 minuter beroende på hur mycket informanten hade att berätta och ville delge författarna. Informanterna fick möjlighet att ställa frågor som hade dykt upp under intervjun, efter intervjun avslutades. Intervjuerna överfördes till dator och transkribering gjordes ordagrant till text.

Dataanalys – kvalitativ innehållsanalys

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, har gjorts då analysen är användbar när intervjuer skall tolkas. Analysmetoden ger även struktur i arbetet då det bryts ner i mindre texter. Det gör att arbetet blir mer hanterbart och tillvägagångssättet sker systematiskt. Vid en induktiv kvalitativ innehållsanalys är det människors erfarenheter och upplevelser som är i centrum (Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, 2008; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Författarna har använt en modell av Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) under analysprocessen och från den ursprungliga helheten, som analyseras till mindre delar, för att sedan bli till en ny helhet med ny innebörd (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008; Dahlberg et al., 2008).

Båda författarna, först var för sig och sen tillsammans, läste igenom de transkriberade intervjuerna och gick igenom materialet flera gånger för att få en uppfattning om vad texten handlade om och få en känsla för innehållet. Enligt Elo och Kyngäs (2007) skall texten läsas noggrant för att få en djupare förståelse för den. Intervjuerna numrerades från ett till sju för att kunna återge citat till respektive intervju. Författarna sökte efter text som svarade mot syftet. Sökandet efter de meningsbärande enheterna var systematiskt. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) kan de meningsbärande enheterna höra ihop genom ord, delar av meningar och innehåll. De meningsbärande

enheterna blev kondenserade och abstraherade. Det innebär att texten kortas ner och blir lättare att hantera. Det viktiga i texten behålls och lyfts fram (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Det gjordes en genomgång av de kondenserade och abstraherade meningsenheterna som därefter blev kodade. Kodningen beskriver kort innehållet med en mening eller ett ord (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). För de koder som hörde samman genom likheter och skillnader skapades underkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

En illustration över hur framtagandet av meningsbärande enheter, kondensering och abstraktion har gjorts kan underlätta bedömningen av trovärdigheten av studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det var bara något jag bestämde själv. En får ju vara stark och verkligen vilja. Vill man inte så går det inte.	Något jag bestämde själv. Får vara stark och verkligen vilja. Vill man inte så går det inte.	Stark vilja	Ha viljan	Egen kraft
Första försöktet var nog när jag fyllde fyrtio. Det höll nog i en månad eller så.	Första försöket. Höll någon månad.	Flera försök till rökstopp	Återfall	Handskas med abstinens

Etiska överväganden

Enligt SFS (2008:192) krävs ingen etisk prövning för forskning som bedrivs vid utbildning på avancerad nivå vid en högskola.

Innan intervjuerna genomfördes inhämtades ett skriftligt godkännande hos de två verksamhetschefer inom primärvården. Informanterna fick skriva under ett informerat samtycke där studiens syfte och metod framgick. Informanterna fick även information om att de deltog frivilligt i studien och att de kunde avbryta intervjun när de själva önskade och då utan att behöva ange orsak. Det medför en trygghet för informanterna att inte vara tvingade till att delta i studien. De informerades även om att det inspelade materialet och de transkriberade texterna kommer att förvaras oåtkomligt från obehöriga (Codex, 2012). Om personuppgifter kom fram under intervjuerna så blev de vid

transkribering kodade, ergo; informanterna avidentifierades. När uppsatsen är godkänd förstörs de transkriberade intervjuerna och de bandade intervjuerna raderas.

Förförståelse

Det gäller som forskare att ha en öppenhet för fenomenet som skall studeras, låta sig överraskas och inte låta erfarenheter påverka resultatet. En forskare bör möta personen så förutsättningslöst som möjligt vilket kan vara svårt då forskaren till stor del har en form av förförståelse med sig. Det innebär att forskaren skall vara medveten om att den finns (Dahlberg et al., 2008; Dahlberg & Segesten, 2010).

En av författarna till studien har erfarenhet av att arbeta med personer, vilka har lungsjukdomar och förförståelsen har diskuterats under arbetets gång för att den skall ha minsta möjliga påverkan på uppsatsen. Författarna har fört en kontinuerlig dialog under arbetsprocessen. Under arbetets gång kom ny data fram eller förändrades, vilket den gör över tid i en analysprocess (Graneheim & Lundman, 2004). Under analysprocessen ställde författarna ofta frågan till, eller diskuterade med varandra om det var förförståelsen som påverkade dem att se det som kom fram i analysen. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) kan diskussioner mellan forskare leda till enighet om analysen, vilket ökar trovärdigheten i resultatet.

RESULTAT

Resultatet redovisas som 17 underkategorier och 4 kategorier och som beskriver erfarenheter av att sluta röka och förbli rökfria hos personer med obstruktiv lungsjukdom.

Tabell 2. Översikt över underkategorier och kategorier som beskriver erfarenheter av att sluta röka och att förbli rökfri hos personer med obstruktiv lungsjukdom

Underkategorier	Kategorier
Andnöd Luftvägssjukdomar Rädsla Komma till insikt	Dramatisk vändpunkt
Ha viljan Fakta hjälper inte Bemötande Hänvisad till sig själv	Egen kraft
Bryta vanor Nikotinersättningsmedel Stöd i grupp Akupunktur Återfall	Handskas med abstinens
Uppleva välbefinnande Acceptans av sin situation Upplevelse av rökning idag Kunskap	Framtidstro

Dramatisk vändpunkt

Samtliga informanterna kommer till en dramatisk vändpunkt som får dem att sluta röka. De får besvär med andningen och drabbas av luftvägssjukdomar. Informanterna upplever även en rädsla över att drabbas av andnöd, eller sjukdom igen och kommer till insikt om konsekvenserna av att ha rökt och de kommer fram till beslutet att sluta röka.

Andnöd

I den här studien drabbas personer med obstruktiv lungsjukdom av svåra andningsbesvär vid olika situationer. Informanterna upplever att andningsbesvären blir värre och värre. De kan vakna på nätterna och känna att det börjar täppa till i bröstet, de får ingen luft och känner andnöd. Andnöden kan även komma när som helst på dagarna. Vid ansträngning kommer också känslan av att drabbas av andnöd. De upplever panik och får stark ångest i samband med andningsproblemen.

”Då vaknade jag en gång på natten och jag fick ingen luft, ja då fick man springa omkring och öppna alla fönster” (5)

Luftvägssjukdomar

Informanterna berättar att de får återkommande luftvägssjukdomar som exempelvis förkylningar, influensa, pneumonier och pneumothorax. En infektion påverkar informanterna mycket svårt eftersom deras lungor redan från början är försvagade. Det tar lång tid för informanterna att komma tillbaka till tidigare hälsostatus när de varit sjuka, vilket upplevs som jobbigt.

”...så fick jag nevmotorax heter det väl, fint va? Jag kunde inte andas nästan, jag kunde inte gå...”(4)

Rädsla

Informanter upplever rädsla över att drabbas av andnöd och/eller sjukdom igen. Samtliga informanter kommer ihåg upplevelsen när de drabbades av andnöd och den känslan vill ingen av dem uppleva igen. Informanterna upplever även rädsla över att bli sjuka, så sjuka att de blir liggande och inte kan påkalla hjälp. Tankar på att inte leva så länge till, om de fortsätter att röka, gör dem rädda.

”Det var som om någon slagit till mig med en klubba och då tänkte jag skall mina barn hitta mig i garaget // så det var mitt avslut på rökningen”(3)

Komma till insikt

Informanterna har känt i många år att rökning inte är bra för dem, eftersom deras hälsa försämras. De mår dåligt av att röka och upplever sig själva som pest för sin omgivning, eftersom de luktar rök. Konditionen försämras och de sista cigaretterna som informanterna röker är inte njutningsfulla. Informanterna tar fasta på konsekvenserna av att ha rökt tobak. En återkommande andnöd eller luftvägssjukdom gör att samtliga till slut ”vaknar upp” eller får ”en pisksnärt” och kopplar besvären eller sjukdomen till

rökningen och ser med allvar på sin situation. Informanterna ser allvaret med att röka och kommer till insikt och inser att gör de ingenting åt rökningen nu, kommer det att gå riktigt illa.

”Jag kommer att dö om jag håller på så här”(6)

Egen kraft

Informanterna beskriver att för att lyckas måste människan ha viljan och bestämma sig att nu är det bra med rökningen. Informanterna beskriver även att yttre påverkan inte betyder något när de skall sluta röka. Oavsett vem det är som kommer med information eller påtryckningar om att sluta röka, så hjälper det inte ändå. Informanterna blir hänvisade till sig själva vid rökavvänjning.

Ha viljan

För några av informanterna kom beslutet att sluta röka från en dag till en annan och för de andra växte beslutet fram. Informanterna beskriver erfarenheter av att sluta röka som att ha viljan att nå rökstopp. De ger uttryck om att viljan måste komma från människan själv och säger att människan själv måste ta beslutet. Informanterna beskriver att viljan måste sitta inne i hjärnan. Det var ingen av dem som uppgav något planerat datum för rökstoppet. De berättar återkommande att det är den egna viljan som är avgörande för att sluta röka. Flera av informanterna tycker att beslutet att sluta röka är det lättaste beslut de någonsin tagit.

”Du kan inte sluta röka om du inte bestämmer själv.”(4)

Fakta hjälper inte

Informanterna upplever att det inte spelar någon roll hur mycket fakta och information om rökningens skadeverkan de får eller hur gå till väga för att sluta röka, för det påverkar ändå inte beslutet att sluta eller att fortsätta röka. Det har heller ingen betydelse om fakta kommer från anhöriga eller hälso- och sjukvårdspersonal. Hot, lockelser eller tjat hjälper inte.

”Du kan få hur mycket fakta på bordet som helst. Det har jag fått. Det har inte hjälpt.”(4)

Bemötande

Informanterna har erfarenheter av att bli bemötta med kritik av hälso- och sjukvårdspersonal för att de inte har slutat röka trots besvär från luftvägarna. Informanterna berättar att kritiken inte har hjälpt dem att sluta röka.

”Jag har gjort en del lungröntgen genom åren där jag fått kritik för att jag borde sluta röka.”(4)

Hänvisad till sig själv

Många informanter vet inte om att primärvården eller distriktssköterskan erbjuder stöd vid rökavvänjning och hänvisar till sig själva i det fallet.

”Har inte vetat att man kunde få eller vad kan man få för hjälp då i såna fall?”(2)

Handskas med abstinens

Rökavvänjning är förenat med abstinensbesvär och informanterna har olika tillvägagångssätt för att kunna handskas med sin abstinens. Det kan handla om att bryta invanda rutiner som är förknippade med rökning. Informanterna använder nikotinersättningsmedel, går på avslappning i grupp och får akupunktur. Samtliga tillvägagångssätt är med varierande resultat. Det är svårt att sluta röka och alla sju informanter har tidigare haft återfall i rökningen.

Bryta vanor

När känslan infinner sig, att nu är det dags att sluta röka, handlar det om att vara stark och stå emot frestelsen att röka. Informanterna berättar att rökning är relaterad till vanor och rutiner. Informanterna berättar utifrån sina erfarenheter att de framförallt försöker bryta en vana för att undvika att suget efter cigaretter skall uppstå. De beskriver en vana som att exempelvis röka när de pratar i telefon, efter maten och till, eller efter kaffet. Informanterna beskriver att det är en kamp att sluta röka och att bryta en vana. Kampen finns eftersom informanterna inte vet om de kan stå emot rökbegäret, men när kaffet väljs bort på morgonen eller ölen på krogen så upplever informanterna att det inte är några svårigheter. Det handlar om att bryta vanans makt och att ändra på invanda rutiner kring rökningen.

”Jag vill påstå att det är så att rökning är väldigt vanebildande ihop med andra saker så ihop med en kopp kaffe, efter maten, såna grejer då va å kan man då, välja bort de här sakerna som relaterar till rökning så blir det lite lättare.”(1)

Nikotinersättningsmedel

Informanternas erfarenheter av att använda nikotinersättningsmedel är att det är betydelsefullt. De använder både nikotintuggummi och nikotinplåster. Informanterna berättar att nikotinersättningsmedel har hjälpt dem mot de värsta abstinensbesvären och användandet har sträckt sig från några veckor till flera år. De har även börjat använda snus i stället, då både nikotinfritt och vanligt, för att lindra abstinensen.

”För många år sedan köpte jag, jag vet inte om det hette Nicorette eller nått sånt där, när jag slutade röka. Men det var inte så länge så sen kunde jag lägga av med det”(2)

Informanterna har även beskrivande negativa erfarenheter av att använda nikotinersättningsmedel, som skapar ett lidande för dem. De får allergiska reaktioner som exempelvis utslag på benen, svullnad i halsen, nässelutslag och varbölder där nikotinplåstren har suttit.

”...men så tålde jag inte av de här plåstren. Fick stora varbölder utav plåstren...”(3)

Stöd i grupp

Informanter har erfarenheter av friskvård från arbetet och fick möjlighet att använda avslappning med musik i grupp när de ville sluta röka. Det att vara många till antal under avslappningen, upplever informanterna som positivt, eftersom de finner stöd i gruppen, men även känslan av att inte känna sig ensamma i rökavvänjningen infinner sig också.

”...jag var med i en grupp med en sån där du vet man fick lyssna på musik och avslappning. Så fick man liksom höra ”Jag är ingen rökare och rädd”...det kändes bra då. Och hade man ju stöd i att man var många, va.”(6)

Akupunktur

För att kunna handskas med sin abstinens provar informanter akupunktur, men har negativa erfarenheter av det. Informanter upplever att abstinensen inte lindras när man snurrar på akupunktur nålarna då de känner ett sug efter cigaretter. Informanterna tycker inte akupunktur hjälper när de vill sluta röka.

”Jag gick ju och fick akupunktur och fick sådana silverkulor i öronen och om man kände röksug så skulle man röra dom...men det fungerar inte.”(6)

Återfall

Informanterna har erfarenheter av att ha försökt sluta röka många gånger och upplever svårigheter. De uttrycker att det är svårt att sluta röka, för att röksuget finns där hela tiden. De gånger informanterna har misslyckats har en besvikelse känts över att inte klara av att sluta röka och inser att något måste göras åt rökningen igen. Rökningen har gått dem på nerverna. Informanterna inser att kraften och motivationen att sluta röka finns, men cigarettbegäret är starkt. Tobaksberoendet finns hos dem och är svårt att bryta. Det kan handla om att det står någon och röker i deras närhet, som gör att de känner ett starkt begär och återfaller till rökningen. Det kan även handla om att vara gravid och när graviditeten och amningen är över börjar informanten röka igen.

"Förr om det var någon som stod och röka så tänkte en "herregud så gott, åh kan jag få smaka lite" ...å likt förbaskat så började en igen." (2)

Framtidstro

Samtliga informanter upplever ett välbefinnande när de har slutat röka och accepterar sin sjukdom trots att den medför påverkan på vardagslivet, men det gör ingenting för de har ändå lyckats sluta röka. Kunskapen som informanterna bär med sig är att de aldrig skulle börjat röka.

Uppleva välbefinnande

Informanternas erfarenheter vid rökstopp är en upplevelse av välbefinnande när de har slutat röka, trots sin lungsjukdom. Informanterna känner att de mår mycket bättre utan cigaretterna, känner en framtidstro, känner sig friska och har ett liv. De njuter av livet och är både stolta och glada över att ha lyckats sluta röka.

"...jag känner mig väl ganska frisk tycker jag. Jag tycker det i alla fall! Jag känner ju i alla fall inte efter om jag e sjuk...jag lever ganska så normalt å har inge större problem..." (7)

Acceptans av sin situation

Ett rökfritt liv har gett informanterna en styrka som gör att de accepterar att leva med sin grundsjukdom, trots andfåddhet vid ansträngning och att de inte klarar av att göra allting i det dagliga livet. Informanterna accepterar vad deras kroppar klarar och känner av hur mycket de klarar av vid påfrestningar i olika situationer. Informanterna tar livet i sin takt och är medvetna om att de har vissa begränsningar när det gäller aktivitet. Det kan handla om att gå i uppförsbackar eller bära tunga saker vilket upplevs som påfrestande. Informanterna berättar även att de inte kan leva om sitt liv, men är nöjda

ändå. Det finns även en acceptans till sin nuvarande hälsa som informanterna starkt poängterar och är tacksamma över det liv de har idag.

”Accepterar att det är som det är, att jag inte klarar att göra allting”(1)

Upplevelse av rökning idag

Informanterna tycker att tobaksrök luktar illa idag och många av dem vill inte ens vara i närheten av rök. Ingen av informanterna kan tänka sig att dra ner rök i sina lungor mer. De har heller inte kvar något sug efter cigaretterna. Informanterna upplever rökning som besvärligt, exempelvis om det står en person utanför en affär och röker när de går förbi och informanterna tvingas passera röken. De uttrycker att det är *”trist”* när unga människor står och röker, eftersom informanterna vet vilken skada det gör.

”Jag vill inte ha ner det i mina lungor, inte lukten en gång” (3)

Kunskap

Informanterna har rökt länge och upplever att de skulle slutat röka tidigare. Ingen av dem har ångrat sitt beslut att sluta röka. Informanterna bär med sig erfarenheter vid rökstopp som har lett dem till ett rökfritt liv och över hur de mår idag. En seger över rökningen! Erfarenheter som informanterna bär med sig är att med den kunskap som de har idag så skulle de aldrig ha börjat röka och då hade det inte heller varit något problem att sluta. Informanterna vill säga till dem som fortfarande inte har slutat röka att, *”om de bara visste hur bra de kan må”* och *”börja aldrig röka”*.

”Det gäller ju att aldrig börja bara.” (2)

DISKUSSION

Diskussionen delas in i en metoddiskussion där författarna förklarar hur de har gått tillväga och metoden diskuteras. I resultatdiskussion beskrivs först en kort sammanfattning av resultatet och därefter lyfts resultatets olika delar fram och diskuteras. Avslutningsvis följer slutsatser, förslag på fortsatt forskning och kliniska implikationer

Metoddiskussion

Metoden som författarna använde var intervjuer, kvalitativ metod. Vid kvalitativ metod är intresset att försöka förstå människors levda erfarenheter och upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). För studiens syfte var intervjuer mycket bra för att förstå det här fenomenet. Det var av värde att använda intervjuer som metod eftersom informanterna fick utrymme att beskriva sina erfarenheter att sluta röka. En alternativ metod hade kunnat vara, att göra en fokusgruppsintervju med tanke på att samtliga informanter var mycket verbala.

Informanterna gav inte författarna svaren som förväntades att de skulle få under intervjuerna. Vi trodde i början av den här studien att informanterna skulle ha fått någon form av råd och stöd från distriktssköterskan inom primärvården, när de hade bestämt sig för att sluta röka och förbli rökfria. Syftet med studien var därför från första början att beskriva erfarenheter av stöd vid rökavvänjning hos personer med obstruktiv lungsjukdom, som lyckats sluta röka. Det visade sig vara svårt att få informanterna att tala om stöd under intervjun eftersom de inte hade fått så mycket stöd. Informanterna styrde intervjuerna själva och ville hellre berätta om sina sjukdomar och hur de själva lyckades sluta röka. Vi ser det som positivt att informanterna fick berätta utifrån sina erfarenheter av att sluta röka, eftersom de hade mycket intressanta erfarenheter att förmedla.

Författarna hade förutfattade meningar om att primärvården ger rökavvänjning och att det är dit människor går när de vill ha hjälp att sluta röka. Vår önskan var att fokusera på vad primärvården kan hjälpa till med, eftersom det är mest relevant för vårt kommande arbete som distriktssköterskor. Enligt Malterud (2009) går författarnas egen förförståelse aldrig att bortse från. Det är viktigt att vara medveten om sin förförståelse så att den inte står i vägen för vad människor vill förmedla under en intervjustudie, utan att man är öppen för det som visar sig. För vår del betydde det att vi fick tänka om i förhållande till studiens fokus och se vad patienterna själva tyckte var viktigt att förmedla. Författarna hade ingen uttalad metod för att bli medvetna om den egna förförståelsen, men hade under arbetets gång ofta diskussioner om den. Det kändes bra eftersom diskussionerna gjorde att författarna inte kunde glömma bort den egna förförståelsen de bär på.

Det var inga svårigheter att finna informanter till studien utan tvärt om. Det var många som ville delge författarna sina erfarenheter. Samtliga informanter fullgjorde sitt deltagande i studien och det var både män och kvinnor i studien. Samtliga män och kvinnor i studien är svenska medborgare, förutom en informant. Informanten som inte är svensk medborgare har ändå bott i Sverige sen 1960-talet, förstår och pratar svenska. Samtliga informanter var över 61 år, hade rökt tobak i minst 20 år och hade varit rökfria i minst ett år. Urvalskriterierna för informanterna, äldre människor och med lång erfarenhet av rökning, fungerade bra eftersom de hade erfarenheter om det som studien gällde. Informanterna var stolta över att ha slutat röka och ville gärna berätta om det. Författarna intervjuade sju personer vilket ansågs vara tillräckligt med tanke på tidsaspekten som fanns för studien, författarna upplevde även då att variationer framkommit i materialet. Om författarna hade valt att intervjua fler personer hade materialet blivit för stort och enligt Trost (2010) kan intervjuer, om de är många till antal, göra att materialet blir svårt att hantera. Det kan då vara svårt att få en överblick

över skillnader och likheter. Det var endast en intervjuare vid varje intervju, vilket var bra eftersom informanterna annars kunde ha känt sig i underläge, maktperspektivet minskar. Enligt Trost (2010) får inte informanter hamna i underläge, det kan leda till en maktobalans. Vid intervjuerna användes öppna semistrukturerade frågor och samtliga frågor ställdes till alla informanter. Dahlberg et al. (2008) skriver, för att det ska bli ett bra resultat handlar det om att både intervjuaren och personen har ett gemensamt intresse för ämnet och det hade samtliga, så det fungerade bra. Författarna gjorde en pilotintervju för att få en uppfattning om frågorna i intervjuguiden fungerade. Pilotintervjun fungerade eftersom den svarade på syftet. Intervjun inkluderades i studien. Det var ingen av informanterna som uttryckligen tyckte det var jobbigt att bli intervjuad. Författarna lyssnade på intervjuerna och gjorde analysen tillsammans för att stärka tillförlitligheten i resultatet. Transkriberingen av intervjuerna gjordes samma dag eller dagen efter för att ha intervjun så aktuell som möjligt. Det var till fördel eftersom författarna annars skulle ha tappat viktiga detaljer. Malterud (2009) skriver att det är viktigt, att intervjuaren transkriberar materialet själv eftersom intervjuaren har intervjun i minnet och det är viktigt i analysprocessen.

Trovärdigheten av ett resultat handlar om hur överförbart resultatet är (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Överförbarhet innebär hur bra det går att använda resultatet av studien även till andra målgrupper (Polit & Beck, 2012). Resultatet i denna studie kan till viss del överföras på andra patientgrupper då studien beskriver erfarenheter av att ta kontroll över sin egen livssituation och genomföra en stor livsstilsförändring som gynnar den egna hälsan. Överförbarheten kan ske till grupper, män eller kvinnor, som röker och inte har någon diagnos men den kan även överföras till patienter som behöver stöd med viktminskning eller fysisk aktivitet. Det kan vara till hjälp för andra sjuksköterskor, att de i mötet med patienten samtalar och försöker förstå hur patienten ser på sin situation. Författarna har sett hur människor kommer till ett beslut om att göra en stor förändring i sitt liv och också klara det. Det visar att studien har hög trovärdighet för att resultatet går i viss mån att tillämpa på andra grupper av människor. Enligt Graneheim och Lundman (2004), är det dock läsaren själv som beslutar om det finns en överförbarhet till annan kontext utifrån resultatet, där texten bör tala för sig.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är kvalitativ innehållsanalys till fördel när intervjuer skall tolkas då analysenheten får en systematisk genomgång och för att inte missa viktiga delar. Kvalitativ innehållsanalys var bra, men författarna tycker att det var ganska svårt att analysera då det som människor säger går in i vartannat och överlappar. Kvalitativ innehållsanalys har ganska strikta krav på att innehållet i de olika kategorierna inte får överlappa varandra (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Författarna anser därför att det finns en begränsad användbarhet när det kommer till människors erfarenheter, just därför att människans erfarenheter är mycket mer invädda och överlappande.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att informanterna kommer till en dramatisk vändpunkt som påverkar dem starkt. Upplevelsen från den dramatiska vändpunkten har varit motiverande för att sluta röka. De upplever andnöd och luftvägssjukdomar. Informanterna upplever även

en rädsla eftersom de bär med sig de erfarenheter som har gjort dem mycket sjuka och är rädda att dö. Informanterna kommer till insikt om att konsekvenserna av att ha rökt tobak har skadat dem och tar beslutet att sluta röka. För vissa av dem tar det lite längre tid att komma till insikt, men samtliga informanter i studien gör det genom en omvälvande egen upplevelse. Många informanter har fått fakta och information om rökningens skadeverkan på kroppen, men det har inte påverkat dem att sluta röka. Kritik om att de borde sluta röka har inte heller haft någon påverkan på dem. Informanternas egna erfarenheter från den dramatiska vändpunkten gör att de finner egen motivation och förstår att; för att överleva måste de sluta röka. Många informanter hänvisar helt och hållet till sig själva då de inte vet om att distriktssköterskan eller primärvården erbjuder stöd vid rökavvänjning. För att kunna handskas med sin abstinens väljer informanterna att bryta vanor som är förknippade med rökning. De använder även nikotinersättningsmedel, går på avslappning och finner stöd i avslappningsgrupper, men försöker även med akupunktur. Samtliga informanter har haft återfall i rökandet, men är idag rökfria. Informanterna har en framtidstro och upplever ett välbefinnande när de slutat röka. Informanterna accepterar sin situation och med den kunskap som de bär med sig idag så skulle inte någon av informanterna ha börjat röka.

Resultatet visar att en egen omskakande erfarenhet är bra grund för motivationen och viljan att sluta röka. Informanterna kom till en dramatisk vändpunkt när de drabbas av andnöd och luftvägssjukdomar som påverkar deras dagliga aktivitet och existentiella funderingar. Informanterna kommer ihåg tidigare upplevelser, när de drabbades av sjukdom, vilka har gjort dem rädda. Hur personen hanterar situationen efter att sjukdomen har inträffat, handlar mycket om personens attityder och om hans eller hennes uppfattning om det som inträffade (Holdman & Loring, 2004). När människor har drabbats av starka upplevelser, som andnöd och sjukdom, så är de ofta i ett läge där de kan fatta viktiga beslut om sin hälsa. Upplevelser är viktiga för att kunna ta tag i sin egen motivation. Vid det tillfället har distriktssköterskan en stor möjlighet att gå in och stödja personen, att hjälpa personen se orsaken till den dramatiska vändpunkten. Om den är orsakad av rökning kan distriktssköterskan väcka tanken på att sluta röka, men även försöka förstå hur personen tänker om situationen och sin rökning. Samtidigt handlar det enligt Österlund Efraimsson, Klang, Larsson, Ehrenberg och Fossum (2009), om att det är viktigt att se hur personen mår och om hon eller han är mottaglig för information. Studiens resultat visar att den stämmer överens med Efraimsson et al. (2012), att sjuksköterskor är mer inriktade på att informera än att i mötet samtala med patienten. Det är i mötet med sjuksköterskan som patienten kan berätta och uttrycka tankar kring sin situation. Det är sjuksköterskans ansvar att bjuda in patienten till samtal, men det är även sjuksköterskans ansvar att stärka och stödja patienten (Dahlberg & Segesten, 2010).

Det vårdande samtalet är en målsättning i mötet med patienter, men det är inte alltid att sjuksköterskor når dit visar Efraimsson et al. (2012). Författarna ser att i det vårdande samtalet finns det förutsättningar för att skapa förändring. Förändringen skapas genom ömsesidig tillit och för distriktssköterskan rör det sig om att möta och stödja patienten i den situationen som patienten befinner sig i. Ett vårdande samtal kan i bästa fall skapa ett möte där en rökande patient med KOL säger ”jag förstår vad du säger men jag har inte hittat motivationen till att sluta röka”. Distriktssköterskan kan då inge hopp och stödja patienten om att det går att sluta röka. Hon/han kan också berätta för personer

med obstruktiv lungsjukdom att de kommer att kunna hantera sin grundsjukdom bättre, efter att de har slutat röka.

Resultatet visar att informanterna lyckades sluta röka när de kom till insikt om vilken påverkan rökningen har på den egna kroppen. Författarna har delgivit många berättelser där samtliga informanterna beskriver att de i årtal har känt av att rökningen inte är bra för dem då de deras hälsa försämrats, men att de först efter återkommande andnöd kommer till insikt. Den här studien bekräftar vad tidigare forskning visar (Efraimsson et al., 2012; Schofield et al., 2007; Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2005), vilket är att människor kommer till insikt och slutar röka när de blir andningspåverkade. Författarna tycker att det är synd att det skall behöva gå så långt innan människor slutar röka. Distriktssköterskor kan berätta om erfarenheter som leder till ökad motivation, som informanterna hade i studien, men också att möta personer som röker och ännu inte utvecklat KOL. Motivera dem till att sluta röka, innan de drabbas av andningsbesvär eller blir sjuka. Kan man lära sig av andra? Om distriktssköterskor tonar ner med information och börjar lyssna på vad patienterna har att berätta och på så sätt få igång en diskussion. Då känner patienten sig delaktig och förstår att distriktssköterskan vill något annat än att ge information. Då har en utgångspunkt skapats som är mycket användbar i arbetet som distriktssköterska.

Resultatet visar att informanterna har viljan att sluta röka och de uttrycker att det är något som människan själv måste bestämma, vilket bekräftas av Lundqvist, Weinehall och Öhman (2007). Där framkommer att personer som vill sluta röka, betonar att det är viktigt med den egna viljan. Författarna ser även paralleller med tidigare forskning (Willemsen et al., 2005) som också beskriver hur viktigt det är med viljan, men även att människor finner egen motivation i viljan att sluta röka. Informanterna i studien fann egen motivation i sin process att sluta röka och de var helt autonoma när det gällde att ta beslutet att sluta röka. Resultatet visar att betoningen inte ligger på distriktssköterskans roll utan här är personernas autonomi helt framträdande. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall vården ”bygga på patientens självbestämmande och integritet” och vanligtvis när olika vårdhandlingar nämns, som syftar på att stödja patienter, så bör distriktssköterskor tala om för patienten att ”jag finns här för dig” och i dialog med patienten förmedla kunskap och stöd. Genom kunskap och insikt kommer patienten att vara delaktig i sitt beslut och kunna göra ett medvetet val. Om inte patienterna är delaktiga i beslutet kan inte ett rökstopp genomföras.

Statens folkhälsoinstitut (2004) skriver att många människor slutar att röka med egen kraft och att de har blivit påverkade av rökningens skadeverkan via annonser, information från media och från hälso- och sjukvårdspersonal. Informanterna i studien blir inte påverkade av någon utomstående när de beslutar sig att sluta röka, men blir tyvärr negativt bemötta från hälso- och sjukvårdspersonal, då de ändå fortsätter att röka trots sin lungsjukdom.

Resultatet visar att många informanter inte vet att distriktssköterskan och/eller primärvården kan erbjuda råd och stöd vid rökavvänjning och de hänvisar till sig själva. Det finns dock informanter som har friskvårdsgrupper på sina arbetsplatser, vilka erbjuder avslappning som ett led i att minska abstinensen vid rökstopp. Det framkommer inte av informanterna i vilken regi friskvårdsgrupperna bedrivs. Forskning

(Miller, 2006; Lundqvist, 2011; Klang Söderkvist, 2008) visar att det finns brister vid rökavvänjning. Bristerna är att hälso- och sjukvårdspersonal inte tror på sin egen förmåga att kunna hjälpa patienter till en förändring. Det handlar även om att det inte finns tid avsatt till att utöva rökavvänjning, att det är nedprioriterat och att sjuksköterskor som utövar rökavvänjning själva röker. Enligt Sveriges kommuner och landsting (2012) är behovet av rökavvänjare stort och i dag är tillgången till rökavvänjare mindre än vad behovet kräver, vilket dock författarna ser talar emot resultatet.

För att återkoppla till friskvårdsgrupperna som nämndes tidigare så visar resultatet att informanterna kan handskas med sin abstinens genom att besöka avslappningsgrupper som ordnas på deras arbetsplatser. De finner stöd i avslappningsgruppen och känner sig inte ensamma när de försöker sluta röka, vilket visar att stöd i grupp hjälper när människor skall sluta röka. Människor finner stöd i varandra vilket författarna tolkar som att finna en styrka genom att vara med personer som befinner sig i samma situation som de själva är i. Författarna tror även att det bidrar till att personerna kan föra samtal kring rökningens svårigheter och ge varandra stöd.

I resultatet beskriver informanterna att de känner en framtidstro över att ha lyckats sluta röka. Informanterna upplever ett välbefinnande, de mår mycket bättre utan cigaretterna och tycker att de har ett liv nu och känner sig friska. Informanterna upplever att de funnit hälsa trots sin grundsjukdom. De är medvetna om sin grundsjukdom, har accepterat situationen och klarar av att hantera situationer som påverkar deras andning på ett negativt sätt. De kan bemästra de situationerna tack vare rökstoppet. Informanterna ser med ljus förhoppning på framtiden. Dahlberg och Segesten (2010) skriver, att erfarenheter som en sjukdom för med sig omvandlar människan vanligtvis till att de upplever en ökad hälsa och tacksamhet, precis som informanterna i studien beskriver. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är livslust att känna lust för livet och att vilja leva. För många informanter i studien var deras erfarenheter av att sluta röka, lusten att leva som var av stor betydelse till att de slutade röka. Det var upplevelsen av en dramatisk vändpunkt som hjälpte dem att inse hur sjuka de var och ville göra allt de kunde för att fortsätta leva. Erfarenheter av att sluta röka är mycket individuella då människan är en unik person och slutar röka utifrån sin livsvärld.

För distriktssköterskan är författarnas resultat en viktig kunskap, eftersom personer som vill sluta röka klarar det på egen hand, med egen kraft, och inte behöver distriktssköterskans hjälp för att uppnå rökfrihet. Det är personernas dramatiska vändpunkt och att de har viljan som leder till rökstopp. Trots att informanterna beskriver rökstoppet som ett eget arbete kan vårt resultat användas av distriktssköterskan. Det är viktigt att distriktssköterskan frågar om rökvanor för att fånga upp de som röker, frågar sina patienter hur de själva ser på sin rökning, men även frågar generellt om hälsan. Distriktssköterskan kan berätta att personerna kanske inte känner sig så sjuka nu, men att de behöver veta att de kan drabbas av andnöd, återkommande luftvägssjukdomar, att det tar lång tid att återhämta sig efter sjukdom och att de kommer att må mycket bättre utan cigaretterna. Distriktssköterskan kan ingjuta hopp för personer att de kommer uppleva ett välbefinnande där de kommer att känna sig friskare, må bättre och kanske komma att uppleva att de inte vill dra ner rök i sina lungor mer.

SLUTSATS

Den här studien visar att informanterna har olika beskrivningar på hur de med egen kraft till slut lyckats sluta röka, men alla sju har något gemensamt. Samtliga kom till en dramatisk vändpunkt där valet stod mellan att fortsätta leva eller att dö och valet blev, att definitivt sluta röka. Informanterna har idag en framtidstro, upplever ett välbefinnande och accepterar sin situation. Med den kunskapen som de har idag, så skulle ingen av dem börjat röka. Deras beskrivning är ett rökstopp utan något stöd av distriktssköterska eller primärvård. Informanterna har inte ens vetat om att primärvården kan erbjuda stöd vid rökavvänjning. Det här innebär, att som distriktssköterskor bör vi bli bättre på att nå ut till ”våra” patienter. Det skulle kunna lyckas om vi tonar ner distriktssköterskans roll att informera om hur farlig rökningen är och istället bli mer lyhörda vad patienten berättar när vi ställer öppna frågor runt rökningen. Det kan till exempel vara; Har du funderat på att sluta röka? Vill du sluta? Hur känns/låter det på morgonen när du stiger upp? Vet du att vi har flera möjligheter att hjälpa dig till rökstopp? Distriktssköterskan bör skapa en öppen miljö, där hon/han är lyhörd och lyssnar in vad patienten vill eller inte vill berätta. En ödmjukhet gentemot patienten och försöka förstå hans/hennes problem med att sluta röka. Vår studie kan hjälpa till att förstå bakomliggande orsaker till varför personer upplever det svårt att sluta röka, men även inse att för varje människa finns en speciell orsak och som distriktssköterskor kan vi erbjuda personer olika stöd i rökavvänjning. Det viktigaste är ändå att personen själv verkligen vill sluta röka och kommit fram till det beslutet, det är ändå ett steg närmre ett rökfritt liv.

Förslag på fortsatt forskning

Under studiens gång har tankar väckts om hur distriktssköterskan ser på sin roll vid rökavvänjning?

Kliniska implikationer

Här är de kliniska implikationerna riktade till distriktssköterskor, men kan med fördel även riktas till andra personer i gruppen hälso- och sjukvård, vilka möter människor som röker.

- Distriktssköterskor kan inte hoppa genom att berätta att när personen har slutat röka, kommer hon eller han uppleva att det är skönt att slippa cigaretterna och personen kommer att uppleva känslan av att må bättre.
- Distriktssköterskor bör tona ner med information till personer som vill sluta röka och i stället ställa frågor om var någonstans de befinner sig i processen att sluta röka. Ställa öppna frågor som inte är dömande till personen vilket gör att hon/han berättar som sin situation. Berätta att det finns olika slag av nikotinersättningsmedel!

- Distriktssköterskor kan berätta att avslappning och stöd i grupp hjälper vid rökavvänjning, eftersom personer som slutar röka finner stöd i att vara många, känner gemenskap i situationen och kan ge varandra råd och stöttning.
- Distriktssköterskor kan ta fasta på människors upplevelser vid rökning och ta vara på tillfället att stödja vid en dramatisk vändpunkt, som andnöd kan upplevas. Personen är då ofta mycket sårbar, men samtidigt även mottaglig för hjälp.

REFERENSER

- Bottorff, L.J., Johnson, L.R., Moffat, B., Fofonoff, D., Budz, B. & Groening, M. (2004). Synchronizing clinician engagement and client motivation in telephone counseling. *Qualitative Health Research*, 14(4), 462-477.
- Chouinard, M-C. & Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- Codex. (2012). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2012-11-16 från <http://codex.vr.se/>
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Edwards, S. & Campbell, I. A. (2003). How to stop smoking. *The medicine publishing company*, 3(11), 38-40.
- Efrainsson, E. Ö., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K. & Klang, B. (2012). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 767-782.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Fraser, D.D., Kee, C.C. & Minick, P. (2006). Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 550-558.
- Galanti, R.M., Gilljam, H., Post, A. & Eriksson, B. (2011). *Folkhälsorapporten 2011. Tobaksbruk i länet*. Hämtad 2012-09-17 från http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkhälsoarbete/fhr2011/FHR2011del_2_Tobak_web.pdf
- Gilljam, H. & Lindqvist, R. (2011). *Läkemedelsboken 2011-2012: Nikotinberoende*. Läkemedelsverket: Stockholm.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to active trustworthiness. *Nursing Education*, (24), 105-112.

- Hilberink, R.S., Jacobs, E. J., Schlösser, M., Grol, P.T.M.R. & de Vries, H. (2006). Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 61, 449-457.
- Holdman, H. & Loring, K. (2004). Patient Self-Management: A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health*, 119, 239-243.
- Hjalmarsson, A. (2006). *En handledning för tobaksavvänjning*. Växjö: Statens folkhälsoinstitut.
- Hjärt – Lungfonden. (2008). *KOL. En temaskrift om kroniskt obstruktiv lungsjukdom*. Stockholm: Hjärt – Lungfonden.
- Janson, C., Ställberg, B. & Hesselmar, B. (2011/2012). *Astma och KOL*. Läkemedelsboken. Läkemedelsverket.
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirdottir, T., Sveinsdottir, K.S. & Sigurdardottir, T. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 594–604.
- Klang Söderkvist, B. (Red.). (2008). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M. & Boethius, G. (2000). *Vägen till ett rökfritt liv*. Stockholm: Läkare mot Tobak i samarbete med SBU, med ekonomiskt stöd från Folkhälsoinstitutet, Cancerfonden och Hjärt–Lungfonden. Hämtad 2012-12-26 från www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/5/rokfritt.pdf
- Lindström, I. (2007). *Patients delaktighet – en studie omvård vid livets slut*. Västra Frölunda: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
- Lund, L., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2011). The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 485–493.
- Lundqvist, G. (2011). *Tobaksvanor i medelåldern: Riskfaktormönster, rökstoppsattityder och erfarenheter av att sluta röka*. Umeå: Print & Media.
- Lundqvist, G., Weinehall, L. & Öhman, A. (2007). Attitudes and barriers towards smoking cessation among middle aged and elderly woman: A qualitative study in family practice. *The internet journal of health*, 5(2), 1-10.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i B. Höglund Nielsen. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*.(ss.159-172). Lund: Studentlitteratur.

- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Miller, N. (2006). Translating smoking cessation research findings into clinical practice: The "Staying Free" program. *Nursing Research*, 55(4), Supplement 1.
- Nilsson, P.M. (2007). Bättre metoder behövs gör effektiv rökavvänjning. *Läkartidningen*, 35(104), 2412-2413. Hämtad 2012-10-31 från http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/7/7313/LKT0735s2412_2413.pdf
- Nilsson, P. M. & Fagerström, K-O. (2009). Smoking cessation: It Is Never Too Late. *Diabetes Care*, 32(2), 423-425. Hämtad 2012-11-28 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811467/pdf/zdcS423.pdf>
- Parker, D.R. & Eaton, C.B. (2011). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Smoking Cessation. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 6(2), 160-167.
- Polit, F. D. & Beck, T.C. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Schofield, I., Kerr, S. & Tolson, D. (2007). An exploration of the smoking-related health beliefs of older people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1726–1735.
- Sluta-röka linjen. (2012). Hämtad 2012-12-07 från <http://www.slutarokalinjen.org/media.html?tab=seven>
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 2012-09-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>
- Socialstyrelsen. (2012). Dödsorsaksstatistik. Hämtad 2012-10-15 från <http://192.137.163.49/sdb/dor/resultat.aspx>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU. (2003) *Metoder för rökavvänjning. Rapport nr 138*. Stockholm.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU. (2012). *Obstruktiv lungsjukdom – astma och KOL*. Hämtad 2012-10-19 från http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/astma_2000/astma/astma_kap1.pdf
- Statens folkhälsoinstitut. FHI. (2004). *Tobak och avvänjning. En faktskrift om behovet av prioriteringar vid tobaksavvänjning*. Hämtad 2012-12-05 från <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Tobak-och-avvanjning-En-faktskrift-om-tobakens-sakdeverkningar-och-behovet-av-tobaksavvanjning/>

- Statens folkhälsoinstitut. FHI. (2007). *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal*. Socialstyrelsen. Hämtad 2012-12-01 från <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Tobaksavvanjning-i-halso--och-sjukvarden/>
- Statens folkhälsoinstitut. FHI. (2012). *Tobaksvanor och tidserier och regional resultat tom 2011*. Hämtad 2012-01-09 från <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Tobaksvanor/>
- Svensk författningssamling. SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges riksdag. Socialdepartementet. Hämtad 2012-10-15 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Svensk författningssamling. SFS 2008:192. *Lag om ändring i lagen (2003:460) etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 2012-11-16 från <http://www.lagboken.se/files/SFS/2008/080192.PDF>
- Svensk sjuksköterskeförening. SFF. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Danagårds.
- Sveriges kommuner och landsting. SKL. (2012). *Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*. Hämtad 2012-10-12 från [http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=3c073175-0558-450d-82a4-c4bbe684d15c&FileName=V%c3%a5rdbarometern+%c3%a5rsrapport+2011+2012-03-07+\(slutgiltig\).pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=3c073175-0558-450d-82a4-c4bbe684d15c&FileName=V%c3%a5rdbarometern+%c3%a5rsrapport+2011+2012-03-07+(slutgiltig).pdf)
- Sveriges kommuner och landsting. SKL. (2012). *Tobaksavvänjning i vården*. Stockholm. Hämtad 2012-12-04 från http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=c3bfa218-201e-4ba9-bf7c-3bf2a761a55c&FileName=tobaksavv%C3%A4nvn_v%C3%A5rden_webbrapport_120216.pdf
- Tilling, B., Jagorstrand, B., Johansson, G., Kull, I., Lisspers, K., Romberg, K. & Ställberg, B. (2008). Astma/KOL – mottagning i primärvård – nya kriterier. *Allmän medicin* 5. Hämtad 2012-11-13 från http://www.lio.se/upload/64288/allman_medicin.pdf
- Treat-Jacobson, D. & Walsh, M.E. (2003). Treating patients with peripheral arterial disease and claudication. *Journal of Vascular Nursing*, 21(1), 5-14.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Willemse, B., Lesman-Leegte, I., Timens, W., Postma, D. & ten Hacken, N. (2005). High Cessation Rates of Cigarette Smoking in Subjects With and Without COPD. *American College of Chest Physicians, CHEST*, 128, 3685–3687.
- Wilson, S.J., Fitzsimons, D., Bradbury, I. & Elborn Stuart, J. (2008). Does additional support by nurses enhance the effect of brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomized controlled trial? *International Journal of Nursing Studies*, 45, 508-517.
- World Health Organization.WHO. (2012). Hämtad 2012-10-05 från <http://www.emro.who.int/>
- Österlund Efraimsson, E., Klang, B., Larsson, K., Ehrenberg, A. & Fossum, B. (2009). Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Education and Counseling*, 77, 209-217.

Intervjuguide

Berätta om hur det gick till när Du slutade röka?
Vad var det som fick Dig att sluta röka?

Berätta om Du fick någon hjälp eller något stöd vid rökavvänjningen? Av vem?

Berätta om varför Du slutade att röka?

Vad var det som motiverade Dig att sluta röka?

Kan det funnits något annat som gjorde att Du slutade?

Hur många försök till rökstopp innan Du lyckades sluta?

När började respektive slutade Du att röka?

Följdfrågor som kan ställas:

Finns det något mer Du vill berätta...

Kan Du utveckla det lite mer hur Du tänker.....

Har Du använt nikotinersättningsmedel...

Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Distriktsköterska, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att beskriva erfarenheter av stöd vid rökavvänjning hos personer med obstruktiv lungsjukdom.

Obstruktiv lungsjukdom är en kronisk sjukdom som inkluderar personer med astma och personer med KOL. Distriktsköterskans uppdrag är att arbeta hälsofrämjande, att informera, ge råd och stöd för patienter som vill sluta röka.

Metoden i examensarbetet är en intervju och kommer att spelas in. Materialet kommer att transkriberas ordagrant i text. Datainsamling kommer att ske genom intervjuer med patienter inskrivna på vårdcentral, som har diagnosen KOL och har slutat röka. Informanterna bör vara av båda könen, från 50 år till 80 år. Vi hoppas kunna ta del av 6-8 patienters berättelser i vår studie. Patienterna kommer själva att få bestämma tid och plats för intervjun.

Deltagarnas samtycke inhämtas genom ett formulär, där det framkommer att de kan avbryta intervjun när de själva så önskar och utan att behöva förklara varför. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort och informanterna är anonyma i studien.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Efter godkännande från verksamhetschef kommer kontakt tas med Astma/KOL-sköterskan för urval av patienter.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Kristina Nässén/ Universitetslektor

Institutionen för vårdvetenskap. Högskolan i Borås

E-post:

Tfn:

Hälsningar

Jeanita Suurhasko

E-post:

Tfn:

Sanne Henkel

E-post:

Tfn:

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Jeanita Suurhasko och Sanne Henkel genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

/2012

Namn

Verksamhetschef

Informationsbrev

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Distriktssköterska, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att beskriva erfarenheter av stöd vid rökavvänjning hos personer med obstruktiv lungsjukdom.

Obstruktiv lungsjukdom är en kronisk sjukdom som inkluderar personer med astma och KOL. Distriktssköterskans uppdrag är att arbeta hälsofrämjande, att informera, ge råd och stöd för patienter som vill sluta röka.

Metoden i examensarbetet är en intervju och kommer att spelas in. Materialet kommer att transkriberas ordagrant i text. Datainsamling kommer att ske genom intervjuer med patienter inskrivna på vårdcentral, som har en obstruktiv lungsjukdom och har slutat röka. Astma/KOL - sköterskan på vårdcentralen har varit med vid urvalet av patienter. Informanterna bör vara av båda könen, från 40 år till 80 år. Vi hoppas kunna ta del av 6-8 patienters berättelser i vår studie. Informanterna kommer själva att få bestämma tid och plats för intervjun. Intervjun kommer att ta ca 1 timma. Informanterna kan avbryta intervjun när de själva önskar och utan att behöva förklara varför.

Deltagarnas samtycke inhämtas av informanterna. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort och informanterna är anonyma i studien.

Vid publicering av vår studie kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Du som har fått detta brev kommer vi att kontakta inom 1 vecka via telefon, för ett eventuellt deltagande i vår studie.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Handledare:

Kristina Nässén. Institutionen för vårdvetenskap. Högskolan i Borås

E-post:

Tfn:

Hälsningar

Jeanita Suurhasko

E-post:

Tfn:

Sanne Henkel

E-post:

Tfn:

Samtycke

Undertecknad informant godkänner härmed att Jeanita Suurhasko och Sanne Henkel genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Datum 2012

Deltagares namn