



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Runar Tengel Houland		

Deltakar

Namn:	Lillian Holstad
Kandidatnr.:	28
HVL-id:	140629@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 6812 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Motivasjon til livstilsendring

Lillian Holstad

Bachelor i sjukepleie

Avdeling for helsefag/institutt for
sjukepleie/Campus Førde

Rettleiar: Runar Tengel Hovland

01.12.2017

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittelen på oppgåva er motivasjon til livstilsendring. Røyking er den største enkeltårsaka til sjukdom og tidlig død i Noreg. Det er ein klar samanheng mellom røyking og hjarte og karsjukdom. Dette samt eigen praksiserfaring er grunnen til at eg valde emnet hjartesyjukdom og røyking. Problemstillinga er: *Korleis kan sjukepleiar motivere til røykeslutt hos pasientar som nyleg har gjennomgått eit hjarteinfarkt, og samtidig ta vare på pasienten sin autonomi?* Metoden som er brukt, er litteraturstudie, og eg har funne at røykesluttrettleiing har blitt oppfatta som tilfeldig og lite konkret, av både helsepersonell og pasientar. Pasientane ynskjer tydlegare informasjon. Eg har funne at motiverandes intervju er meir effektivt enn vanleg rådgjeving og at pasientane sjølv må ha tru på at røykeslutt vil betre helsa deira, for å oppretthalde motivasjonen til å slutte å røyke. Eg har og funne at sjukepleiedrevet intervensjon aukar sannsynet for at pasienten klarar å slutte. Eg konkluderar med at sjukepleiaren må hjelpe pasienten på ein respektfull måte som tar vare på autonomien deira. Dette ved å oppmuntre pasienten, til sjølv å velje livstilsendring. Val pasienten tar sjølv gir meir motivasjon og større sjanse for å lykkast. Motivasjon til røykeslutt er ein prosess som krev tålmod, empati og respekt. Pasienten må velje det sjølv og sjukepleiaren må respektere pasientens val.

Nøkkelord: Hjarteinfarkt, autonomi, motivasjon, livstilsendring, røyk

Innhold

Samandrag.....	2
1. Innleiing.....	4
1.1 Problemstillinga, avgrensingar og definisjon av omgrep.....	5
2 Metode.....	7
2.1 Kriterium for inkluderte artiklar.....	7
2.2 Søkord og databasar.....	8
2.2 Relevans/kjeldekritikk.....	9
3 Teori.....	10
3.1 Nasjonalfagleg retningslinje for røykeavvenning.....	10
3.2 Autonomi, jus og etikk.....	11
3.3 Motivasjon.....	11
3.4 Åtferdsendring.....	12
3.4.1 Føroverveging.....	13
3.4.2 Overveging.....	13
3.4.3 Førebuing.....	14
3.4.4 Handling.....	14
3.4.5 Vedlikehald.....	14
4. Resultat/funn.....	15
4.1 Samanfating av resultata.....	17
4.2 Relevans/kildekritikk.....	17
5. Drøfting.....	19
5.1 Røykaren.....	19
5.2 Føroverveging.....	19
5.3 Overveging.....	21
5.4 Førebuing.....	22
5.5 Handling.....	23
5.6 Vedlikehald.....	24
6. Konklusjon.....	25
Bibliografi.....	26

1. Innleiing

I praksis på medisinsk avdeling opplevde eg at samtalar rundt pasienten sine røykevanar ikkje var i fokus. Mitt inntrykk er at sjukepleiarar synast det er ubehagelig å ta opp emnet. Kan det være at sjukepleiaren er usikker på korleis ein tar opp emnet røykeslutt, utan å krenke pasienten sin autonomi¹? Røyking er den viktigaste enkeltårsaka til sjukdom og tidlig død i Noreg (Regjeringen, 2017), og det er ein klar samanheng mellom røyking og hjarte og karsjukdom (Helsedirektoratet, 2015). Sjølv om tala på daglegrøykarar har minka frå 24 % i 2006 til 12 % i 2016 (SSB, 2017), er tobakksrøyk framleis den største risikofaktoren for tapte leveår i Noreg (Helsedirektoratet, 2017). Røyking går utover individet sin helse. Det fører til store kostnader for samfunnet. Ser ein på kostnader for helsevesenet og produksjonstap grunna økt sjukdom og tidlig død, så kostar røyking samfunnet 8 milliardar årleg (Ibid.). Røyking forårsakar truleg 700-800 dødsfall av iskemisk hjartesyjukdom årleg (Folkehelseinstituttet, 2017) og doblar risikoen for hjarteinfarkt (Helsedirektoratet, 2015). Gjennomsnittsalderen for dei som vart behandla for akutt hjarteinfarkt i 2016 ,var 72 år. Av dei var 36 % kvinner og 64 % menn (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017).

Av dei som røyker i dag er det flest mellom 45-65 år. 17 % av dei mellom 45-65 år, røykte i 2016 dagleg, eller av og til. Medan dei yngre, mellom 16-24 år, røykte bere 3 % dagleg eller av og til (SSB, 2017). Det er i dag små skilnader mellom kjønna (Ibid.). Den største gruppa av daglegrøykarar er i låge sosioøkonomiske grupper. Det er langt færre daglegrøykarar med høgare utdanning ,enn det er i grupper med grunnskule som høgste utdanningsnivå (Helsedirektoratet, 2016). Dei negative konsekvensane av røyking gjev dermed sosiale skilnader i helse. Røykeslutt kan bidra til utjamning av sosial ulikskap (Ibid.).

I denne oppgåva vil eg prøve å finne svar på kva sjukepleiaren kan gjere for å motivere hjartesyke pasientar til å røykeslutt, på ein respektfull måte, som tar omsyn til pasienten sin autonomi. At sjukepleiaren skal syne omsyn til pasientens autonomi, er skildra i yrkesetiske retningslinjer:

¹ Autonomi betyr sjølvstyre, etter dei greske orda "autos" som betyr "sjølv" og "nomos" som betyr "lov, regel, eller styre". Autonomi går ut på pasientens rett til å bestemme over seg sjølv og sin kropp (Winther,2009).

Sjukepleiaren har ansvar for ein sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebygg sjukdom (NSF, 2016). Det står og at sjukepleiaren skal respektere pasienten sin rett til å foreta val og fremje pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige val. Dette ved å gi tiltrekkelig tilpassa informasjon og ved å forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016).

1.1 Problemstillinga, avgrensingar og definisjon av omgrep

Røykeslutt og hjartesyjukdom er to store forskingsfelt. Eg vel å avgrense problemstillinga til å gjelde pasientar som nyleg har gjennomgått eit hjarteinfarkt². Mykje av forskinga på røykeavvenning handlar om medikamentell behandling, men eg vel å ha fokus på korleis sjukepleiarar kan motivere³ pasientar til røykeavvenning gjennom åtferdsending. Eg vil ha fokus på pasienten sin autonomi og verdigheit. Det er viktig å balansere rettleiinga til pasientane med sjølvbestemming, for ikkje å krenke, eller tre over pasienten sine grenser. Er pasienten motivert for livsstilsending, er det lettare for sjukepleiaren å hjelpe, utan å krenke autonomien. Åtferdsendinga vil då gå lettare (Renolen, 2010, s.51).

Problemstillinga:

Korleis kan sjukepleiar motivere til røykeslutt hos pasientar som nyleg har gjennomgått eit hjarteinfarkt, og samtidig ta vare på pasientens autonomi?

² Hjarteinfarkt er ein irreversibel skade i eit område av hjartemuskelene, grunna vedvarande og alvorleg oksygenmangel i vevet, som skyldast manglande blodtilførsel. Omlag alle hjerteinfarkt skyldast ein blodpropp i ein av koronararteriane. Blodproppen blir ofte utløyst av eit aterosklerotisk plakk i koronararterien plutsleg brest (Mæland, 2006, s. 23).

³ Ordet *motivasjon* kjem opphavleg frå det latinske ordet "movere", som betyr "å bevege". Kaufmanns definisjon av motivasjon er: "prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i åtferd" (Renolen, 2010, s. 41).

Eg skal vidare gjere greie for metoden eg skal bruke, og syne korleis eg har funne forskinga. Deretter vil eg presentere den teoretiske referanseramma for problemstillinga. Der har eg med nasjonalfagleg retningslinje for røykeavvenning, etikkteori, JUS, motivasjonsteori og teori om åtferdsending. Eg vil presentere forskingsfunn, der eg har med fire forskingsartiklar. Dei omhandlar motiverande intervju, sjukepleiarintervensjonar og rettleiing/rådgiving ved røykeslutt. Med bakgrunn i teori og forskingsfunn, vil eg drøfte korleis sjukepleiar kan motivere til røykeslutt hos pasientar, som nyleg har gjennomgått eit hjarteinfarkt. Dette på ein måte som tar vare på pasienten sin autonomi og verdigheit.

2 Metode

I følge Dalland er metoden reiskapen vår, i møte med det vi vil undersøke. Metoden hjelp oss å samle inn data, som vi treng til undersøkinga. (Dalland, 2017, s 52). I denne oppgåva brukar eg litteraturstudie som metode. Oppgåva baserar seg på forskingsbasert kunnskap, pensumlitteratur og anna sjølvvalt litteratur. Studien systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Eg har samla inn litteratur, kritisk gått igjennom den og til slutt samanfatta det heile (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2017, s. 79). Litteraturstudie er ein god metode for emnet. Det finst veldig mykje forskning og kunnskap om hjarteskjukdom og røyking. På det området som problemstillinga etterspør, gjev studien forhåpentleg lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen. Samstundes syner den korleis eg har kome fram til kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 80).

For å belyse problemstillinga har eg brukt både teori og empiri. Av teori har eg blant anna brukt pasient- og brukarrettighetslova, nasjonalfagleg retningslinjer, pensumlitteratur og stadiemodellen av Prochaska og DiClemente. Av empiri har eg brukt forskingsartiklane eg presenterer under. Den empiriske kunnskapen er bygd på erfaringar frå verkelegheita (Thidemann, 2017, s. 59). I vitskapeleg samanheng er erfaringane skaffa gjennom vitskapelege metodar og ved å følge forskingsprosessen (Ibid.). Hensikta med ein vitskapeleg artikkel, er å presentere ny kunnskap (Thidemann, 2017, s. 69). Den empiriske forskinga kan utfordre, eller utfylle, den allereie forankra teoretiske kunnskapen.

For å fange breidda i problemstillinga, omfattar det systematiske søket, både kvalitativ og kvantitativ forskning (Thidemann, 2017, s. 79). Eg har leita etter fagfelleverdert forskning og systematiske forskingsartiklar. For å la artiklane bli inkludert i studien, såg eg etter nokre kriterium, som vert presentert i neste avsnitt.

2.1 Kriterium for inkluderte artiklar

For å klargjere kva litteratur eg ville ha med i oppgåva og for å avgrense mengda, har eg brukt nokon kriterium, for kva artiklane måtte innehalde. Dette har eg har valt, med utgangspunkt i problemstillinga, for å finne relevante artiklar.

Tabell med kriterium:

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Vaksne 18 +	Barn (0-17)
Artiklar med IMRAD-struktur og referanseliste	Studiar med store metodiske svakheiter
Artiklar publisert etter 2007	Artiklar publisert før 2007
Personar med behov for livstilsendring	Personar utan behov for livstilsendring
Helsepersonell som rettleiar	Personar utanfor helsesektoren som rettleiar
Artiklar på engelsk eller skandinavisk språk	Artiklar på andre språk

2.2 Søkeord og databasar

For å avgrense omfanget av søkeresultatet, har eg kombinert ulike søkeord i bestemte databasar og ekskludert artiklar eldre enn 2007.

Søkeord	Treff	Database	Publisert	Funn/tittel
nurse* + smoking cessation*	7	Cochrane library	2013	”Nursing interventions for smoking cessation”
Motivational interviewing	25	Cochrane library	2015	”Motivational interviewing for smoking cessation”
Sykepleier + veileder	51	Sykepleien forskning	2010, oppdatert 2013	”Hvordan veilede om røykeslutt”
Røyking + veiledning	7	Sykepleien forskning	2009	”Kunsten å forbli røykfri”

2.2 Relevans/kjeldekritikk

I følgje Dalland er det viktig at forfattaren er påliteleg og open om resultatata (Dalland, 2017, s. 55). I alle artiklane kjem det fram kvifor vedkommande har undersøkt tema og kva han har tenkt å bruke resultatet til. *“Nursing interventions for smoking cessation”* går direkte på tiltak sjukepleiaren kan gjere, for å hjelpe pasientar til ein vellykka røykeavvenning. *“Motivational interviewing for smoking cessation”* tar for seg motiverande intervju som metode for røykeavvenning, noko som belyser problemstillinga. Desse studiane er systematiske oversiktsartiklar. Det betyr at dei tar med alle relevante studiar og oppsummerar og samanliknar resultatata frå studiane (Thidemann, 2017, s. 71). Systematiske oversiktsartiklar som dette, må følgje strenge kvalitets og utvalskriterium. Forfattarane må gjere greie for kvar og korleis dei har søkt, for å finne primærstudiane som er inkludert. Dei må syne kva databasar dei har søkt i og kva søkestrategiar som er nytta (Thidemann, 2017, s. 71). Ein samanstilling som dette, frå mange studiar av same problemstillingsområde, gir sikrere grunnlag for å trekke konklusjonar.

Dei to andre artiklane, frå *“Sykepleien forskning”* er kvalitative forskingsartiklar. Grunnen til at eg valte desse, er for å få fram helsepersonellet og pasientane sine meiningar, opplevingar, erfaringar og haldningar. Dette i forhold til kva helsepersonell kan gjere, for å hjelpe pasientar til røykeslutt. Begge artiklane nyttar intervju. Formålet med det kvalitative forskingsintervjuet, er å få tak i intervjupersonen sin eigen skildring, av den livssituasjonen han eller ho er i (Dalland, 2017, s. 65). I *“Hvordan veilede om røykeslutt”* blir både pasientar og helsepersonell intervjuet, om erfaringar og opplevingar, kring røykesluttrettleiing, på sjukehus. I *“Kunsten å forbli røykfri”* blir pasientar intervjuet for å få innblikk i tankar omkring sjølv avgjersleprosessen, kor stor tillit dei hadde til å klare å oppretthalde røykeavvenninga og behov for vidare oppfølging. Desse kvalitative artiklane belyse problemstillinga mi, med tanke på refleksjonar kring erfaringar, om rettleiing og motivasjon til røykeslutt. Begge desse artiklane er fagfellevurdert forskning, noko som vil sei, at dei er lest og vurdert av fleire andre upartiske, anonyme ekspertar på område (Utdanningsforbundet, 2016). Artiklane er fagfellevurdert. Det ser eg på som ein indikator, for at dei har høg fagleg kvalitet.

3 Teori

I teoridelen vil eg først ta for meg nasjonalfagleg retningslinje for røykeavvenning. Vidare går eg inn på etikk, autonomi og jus. Autonomiprinsippet er eit etisk prinsipp eg vil ha med, for å belyse problemstillinga. Eg har med lovgjeving, som seier noko om pasienten sin rett til både å få, eller til å mottsette seg å få informasjon, om eiga helse. Noko som igjen kan være eit etisk dilemma. Så vil eg ha med motivasjonsteori, der eg blant anna har med motiverandes intervju. Å motivere pasienten er særst viktig. Dette for at sjukepleiaren skal klare å hjelpe han, og få til åtferdsending, utan å krenke hans autonomi. Sist kjem åtferdsendingsteori der eg brukar stadiemodellen til Prochaska og Diclemente, ein anerkjent og mykje brukt modell.

3.1 Nasjonalfagleg retningslinje for røykeavvenning

I nasjonalfaglege retningslinjer står det at tilbod om strukturert hjelp til røykeavvenning bør innehalde minst fire møter/konsultasjonar, pluss noko oppfølging i etterkant (Helsedirektoratet, 2016). I det første møtet, som er før røykeslutt, avtalast dato for røykeslutt. Ein utforskar kva som kan bli vanskelig og korleis det kan handterast. Ein snakkar om legemiddel til røykeslutt og informerar om elektroniske hjelpemiddel. I det andre møtet, som er 0-5 dagar etter røykeslutt, gir sjukepleiaren pasienten ros, følgjer opp bruken av legemiddel, utforskar problem, snakkar om helsegevinstar og finn strategiar for å unngå abstinens og vanskelege situasjonar. Har pasienten hatt ein glipp, normaliserar sjukepleiaren dette, vidare identifiserer ho situasjonen for sprekk og legg planar, for å unngå dette. Sjukepleiaren oppmuntra til nytt forsøk. Ved det tredje møtet, som er 1-3 veker etter røykeslutt, gjer sjukepleiaren det same, som ved det andre møtet. Ein snakkar og om vektauke, kosthald og fysisk aktivitet. Under det fjerde møtet, gjer sjukepleiaren det same, som ved det andre møtet. I tillegg trappar ein gjerne ned på legemiddel til røykeslutt. Vidare oppfølging kan skje via telefon, eller anna kontakt, om det er behov for det (Ibid.).

3.2 Autonomi, jus og etikk

Autonomi, jus og etikk heng saman. Etikken handlar om verdien av godt og vondt. Det handlar om verdiar som er gode eller vonde, for eit anna menneske, med førestillingar og opplevingar (Nortvedt, 2012, s. 44). Autonomiprinsippet handlar om at ein ser mennesket som eit sjølvbestemmande (autonomt) vesen (Nortvedt, 2012, s. 97). Føresetnadar for autonomi, er at pasienten er avgjerslekompetent, er informert, syner stabile preferansar, at pasienten vel fritt og er fri for ytre press (Nortvedt, 2012, s. 153). Autonomiprinsippet, altså prinsippet om at helsehjelp skal skje etter pasientens samtykke, er ein etisk verdi, som kan komme i konflikt med ein anna etisk verdi, nemlig velgjeringsprinsippet. Dette prinsippet handlar om å ville og etter beste evne, gjere det beste for pasienten (Nortvedt, 2012, s. 96). Desse etiske verdiane kan kollidere, om ein pasient forset å røyke, sjølv om han då står i fare for alvorlig sjukdom eller død. I pasient- og brukarrettslova, står det om pasientanes rett til sjølvbestemming og informert samtykke, noko som er i tråd med autonomiprinsippet.

I pasient- og brukarrettslova, står det at helsepersonell skal informere pasienten, så han får innsikt i eigen helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Pasienten informerast om risiko og biverknader (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjonen skal være tilpassa pasientens individuelle føresetnadar for å forstå og gjevast på ein omsynsfull måte. Helsepersonell skal så godt som mogleg, sikre seg at pasienten har forstått innhaldet og betydinga av informasjonen (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-5).

3.3 Motivasjon

Vi skil mellom ulike typar motivasjon. Ein vanleg inndeling av ulike motivasjonstypar er å sjå på motivasjon som enten styrt innanfrå, eller utanfrå, oss sjølv (Renolen, 2010, s. 42). Indre motivasjon kan være, å gjere ein aktivitet, som gir ein indre tilfredstilling (Ibid.). Indre motivasjon er betrakta som å ha større kraft enn ytre motivasjon. Det blir omtala som naturleg motivasjon, medan ytre motivasjon blir omtala som kunstig motivasjon (Renolen, 2010, s. 43). Ved ytre motivasjon er det krefter utanfor oss som set i gang handlinga. Drivkrafta kan være straff eller gevinst (Ibid.).

Ein teori med fokus på indre motivasjon, er sjølvbestemmingsteorien. Teorien går ut på at motivasjon kjem av at ein opplever åtferda som sjølvbestemt. Kompetanse, autonomi og det å høyre til, er i følge sjølvbestemmingsteorien tre medfødde psykologiske behov (Renolen, 2010, s. 49). Når desse

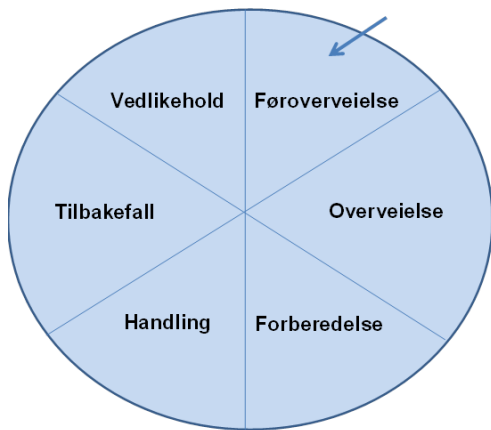
grunnleggande behova vert dekt, vil det styrke sjølvmotivering og velvære. Om behova ikkje vert dekt, vil det redusere motivasjonen og opplevinga av velvære (Renolen, 2010, s. 50).

Sjølvbestemmingsteorien er utgangspunkt for teoriar om "empowerment", som på norsk blir oversett til "myndiggjering". Empowerment handlar om å mobilisere og styrke egne krefter, til å få kontroll og ta ansvar for eige liv (Renolen, 2010, s. 50). I helsevesenet blir pasienten sin autonomi meir vektlagt no enn før (Ibid.). Forsking og klinisk erfaring syner at åtferdspåverknad, som byggjer på at pasienten tar egne val, er meir effektivt enn anna rådgiving (Ibid.).

Å motivere pasientar, er ein stor del av sjukepleiaren sin kvardag (Renolen, 2010, s. 51). Ein metode som har synt seg å være effektiv, for blant anna røykeslutt, er "motiverandes intervju" (Helsedirektoratet, 2016). Motiverandes intervju (MI) er ein metode for samtalar om endring, motivasjon og meistring (Helsedirektoratet, 2017). Gjennom konstruktive samtalar får pasienten anledning til å overtale seg sjølv, til at endring skal skje. Han tenker ut korleis han best skal meistre endringa (Ibid.). I samtalen tar ein utgangspunkt i pasienten sine egne haldningar, overvegingar og ynskjer for å finne ressursar til forandring. Sjukepleiaren støttar opp under klienten sin rett til sjølvbestemming og tru på at endring er mogeleg (Renolen, 2010 s. 51). For at MI skal fungere, må pasienten være villig til å snakke om endring. Intervjuaren burde spørje om løyve på førehand, gjerne ei stund før samtalen, så pasienten får tid til å førebu seg (Helsedirektoratet, 2017).

3.4 Åtferdsending

Eg vil her ta føre meg stadiemodellen. Dette er ein av dei mest populære modellane for åtferdsending. Den er utvikla av Prochaska og DiClemente (Sletteland & Donovan, 2012, s. 122). Modellen skildra kva som skjer med personar som er i ein åtferdsendringsprosess. Modellen verkar som ein vegvisar for helsepersonell, som vil hjelpe pasientar med åtferdsending (Sletteland & Donovan, 2012, s. 122). For at sjukepleiaren skal motivere pasienten til å slutte å røyke, krev det at pasienten må endre åtferd. Eg skal no presentere denne stadiemodellen. Den har seks fasar som blir vist på illustrasjonen under:



(Endringshjulet,2016)

3.4.1 Føroverveiging

I denne fasa er personen mest merksam på dei gode sidene ved åtferda. Påpeiking av dei negative sidene kan bli møtt med overrasking, bagatellisering, rasjonalisering og irritasjon (Børtveit & Prescott, 2004, s. 49). Pasientar i denne fasen vil fokusere på det positive ved å røyke. For eksempel at det kan vere avslappande og sosialt. Det negative, som helseproblem, vert bagatellisert (Ibid.). Dei tar i liten grad til seg informasjon om negative konsekvensar. Samstundes er det nettopp erkjenning av det negative, som driv endring framover (Ibid.). Sjukepleiaren bør prøve å gje sakleg og personleg relevant informasjon. Dette kan hjelpe pasienten til å verte meir bevisst (Børtveit & Prescott, 2004, s. 50). Når informasjonen er personleg relevant, er dette meir motiverande for pasienten, enn om informasjonen er generell (Ibid.). Det er viktig at sjukepleiaren går fram på ein direkte og høfleg måte og syner respekt for pasienten sin autonomi. Det er meir truleg at pasienten tar imot informasjonen om sjukepleiaren spør om løyve til å gje informasjon på førehand (Ibid.).

Ved resignert føroverveiging er pasienten klar over dei negative konsekvensane for åtferda, men maktar ikkje å ta det innover seg, grunna manglande tru på eigen evne, til å gjennomføre endringar (Børtveit & Prescott, 2004, s. 50). Ein person i denne fasen vil ikkje verte motivert av å fokusere på negative konsekvensar av åtferda, men treng praktisk hjelp og håp om at endring er mogleg. Konkrete forslag om framgangsmåtar kan vere nyttig (Ibid.).

3.4.2 Overveiging

I overveigingsfasen vil pasienten være i konflikt med seg sjølv. Han er stadig oppmerksam på at åtferda har både positive og negative sider. Pasienten kjenner seg dratt mellom å ynskje og å ikkje

ynskje røykeslutt (Børtveit & Prescott, 2004, s. 51). Sjukepleiaren kan være med å utforske konfliktane pasienten opplever. Det er viktig å la pasienten sjølv reflektere seg fram til kva han vil gjere. Dette kan tydeliggjere situasjonen og kan då føre til at pasienten tar eit steg i retning av ei endring.

3.4.3 Førebuing

I denne fasa har pasienten bestemt seg for å gjere endring i nær framtid. Pasienten førebur seg ved å aktivere personlege ressursar, søke etter framgangsmåtar, hjelpemiddel og støtte hos andre menneskjer (Børtveit & Prescott, 2004, s. 56). I denne fasa vert motivasjon for endring omforma til ein forpliktande avgjersle, og samarbeidet med sjukepleiaren bli gjerne lettare (Børtveit & Prescott, 2004, s. 57).

3.4.4 Handling

I denne fasa vert endring gjennomført og synleggjort for dei rundt pasienten. Pasienten får gjerne skryt og oppmuntring (Børtveit & Prescott, 2004, s. 57). Handlingsfasa inneheld ofte både framgang og tilbakeslag.

3.4.5 Vedlikehald

I vedlikehaldsfasa må avgjersla om endring takast om og om igjen. Planlegging av situasjonar som medfører risiko for tilbakefall er viktig. Eksempelvis kan det være vanskeleg å være rundt andre som røyker. Personar som har gjort endringar, har ein tendens til å gløyme det som var negativt med vanen. Det positive vert ofte forsterka. Dette kan gå utover motivasjonen til å vedlikehalde endringa (Børtveit & Prescott, 2004, s. 61).

Tilbakefall er vanleg. Det er faktisk veldig sjeldan å ikkje ha tilbakefall (Børtveit & Prescott, 2004, s. 62). Etter dei første vekene med innsats og vellykka meistring, kan man tenke at det meste er gjort. Når pasienten innser at endringa krev innsats i lenger tid enn han hadde trudd, kan han verte motlaus. Heldigvis blir vedlikehald av endring lettare med tida (Børtveit & Prescott, 2004, s. 62).

4. Resultat/funn

Eg skal her presentere forskingsfunna i ein tabell etter kva type studie det er, mål med studien, informantar og funn. Så trekkjer eg saman resultata frå studiane og presentere relevans og kjeldekritikk.

Studie	Mål med studien	Studiotype	Informantar	Funn
<p>”Hvordan veilede om røykeslutt” Av Annett Arnzten og Bente Sandvold. Publisert i 2010, oppdatert 2013.</p>	<p>Klargjør kva forhold som er gunstige og ikkje, i arbeid med røykesluttrettlegg, utifrå pasientar og helsepersonell sine syn. Studien syner korleis ein bruker denne erfaringskunnskapen vidare, i arbeid med røykesluttrettlegg.</p>	<p>Kvalitativ med intervju av pasient og helsepersonell.</p>	<p>11 pasientar mellom 50-70 år. 9 menn og to kvinner. I tillegg blei 10 kvinnelige sjukepleiarar intervjuet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Røykesluttrettlegginga føregjekk samstundes som andre gjeremål. • Blei oppfatta som tilfeldig og lite konkret av helsepersonell og pasientar. • Pasientane ønskte tydligare, meir formalisert og faktabasert rettlegg, og oppfølging over tid. • Helsepersonell ville rettlegg, men var redde for å verke moraliserandes og ville vise omsyn for pasienten sin autonomi. • Helsepersonellet opplevde røykesluttrettlegg som vanskeleg. Dei ynskte fagleg oppdatering og rettleggskompetanse. • Pasientane som hadde slutta å røyke hadde høgare utdanning, stabil økonomi, nære familierelasjonar og eit godt sosialt nettverk dei fekk støtte frå. • Fleirparten av pasientane som

				framleis røykte var yrkesutdanna eller utan arbeid før infarkt.
<p>”Motivational interviewing for smoking cessation” Av Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson og Rachna Begh. Publisert i 2015.</p>	<p>Å fastslå om motiverandes intervju førte til hyppigare røykeslutt.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel</p>	<p>28 studiar som involverar over 16 000 deltakarar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverandes intervju synast å hjelpe som røykesluttsmetode betre enn kortare rådgiving og ”vanleg” behandling. • Kortare intervju (mindre enn 20 minutt) synast og vere meir effektivt enn lengre intervju. • Ein enkelt behandling synast å være marginalt meir vellykka enn fleire økter. Begge leverte vellykka resultat.
<p>”Kunsten å forbli røykfri” Av Aase Knapstad. Publisert i 2009</p>	<p>Målet med studien er å studere effekten av rådgiving gjeve av sjukepleiarar, for å hjelpe og motivere KOLS-pasientar til å halde seg røykfrie.</p>	<p>Kvalitativ med intervju av pasientar</p>	<p>Seks pasientar mellom 50-75 år. 4 kvinner, 2 menn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientane må ha tru på at røykeslutt vil føre til betre helse, for å oppretthalde motivasjon til å klare og slutte å røyke. • Om pasientane ikkje trudde at dei ville få helsegevinst av å endre vanar, hadde det negativ påverknad på viljen til å slutte. • Helsepersonell burde fokusere på helsegevinst og det positive ved å slutte. • Sosial støtte frå omgjevnadane og oppfølging frå sjukepleiarar over tid, kan vere avgjerande, for at pasienten skal klare å halde seg røykfri. • Av dei fire som ynskte oppfølging av helsepersonell som hjelpemiddel til røykeslutt, hadde tre av dei redusert sosialt nettverk.

<p>”Nursing interventions for smoking cessation” Av Virginia Hill Rice, Jamie Hartmann-Boyce og Lindsay F Stead. Publisert i 2013</p>	<p>Å avgjere om sjukepleiarleverte tiltak kan hjelpe vaksne røykarar til å slutte.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel</p>	<p>35 Studiar blei inkludert med over 17000 deltakarar. Deltakarane var av begge kjønn og over 18 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukepleieintervensjon førte til at fleire klarte å slutte. • Sjukepleieintervensjon innebar rådgeving, rettleiing og/eller strategiar for å hjelpe til røykeslutt. • Intervensjonen hadde noko større effekt på sjukehuspasientar med kardiovaskulær sjukdom. • Bevis for effekt er svakare når intervensjonen er kort og gis av sjukepleiarar som ikkje har helsefremjing og røykeavvenning som hovudrolle.
---	--	--------------------------------------	---	--

4.1 Samanfatning av resultatata

Utifrå desse studiane kjem det fram, at røykesluttrettleiing gitt av sjukepleiarar, aukar sjansen pasienten har, til å klare å slutte. Sjukepleiarar med helsefremjing som hovudrolle, har større sjanse for vellykka rettleiing, der pasienten greier å slutte. Røykesluttrettleiinga burde bli prioritert og gjeven på ein tydeleg og konkret måte. Det er viktig å ta tak i pasienten sin eigen motivasjon og det er betre å fokusere på positive aspekt ved røykeavvenning, enn dei negative aspekta ved å fortsette å røyke. I intervjua kjem det fram, at pasientar med høg sosioøkonomisk status, hadde større sjanse for å lykkast med røykeavvenninga. Det kjem ikkje fram kven motiverandes intervju, eller sjukepleieintervensjonen, oftast lykkast for.

4.2 Relevans/kildekritikk

”Hvordan veilede om røykeslutt” er ein fagfelleverdert forskingsartikkel som først blei publisert i 2010. Den er då ikkje ein ny artikkel. Eg synast likevel innhaldet er direkte relevant for oppgåva mi og

at artikkelen belyser problemstillinga på ein god måte. Den tar for seg korleis sjukepleiaren kan rettleie pasientar på best mogeleg måte. Studien går i djupna og utforskar pasientane og sjukepleiarane sine tankar om emnet. Ein svakheit er at det av pasientane, var langt fleire menn enn kvinner, då det er ein fordel om kjønna er likt fordelt.

”Kunsten å forbli røykfri” er også ein fagfelleverdert forskingsartikkel. Heller ikkje denne er av nyare dato, då den blei publisert i 2009. Ein anna svakheit er at det er bere 6 informantar, så resultatane må tolkast med forsiktigheit. Det at det er KOLS-pasientar og ikkje hjarteinfarktpasientar som blir intervjua, er ein svakheit for oppgåva mi, sidan eg skal ha fokus på hjarteinfarktpasientar. Eg synast likevel at studien er relevant, då den har overføringsverdi til andre pasientgrupper. Studien tar for seg motivasjonsfaktorar som kan påverke val om røykeslutt og evna til å halde seg røykfri. Dette er og relevant for hjertesjuka. Studien fokuserar på kva sjukepleiaren må leggje vekt på i rettleiing, noko som og vil gjelde ved hjertesjukdom.

I *”Motivational interviewing for smoking cessation”* seier forfattaren at motiverandes intervju kan hjelpe folk til å slutte å røyke. Resultatane er ikkje nødvendigvis heilt presise grunna faktorar som varierende studiekvalitet, moglegheit for selektiv rapportering og publisering. Det kan tenkast at studiar som viser gode resultat har større sannsyn for å bli publisert. Sjølv synast eg studien er relevant, fordi den er så stor og omfattandes. Den er ny, og belyser problemstillinga i oppgåva, ved å forske på ein mykje brukt metode, for å motivere pasientar til åtferdsending.

Resultatane i *”Nursing interventions for smoking cessation”* har moderate bevis og resultatane var ikkje konsistente i alle studiar. Deltakarar som trakk seg frå studiet, blei rekna for at dei fortsette å røyke. Det var forskjellig grad av oppfølging i studiane. I nokon av studiane visste deltakarane at det ville bli tatt prøver. I andre studiar var det berre sjølvrapportering. Ved sjølvrapportering er det risiko for feilrapportering. Risikoen for feilrapportering vil som regel være lik både i kontrollgruppa og inngrepsgruppa. Studien er nøye, omfattande og relevant for problemstillinga. Den går direkte på tiltak, som sjukepleiaren kan gjere, for å hjelpe pasientar til røykeslutt.

5. Drøfting

Eg skal her drøfte korleis sjukepleiaren kan hjelpe å motivere pasienten røykeslutt, på ein måte som ivaretar hans autonomi. Med bakgrunn i skildra teori og forskingsfunn. Eg støttar meg til fasemodellen til Prochaska og Di Clemente og drøftar teori og forskning opp i mot dei ulike fasane i modellen. Fasemodellen er ein anerkjent modell for åtferdsendring, som heng tett saman med motivasjon og motiverandes intervju (Helsedirektoratet, 2017) . Aller først drøftar eg rundt kven røykaren eigentleg er.

5.1 Røykaren

Innleiingsvis skreiv eg at det er flest personar som røyker mellom 45-65 år. Dei er likt fordelt mellom kjønna og er i låge sosioøkonomiske grupper. Eldre personar får oftast hjarteinfarkt. I artikkelen *”Hvordan veilede om røykeslutt”* kjem det fram, at av dei som hadde klart å slutte å røyke, var det flest frå høge sosioøkonomiske grupper. Ein kan undrast om røykesluttiltaka er best tilrettelagt for personar i høgare sosioøkonomiske grupper. I så fall bør det utviklast nye metodar som rettar seg meir inn på den største gruppa røykarar. Alle pasientar bør få tilbod om lik hjelp og behandling. Om ei behandling fungerer mykje betre på berre den eine gruppa, kan ein diskutere kor lik behandling dei eigentleg får. Det kan og være problematisk å sette pasientar i bås og gi dei ulike behandlingstilbod, utifrå sosiale og økonomiske forhold. Sidan det er aller flest røykarar i låge sosioøkonomiske grupper, i alderen 45-65 år, burde tiltaka vi tilbyr tilpassast nettopp denne gruppa.

I *”Hvordan veilede om røykeslutt”* vektlegg pasientane støtte frå nettverket som ein viktig faktor ved røykeslutt. Om ein person er omgitt av mange andre røykarar, kan han ha større vanskar med å slutte å røyke. Kanskje får han mindre støtte frå omgjevnadane. Han blir og gjerne meir eksponert og freista av andre som røyker. I artikkelen *”Kunsten å forbli røykfri”* fekk dei fleste god støtte frå familie og vener. To av dei seks pasientane hadde fått høyre negative kommentarar om *”fanatiske ikkje røykarar”*, noko dei syns var ubehageleg.

5.2 Føroverveging

I denne fasa er personen meir merksam på dei gode sidene av åtferda, og påpeiking av dei negative sidene kan bli tatt dårleg imot (Børtveit & Prescott, 2004, s. 49. Desse pasientane tar i liten grad til seg informasjon om konsekvensar. Samtidig er det nettopp erkjenning av det negative som driv endringa framover (Ibid.).

Om sjukepleiaren ber om løyve til å gi informasjon er det er større sannsyn for at pasienten tar det innover seg (Børtveit & Prescott, 2004, s. 50). Når ein spør om løyve til å gi informasjon, syner sjukepleiaren respekt for pasienten, ved å halde tilbake informasjon han ikkje ønskjer. Det har lite for seg å gje informasjon til nokon som ikkje ynskjer den. Det står i pasient og brukarrettslova at pasientar har rett til å motsette seg informasjon (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sjølv om pasienten har rett til å nekte informasjon, kan ein spørje seg kor verdig det er for pasienten å "bestemme" noko sjølv, om han ikkje er informert om eigen tilstand, eller eventuelle komplikasjonar som kan oppstå. Kan pasienten eigentleg utøve autonomi om han ikkje har full forståing for eigen situasjon?

I pasient og brukarrettslova står det at pasientar skal få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i eigen helsetilstand (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-2). Ein føresetnad for autonomi er at pasienten er informert om tilstanden sin (Nortvedt, 2012, s. 153). Sjukepleiaren må derfor, så lenge pasienten tillèt det, informere om samanhengen mellom røyking og hjartefarkt. I nokon tilfelle kan det virke uetisk å informere pasienten om dette. Om ein pasient har hatt eit hjartefarkt, er blitt alvorleg sjuk og mest sannsynleg ikkje har lenge att, kan det virke uhensiktsmessig å informere pasienten om samanhengen, noko han oftast vil være klar over. Oppfordring til røykeslutt kan få han til å føle seg skuldig. Det er nok ingen fasit på når det er etisk å "prakke" på pasienten informasjon. Det er noko som må vurderast i kvart enkelt tilfelle. Sjukepleiaren må alltid være etisk bevisst på sine handlingar i møte med sjuke.

I forskingartikkelen "*Hvordan veilede om røykeslutt*" kjem det fram at helsepersonell ynskte å rettleie, men ville ikkje moralisere, eller krenke pasientens autonomi (Arntzen & Sandvold, 2010).

Om vi ser på yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar kjem det fram at sjukepleiaren skal fremje helse og førebygge sjukdom, ved å fremje pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige avgjersle ved å gje tilstrekkeleg informasjon. Sjukepleiaren må respektere pasienten sin rett til sjølv å foreta val (NSF, 2016). Helsepersonell som blei intervjua i "*Hvordan veilede om røykeslutt*" gav uttrykk for at dei ynskte fagleg oppdatering og rettleiingskompetanse. Kanskje sjukepleiarar som jobbar på hjerteavdeling bør få tilbod om kurs? "*Nursing interventions for smoking cessation*" syner at pasientar som fekk intervensjon av sjukepleiar med helsefremming og røykeavvenning som hovudrolle klarte oftare å slutte og røyke (Hartmann-Boyce, Rice & Stead, 2013). Styrka fokus på helsefremjande tiltak som røykesluttrettleiing kan derfor auke sannsynet for vellykka røykeavvenning.

Når pasienten sjølv tar valet, har han større sjanse for å lykkast (Renolen, 2010, s. 50). Indre motivasjon har større kraft enn ytre motivasjon. I førovervegingsfasen er ikkje pasienten klar for

endring. Om han er innlagt på sjukehus med eit hjarteinfarkt, har han ikkje kontakt med helsepersonell primært for røykeslutt. Det er ingen sjølvfølge at pasienten ser på røykinga som eit problem. Sjukepleiaren kan ikkje ta det for gitt at pasienten ynskjer røykeavvenning. Sjukepleiaren kan spørje om løyve til å gi sakleg og personleg relevant informasjon, som kan hjelpe pasienten å bli meir bevisst (Børtveit & Prescott, 2004, s. 50).

Ved resignert føroverveging er pasienten klar over dei negative konsekvensane for åtferda, men makta ikkje å ta det innover seg, grunna manglande tru på eigen evne til å gjennomføre endringar (Børtveit & Prescott, 2004, s. 50). Sjukepleiaren kan motivere ved å fokusere på pasienten sin "empowerment". Sjukepleiaren hjelper pasienten med å mobilisere og å styrke egne krefter til å ta ansvar for eige liv. På denne måten motverkar ein og pasienten si kjensle av avmakt (Ibid.). På den andre sidan kan det vere utfordrande å få pasientar til å ta ansvar for eige liv. Om pasienten er sliten, kan han trenge tid på å mobilisere krefter. Desse pasientane ynskjer ofte at andre tar avgjersler for dei. Men om nokon andre enn pasienten sjølv avgjer at pasienten må slutte å røyke, vil ikkje motivasjonen komme innanfrå. Sannsynlegvis vil den då ikkje vere like sterk. Pasientar som ynskjer at helsepersonell skal ta avgjersle for dei, stolar på at helsepersonell veit kva som er best. Det gir helsepersonellet ei makt over pasienten, som er i strid med autonomiprinsippet. Men det er pasienten sjølv som har bestemt at han ynskjer at andre skal ta avgjersla. Når det kjem til røykeslutt er det grunn til å tru at pasienten ikkje vil klare det om det er andre som har tatt avgjersla. Dette sidan det er såpass krevjande å slutte, sjølv om man er motivert for det.

5.3 Overveging

I overvegingsfasen er pasienten stadig merksam på at åtferda har både positive og negative aspekt. Pasienten kan kjenne seg dratt mellom ynskje om å røyke og å slutte (Børtveit & Prescott, 2004, s. 51). Sjukepleiaren kan vere med å utforske dei konfliktane pasienten opplever, og la pasienten sjølv reflektere seg fram til kva han vil gjere. For å hjelpe pasienten til å ta avgjersla kan sjukepleiaren nytte motiverandes intervju som metode. I motiverandes intervju er målet at pasienten sjølv skal bestemme seg for å gjere endring. På denne måten er valet hans. Det er då lettare for sjukepleiaren å hjelpe, utan å krenke pasientens autonomi. Når pasienten tar valet blir han meir motivert for endring (Renolen, 2010, s. 50). Det kan sjølv sagt hende at pasienten ikkje ynskjer, eller blir motivert for endring. Målet er at han tar tak i sin indre motivasjon. Sjølv om metoden er anerkjent for åtferdsendring, så fungerer det berre om pasienten godtek å delta på samtalen og faktisk finn ut at han sjølv ynskjer å slutte og røyke. I "*Motivational interviewing for smoking cessation*" kjem det fram at motiverandes intervju har effekt som røykesluttsmetode. Det er betre enn "vanleg"

rådgiving og behandling. Det viste seg og at kortare intervju, på mindre enn 20 minutt, var noko meir effektive enn lenger intervju. Dette kan bety at det ikkje må ta lang tid å gjennomføre (Begh, Lindson-Hawley & Thompson, 2015). Ein føresetnad for å utføre motiverandes intervju, er at pasienten samtykkjer til å gjennomføre det. Kan det tenkjast at pasientar som takkar ja til denne typen samtale, i utgangspunktet er meir motiverte for røykeavvenning enn andre, og at det er derfor metoden har effekt? Kan det tenkjast at pasientar i låge sosioøkonomiske grupper, som ikkje ynskjer røykeavvenning vil takke nei til denne typen samtale, medan pasientar i høgare sosioøkonomiske grupper takkar ja? Som vi veit har pasientar i høgare sosioøkonomiske grupper høgare sjanse for vellykka røykeavvenning. Ein kan og undrast om alder har noko å sei. Dei fleste pasientane som får hjarteinfarkt er eldre menneske. Er det like lett for eldre å ta tak i indre motivasjon, som det er for yngre? Yngre menneskjer har kanskje eit større ansvar i form av foreldreansvar, medan eldre kanskje tenkjer at dei er for gamle til å slutte. Det er forståeleg at ein person som har røykt nesten heile livet, har røyken som ein sterk vane og ein del av personlegdommen. Kanskje tenker dei at det ikkje er så nøye, eller at det er for seint å slutte? Eldre menneska i dag som røyker har gjerne røykt sidan tidlig i ungdommen. På den tida var røyking mykje meir utbreidd og vanleg enn det er i dag. Eldre har kanskje andre haldningar enn yngre. Kan det være at eldre har lært mindre om kor farleg det er å røyke?

5.4 Førebuing

I denne fasen har pasienten bestemt seg for å gjere endring i nær framtid. Han byrjar å forberede seg (Børtveit & Prescott, 2004, s. 56). Sjukepleiaren kan no hjelpe pasienten med å styrke trua på eiga meistringsevne. I *“Hvordan veilede om røykeslutt”* kjem det fram at pasientane oppfatta røykesluttrettleiinga som tilfeldig og lite konkret (Arntzen & Sandvold, 2010). I førebuingfasa burde sjukepleiaren ta seg tid til å gi strukturert rettleiing til pasienten. I nasjonalfaglege retningslinje for røykeavvenning står det at tilbod om strukturert hjelp til røykeavvenning bør innehalde minst fire møter, pluss noko oppfølging i etterkant, etter behov (Helsedirektoratet, 2016). I det første møtet, som er før røykeslutt, avtalast dato for røykeslutt. Ein utforskar kva som kan bli vanskeleg og korleis det kan handterast. Ein kan i førebuingfasen ha dette første møtet med pasienten.

I *“Kunsten å forbli røykfri”* kjem det fram at pasientane må ha tru på at røykeslutt vil føre til betre helse, for å oppretthalde motivasjonen, for å klare å slutte. Sjukepleiaren bør ha fokus på alt pasienten har å vinne, ved å slutte. Dette framfor å skremme pasienten med negative konsekvensar over kva som kan skje, om han held fram med å røyke (Aase, 2009). Sjølv om sjukepleiaren burde ha fokus på det positive ved røykeslutt, er sjukepleiaren framleis pliktig til å informere om negative aspekt. Det står både i yrkesetiske retningslinjer og i pasient og brukarrettslova. Likevel kan

sjukepleiaren ha meir fokus på helsegevinstar som pasienten kan oppnå, ved å motivere pasienten på ein måte som ikkje skremmer han.

5.5 Handling

I handlingsfasa vert endringa gjennomført og blir synleg for dei rundt pasienten. På denne måten kan pasienten få skryt og oppmuntring (Børtveit & Prescott, 2004, s. 57).

I handlingsfasen kan sjukepleiaren ha det andre og tredje møtet som er skildra i nasjonalfaglege retningslinjer for røykeavvenning. Slike strukturerte møter var noko informantane i *''Hvordan veilede om røykeslutt''* følte dei mangla. Pasientgruppa meinte at røykesluttrettleiinga ikkje vart vektlagt og antok at det skyldast tidspress. Ein planlagt røykesluttrettleiing med definerte tidspunkt på eigna stader for samtalar, vil kunne bidra til at budskapet blir forsterka og synleggjer tilbodet om rettleiing. Pasientane ynskjer tydeleg faktabasert informasjon og prioritert tid til rettleiing. Dei var positive til oppfølging etter utskrivning (Arntzen & Sandvold, 2010). Det kjem fram i *''Nursing interventions for smoking cessation''* at sjukepleieintervensjonar der ein gir råd og finne strategiar for røykeslutt har effekt, særlig for hjartepasientar (Hartmann-Boyce et al, 2013). Det å få ein hjarteskjukdom er ei skremmande hending, som i seg sjølv kan motivere pasienten til å ta grep om eiga helse.

I *''Hvordan veilede om røykeslutt''* kjem det fram at dei som hadde klart å slutte å røyke hadde høgare utdanning, stabil økonomi, nære familierelasjonar og kunnskap om samanhengen mellom røykens skadeverknader og hjerteinfarkt (Arntzen & Sandvold, 2010). Støtte frå familie, forventningar til økt livskvalitet og redusert risiko for nye infarkt, motiverte dei til å halde seg røykfrie. Fleirtalet av dei som fortsette å røyke, var lågare utdanna, eller utan arbeid, hadde lav sosial status, ein vanskeleg livssituasjon eller følte seg einsame. Problem i livssituasjonen påverka motivasjonen og dermed trua på røykeslutt. Å bu aleine blei framheva som vanskelig. Det viste seg at dei som fortsette å røyke, hadde mindre kunnskap om røyken sine negative helsekonsekvensar (Ibid.). Tidlegare forskning syner og at ulike sosiale lag i befolkninga forstår helseopplysning ulikt. Rettleiinga bør derfor tilpassast ulike grupper sine behov (Ibid.). Derfor bør sjukepleiaren ha kunnskap om pasienten sin sosiale kontekst og tilpasse informasjonen. Dette kan ha betydning for ein vellykka røykeslutt (Ibid.).

Familie og vener kan heilt klart være ein ressurs for personen som skal slutte å røyke. Dei kan og være ei belastning. Det vil eksempelvis være vanskelegare å slutte å røyke for ein person som har mange i omgangskretsen sin som røyker, enn for ein person der dei nærmaste ikkje røyker. Det kan tenkjast at personen som er meir aleine om røykinga, får meir støtte og oppmuntring til å slutte, enn

ein person som er "ein av mange" som røyker. Det er heller ikkje vanskeleg å tenkje seg at ein person som er i nær kontakt med andre som røyker, vil bli utsett for fleire freistingar, i form av at andre røyker.

5.6 Vedlikehald

I vedlikehaldsfasen må avgjersla om endring takast om og om igjen. Pasienten må planlegge situasjonane som medfører risiko for tilbakefall. Personar som har gjort ei endring, kan fort gløyme det som var negativt ved vanen, men hugsar det som var positivt. Dette kan gå utover motivasjonen til å vedlikehalde endringa. Sjukepleiaren bør derfor prøve å minne pasienten på dei negative aspekta ved vanen (Børtveit & Prescott, 2004, s. 61). Sjukepleiaren kan for eksempel gjere det ved at ho på førehand har fått pasienten til å skrive ned kvifor han valte å slutte å røyke i utgangspunktet, for så å be pasienten finne fram igjen dette når han kjenner at motivasjonen minkar. Om pasienten les det han sjølv har skreve, kan det vere eit hjelpemiddel for å hugse kvifor han ville slutte, og motivere han vidare.

Det fjerde møtet, som er skildra i nasjonalfaglege retningslinjer for røykeavvenning, er etter tre månader. Vidare oppfølging utover desse møta vil sannsynlegvis være gunstig. Pasientane i "*Hvordan veilede om røykeslutt*" var positive til å få oppfølging etter utskrivning (Arntzen & Sandvold, 2010). Desse møta kan være gode moglegheiter for motiverandes samtale. Men studien "*Motivational interviewing for smoking cessation*" konkludera med at rådgjeving like gjerne kan skje over telefon. Det hadde ikkje noko å sei for effekten (Begh et al., 2015).

Møta som er skildra i nasjonalfaglege retningslinjer for røykeavvenning, har ein modell som går over fleire månadar. Ein openbar utfordring i praksis, vil være å ha nok tid til slike møter. I praksis opplevde eg avdelinga som travel, og utifrå beskrivingar om tidspress som kjem fram i "*Hvordan veilede om røykeslutt*", og samtalar med andre sjukepleiarar, antar eg at tidspress er normalt i dei fleste sjukehus. Sjukepleiaren bør få nok tid til å gjennomføre møta og til å følgje opp pasientane. Men dette er nok ikkje alltid like lett å få til. Eg vil tru det er ein fordel om det er den same sjukepleiaren som gjennomføre alle møta. Eg ser at det kan være vanskelig å få til i praksis. Pasientane er gjerne ikkje innlagt på sjukehuset så lenge. Det er ikkje sjølvstøtt at den same sjukepleiaren kan gjennomføre alle møta.

6. Konklusjon

Eg har fått svar på mange av dei spørsmåla som eg hadde då eg byrja med oppgåva. Samstundes lurar eg på kvifor røykeavvenning ser ut til å være eit nedprioritert tema i spesialisthelsetenesta. Dette til tross for at røyking er den viktigaste enkeltårsaka til sjukdom og tidlig død i Noreg (Regjeringen, 2017). I byrjinga av oppgåva lurte eg på om sjukepleiarar synest det var ubehagelig å ta opp temaet røykeslutt for pasientane. Eg har fått bekrefta gjennom forskingsartikkelen *''Hvordan veilede om røykeslutt''* der dei intervjuar sjukepleiarar, at mange sjukepleiarar syns det er ubehagelig og vanskelig tema å ta opp. Dei er redd for å krenke pasienten sin autonomi. Informasjonen eg har funne om kva sjukepleiarar kan gjere, for å motivere pasientane, har vore generell. Den har heller ikkje tatt noko særleg omsyn til individuelle skilnader i pasientgruppene. Kanskje trengs det meir kunnskap om kva type behandling som passar best til forskjellige pasientgrupper? Og då spesielt den største gruppa, nemleg dei med lågare sosioøkonomisk status i 45-65 års alderen? Det kom og fram i *''Hvordan veilede om røykeslutt''* at helsepersonellet ynskte fagleg oppdatering og rettleiingskompetanse. Kanskje bør sjukepleiarar som jobbar på plassar der røykeavvenning er særskild aktuelt, få tilbod om kurs?

Problemstillinga var: *''Korleis kan sjukepleiar motivere til røykeslutt hos pasientar som nylig har gjennomgått eit hjarteinfarkt, og samtidig ta vare på pasientens autonomi?''* Eg har grunngitt kvifor det er viktig å motivere hjartesjuka pasientar å slutte å røyke, og samtidig ta vare på pasientens autonomi på eit samfunns og individnivå. Eg har forklart kva sjukepleiaren kan bidra med, og korleis ho kan gjere det. Å motivere til røykeslutt er ein prosess som krev tålmod, empati og respekt. Det kan være vanskeleg grunna etiske aspekt der sjukepleiaren må balansere etiske verdiar for ikkje å krenke pasientens autonomi. Samstundes må sjukepleiaren være pådrivar for endring. Behandlinga og informasjonen bør tilpassast pasienten sine individuelle behov. Å slutte å røyke er ikkje enkelt. Sjukepleiaren må prøve å oppmuntre pasienten til sjølv å velje røykeslutt. Sjukepleiaren kan gi støtte og oppmuntring undervegs, men til sist er det pasienten som må ta avgjersla sjølv. Pasienten fortener uansett respekt for sitt val.

Bibliografi

- Aase, K. (2009). *Kunsten å forbli røykfri*. Hentet fra [10.4220/sykepleienf.2007.0031](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0031)
- Arntzen, A. & Sandvold, B. (2010). *Hvordan veilede om røykeslutt?* Hentet fra [10.4220/sykepleienf.2010.0101](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0101)
- Begh, R., Lindson-Hawley, N. & Thompson T. P. (2015) *Motivational interviewing for smoking cessation*. Hentet frå [10.1002/14651858.CD006936.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub3)
- Dalland, O.(2017) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Endringshjulet. (2016) hentet fra <http://www.kostverktøyet.no/helsepersonell/fakta/Endringsprosessen>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Røyking forårsaker årlig flere hundre dødsfall av hjertesjukdom*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2017/royking-forarsaker-arlig-flere-hundre-dodsfall-av-hjertesjukdom/>
- Forskning. (2017). *Forskning.no*. Hentet fra <http://forskning.no/hjertet-royking-sykdommer/2017/01/tre-av-fem-roykere-fortsetter-royke-etter-hjerteinfarkt>
- Hartmann-Boyce, J., Rice, V.H. & Stead, L. F. (2013) *Nursing interventions for smoking cessation*. Hentet fra [10.1002/14651858.CD001188.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub4)
- Helsedirektoratet. (2015). *Helsenorge*. Hentet fra <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/snus-og-roykeslutt/helseskader-av-royking>
- Helsedirektoratet. (2015). *Helseskader ved røyking*. Hentet fra <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/snus-og-roykeslutt/helseskader-av-royking>
- Helsedirektoratet. (2016). *Metoder og hjelpemidler for snus og røykeslutt*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk-royk-og-snus/metoder-og-hjelpemidler-for-snus-og-roykeslutt#samtalemetoden-motiverende-intervju-ved-røykeslutt>
- Helsedirektoratet. (2016) *Røykeavvenning*. Hentet frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>
- Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#mi-pavirker-helserelatert-atferd>
- Helsedirektoratet. (2017). *Statistikk om røyking, bruk av snus og e-sigaretter*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter#samfunnskostnader-av-royking>
- Nortvedt, P. (2012) *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2017). *Resultater publisert i 2017*. Hentet fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/476/resultater>
- NSF. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Prescott, P., & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Regjeringen. (2017). *Regjeringen.no*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/tobakk/id426168/>
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2017) *Røykevaner*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Tobakk*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/royk>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Utdanningsforbundet (2016) *Hva er fagfelleverdert artikkel? - om merking av artiklene på Utdanningsforskning.no* Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
- Winther, F. Ø. (2009). *Autonomi*. Hentet fra <https://sml.snl.no/autonomi>