



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MSS590-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	05-05-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	26-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MSS590 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	225
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14075
----------------------	-------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	6
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



**Høgskulen
på Vestlandet**

Praxeologisk studie på røyking som sosial praksis

Praxeological study on smoking as a social practice

Audhild Sofie Hallberget

Kandidat nr: 225

Master i sykepleier- kliniske spesialiteter, lungesykepleie, suppleringsopptak,

45 studiepoeng

Antall ord: 14075

Fakultet for helse og sosialvitenskap, institutt for helse og omsorgsvitenskap,
høgskulen på Vestlandet

Veileder: Jesper Frederiksen

Innleveringsdato: 26. Mai 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Forord

Denne masteroppgaven er resultatet av arbeidet med videreutdanning i lungesykepleie. Flere år etter oppstart videreutdanning i lungesykepleie, startet høgskulen i Vestlandet høsten 2021 for første gang masterløp i lungesykepleie.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende, tidkrevende og en utfordrende prosess. Jeg hadde ikke klart dette uten god og kyndig veiledning. Jeg vil derfor rette en stor takk til min veileder Jesper Frederiksen, som tålmodig har forklart begrep og teori gang på gang. Han har tatt seg tid til gode og inspirerende veiledninger, og har stadig fått meg på rett kurs igjen.

Jeg vil takke Jeanne Boge som har inkludert meg, og invitert meg inn i den praxeologiske lesesirkelen, og tatt meg inn i en ukjent verden. Det har blitt diskutert mange aktuelle tema, som jeg har hatt nytte av i min oppgave.

Jeg vil takke min leder og kollegaer ved lungepoliklinikken på sykehuset Levanger. De har gitt meg tid og rom for å jobbe med denne oppgaven. De har hørt på meg, og vært med meg i min "berg og dalbane". De har undret seg sammen med meg, heiet, og støttet meg fram mot innlevering av denne oppgaven.

Den aller største takken vil jeg rette til min fine familie. Min mann har vært tålmodig, og han har gitt meg rom til å jobbe. Mine fire fine barn skal også ta en stor takk for tålmodigheten de har vist meg. Jeg håper jeg har vist dem at utdanning er viktig. Nå skal de ikke lenger dele sin mor med en dataskjerm.

Sammendrag

Denne studien om røyking, er fundert i Pierre Bourdieu sin teori om praktisk sans. Gjennom teori som er presentert, skal det undersøkes hvordan det kan ha seg at samfunnets holdninger til tobakk forandres gjennom tidene, og hvor kommer det fra at det er sosiale og økonomiske ulikheter blant røykere og ikke røykere. Det blir også sett på hvordan vi i dag har de holdningene til røykere som vi har.

På bakgrunn av generell interesse for tobakksbruk og erfaringer fra praksis som sykepleier, er studien opptatt av å forstå og forklare bakgrunnen for at noen mennesker røyker.

Studien er basert på en undring over hvorfor det er blitt store forskjeller i sosial, økonomisk og kulturell kapital for røykere og ikke røykere, og om dette har forandret seg gjennom historien?

Hensikten med studien er å generere kunnskap som kan bidra til å forklare norsk røykepraktikk. I studien undersøkes endringer i norsk samfunnsstruktur gjennom historisering og registrant analyse av norske lærebøker.

Antagelsen er undersøkt i lys av Bourdieu sin praktikkteori og begrepene habitus, felt, doxa og sosialt rom er brukt.

Holdningene til røykere i dag har endret seg gjennom tidene, det kan vi forklare med en strukturell likhet til disposisjonering. Agentene i det sosiale rommet hadde i første periode lav økonomisk, kulturell og sosial kapital, det var lite fokus på røyking. I den seneste perioden har det vært stor fokus på helsegevinst i forhold til røyking. Det er forandringer som kan forklares med fremvekst av en rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse som kan gjøre at man ser på røykere enn en annen måte enn ikke-røyker.

Kunnskapsbasert viten om røyking gjør også at det er lettere å ta valg som er helsebasert, og holdningen er i stigende grad at man er 'fortapt' om man ikke treffer det riktige helsebaserte valg. Undersøkelsen viser at det er en tett sammenheng hvilken posisjon man har i det sosiale rommet. De med høy sosial, kulturell og økonomisk kapital og de med lav kapital har ikke det samme utgangspunktet til å utnytte seg av de kunnskapsbasert kunnskap.

Summery

This study on smoking is based on Pierre Bourdieu's theory of practical sense. Through the theory that has been presented, it will be investigated how it can be that society's attitudes to tobacco change through time, and where does it come from that there are social and economic inequalities among smokers and not smokers. It is also looked at how we have the attitudes towards smokers that we have today.

Based on a general interest in tobacco use and experiences from practice as a nurse, the study is concerned with understanding and explaining the reason why some people smoke.

The study is based on a wonder why there have been large differences in social, economic and cultural capital for smokers and non-smokers, and whether this has changed throughout history?

The purpose of the study is to generate knowledge that can help explain Norwegian smoking practice. The study examines changes in the structure of Norwegian society through historicization and registrant analysis of Norwegian textbooks.

The assumption is examined in light of Bourdieu's theory of practice and the concepts of habitus, field, doxa and social space are used.

The attitudes towards smokers today have changed over time, we can explain this with a structural similarity to disposition. The agents in the social space in the first period had low economic, cultural and social capital, there was little focus on smoking. In recent years, there has been a great focus on health benefits in relation to smoking. There are changes that can be explained by the emergence of a rational economic and medical understanding that may lead one to look at smokers in a different way than non-smokers.

Evidence-based knowledge about smoking also makes it easier to make choices that are health-based, and the attitude is increasingly that one is 'lost' if one does not make the right health-based choice. The survey shows that there is a close correlation between one's position in the social space. Those with high social, cultural and economic capital and those with low capital do not have the same starting point to make use of knowledge-based knowledge.

1.0 Innledning:	6
1.1 Undring:	6
1.2 Formål med studien:	7
1.3 Tidligere forskning om røyking:	7
1.4 Avgrensning	11
1.5 Forskningsspørsmål	12
2.0 Teoretisk perspektiv og praxeologisk analysestrategi:	13
2.1 Praxeologisk vitenskapsteori	13
2.1.1 Praktik	14
2.1.2 Habitus	14
2.1.3 Kapital	15
2.1.4 Doxa	16
2.1.7 Brudd i posisjonering	17
2.2 Autososioanalyse	18
3.0 Metode	20
3.1 Søkestrategi	20
3.2 Registrantanalyse	21
3.3 Konstruksjon av disposisjoner og posisjoner	23
3.4 Konstruksjonen om røyking som sosial praktikk.	24
3.5 Analysestrategi	25
3.6 Etske betraktninger	25
4.0 Analyse del 1: Lærebøkene posisjonering til røyking, og bøkene historikk.	26
4.1. 1860-1899	29
4.2 1900-1950	30
4.3 1951-1980	30
4.4 1981-2023	32
5.0 Analysens del 2: Konstruksjon av agenternes posisjon i det sosiale rommet	35

5.1 Gruppe en	38
5.2 Gruppe to	39
5.3 Gruppe tre	40
6.0 Analyse del 3: Konstruksjon av en teori om holdning til tobakk	42
6.1 Gruppe en	42
6.2 Gruppe to	43
6.3 Gruppe tre	46
7.0 Konklusjon	48
8.0 Videre forskning	50
9.0 Perspektiver for praksis	51
Referanser:	52
Vedlegg:	58
Vedlegg 1 Søkestrategi artikler	58
Vedlegg 2. Søkestrategi lærebøker:	60
Vedlegg 3: Lærebøker innlemmet i registrant analysen	63
Vedlegg 4 Lærebøkernes disposisjon	66
Vedlegg 6: Sitater fra lærebøker	75
Vedlegg 7 Redaktørenes posisjon og kapitaler:	78
Tabell oversikt:	
Tabell 1 Valgte artikler	7
Tabell 2 Registrant	22
Tabell 3 Indikator for disposisjoner	23
Tabell 4 Numerisk verdi	24
Tabell 5 Lærebøker	26
Tabell 6 Agenternes mengde og type kapital	35
Figur oversikt:	
Figur 1. Forskjeller i fordelingen av disposisjoner over tid	38

1.0 Innledning:

I denne masteroppgaven blir det studert utviklingen av røyking, og samfunnets holdning til tobakk. Det blir studert hvordan tobakksbruk oppsto i Norge, og hvordan tobakksbruk opprettholdes og i hvilken kontekst. Det vil bli studert hvordan samfunnets posisjonering til tobakk har forandret seg gjennom tidene. Dette vil bli besvart, ved å se på vitenskapelige, samfunnsmessige, økonomiske, kulturelle og sosiale aspekter til at dagens praktik om røyking er som den er. Det vil bli brukt en praxeologisk tilnærming, der sentrale begrep i Bourdieus teori blir brukt. Dette for å konstruere en mulig forklaring på hvorfor utviklingen av røyking, og om historien ligger til grunn for de råd man gir i Norge i dag.

1.1 Undring:

Studien er basert på en undring over hvorfor det virker til å være store sosiale forskjeller i befolkningen for røykere og ikke røykere, og om dette har forandret seg gjennom historien. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) er det nå mennesker med lav utdanning og jobber med lav sosial status som røyker (Vedøy, 2017). Tidligere var det fint og moderne å røyke, man så idrettsutøvere og skuespillere røykte på fjernsyn og reklame, og man ville gjerne ligne disse rollefigurene. Samfunnets oppfatning av de som røyker har forandret seg (Lund og Lund, 2018). Vi ser at det har vært en endring av holdninger til tobakk i samfunnet generelt.

På bakgrunn av generell interesse for tobakksbruk og erfaringer fra praksis som sykepleier, ble jeg opptatt av å forstå bakgrunnen for at noen mennesker røyker. Tobakksrøyk inneholder kjemiske stoffer og skadelige partikler som irriterer luftveiene og ødelegger celler i lungene. Eksponering for tobakksrøyk øker risikoen for blant annet kols og lungekreft. Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet at 5,4 millioner mennesker hvert år dør av hjerte- og karsykdommer, lungekreft og andre sykdommer som følge av tobakksbruk (Kvam, 2021). Når vi nå vet at det er skadelig å røyke, undrer jeg på hvorfor er det noen som ikke klarer eller ønsker å slutte å røyke, og hvilket samfunnslag disse personene kommer fra.

1.2 Formål med studien:

Formålet med denne studien er å forstå og forklare hvordan holdningene til røyk og røykere har forandret seg gjennom tidene, i takt med den sosiale og økonomiske utviklingen har skjedd i Norge og hvorfor har vi fått de holdninger vi har til røykere i dag.

1.3 Tidligere forskning om røyking:

Det er forsket mye på røyking. Det er forsket mye på hvilken måte røyking påvirker sykdom, og risiko for sykdom. Denne oppgaven har et samfunnsvitenskaplig blikk, og ser på røyking som en sosial praksis og som en sosial aktivitet. I søk etter forskning ble ingen praxeologiske studier funnet. Ved søk etter artikler (vedlegg 1) er det valgt ut syv artikler som kan være med å svare på min problemstilling som har et samfunnsvitenskapelig blikk, se tabell 1.

Tabell 1 .Valgte artikler

Nr	Forfatter	Tidsskrift	Tittel
1	Nikolaj Kunøe Sidsel Graff-Iversen (2002)	Tidsskriftet for den norske legeforening	Røyking i den populære helse litteraturen i årene 1940-60.
2	Karl Erik Lund Ingeborg Lund (2005)	Tidsskriftet for den norske legeforening	Røyking og sosiale ulikheter.
3	Karl Erik Lund Ingeborg Lund Anders Bruhn (2009)	Tidsskriftet for den norske legeforening	Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927-2007.
4	Tord Finne Vedøy (2017)	Folkehelseinstituttet	Hvorfor har røykevanene endret seg i Norge?
5	Tord Finne Vedøy Gunnar Sæbø (2018)	Folkehelseinstituttet	Utbredelse av røyking i Norge.
6	Tord Finne Vedøy (2018)	Folkehelseinstituttet	Sosiale ulikheter i bruk av tobakk.

7	Karl Erik Lund Ingeborg Lund (2018)	Folkehelseinstituttet	Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2022
---	--	-----------------------	--

Røykere har i dag god tilgang til informasjon som forteller dem at de løper større risiko for å pådra seg kreft og hjerte- og karsykdommer enn ikke-røykere. Imidlertid vet vi lite om hva slags informasjon som var tilgjengelig for dem som begynte å røyke i tiden da de første vitenskapelige studiene på området ble publisert (Kunøe og Graff-Iversen, 2002). I deres oppsummerende artikkel (artikkel 1 i tabell 1) om forskning av røykere i Norge fra 1940-1960, står det at perioden 1940 – 60 var det en brytningstid når det gjaldt forskning på de helsemessige følgene av sigarettøyking. I 1950-årene begynte de første store studiene på området å dukke opp: først lungekreft, så hjerte- og karsykdommer. I samme periode kom de første studiene av lungekreft i Norge, og debatten i fagmiljøet om årsakssammenheng mellom røyking og helseskader. Dette fikk stor plass i Tidsskriftets ledere og kommentarer, og det opptok legestanden og skapte debatt. (Kunøe og Graff-Iversen, 2002).

Lund og Lund (2005) (artikkel 2 i tabell 1) fra den norske legeforeningen beskrives røyking og sosiale forskjeller. De sier at masse utbredelsen av røyking i Norge startet med automatiseringen i industrien for ca. 100 år siden og skjøt fart med intensivert markedsføring og prisnedsettelse. Manglende undersøkelser gjør det vanskelig å fastslå gradienten i datidens sosiale utbredelsesmønster, men romaner, reklamemateriell og gamle spillefilmer indikerer at røyking var overrepresentert blant menn i det urbane borgerskapet. Røyking blant kvinner var sjeldent, men forekom hyppig i sosiale utgrupper som bohemmiljøet og blant prostituerte. Økningen i røykingen i første halvpart av 1900-tallet skjedde i et samfunnsmessig klima hvor sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og eleganse. De som tidlig tok opp nye vaner, var i kraft av sosial status effektive læringsmetoder og bidrog til at røyking ble spredt til andre befolkningsgrupper.(Lund og Lund, 2005)

Lund et al. (2009) (artikkel 3 i tabell 1), skriver likens i tidsskriftet til den norske legeforening at sosiale, demografiske, økonomiske og kulturelle utbredelsesmønstre av sigarettøyking indikerer at røyke epidemien har nådd en begynnende historisk utløps fase i Norge. Den idealtypiske

røykeren har nå kort utdanning, er middelaldrende, skilt, bor langt nord i landet, er i manuell arbeid eller helt utenfor arbeidsstyrken. De skriver videre at agenter for trend spredning har de som fremdeles røyker lavt potensial. På bakgrunn av befolkningens høye kunnskapsnivå og helsefare og et stigende normpress om røykfrihet, er det derfor lite trolig at sigarettøyking vil komme til å få noen snarlig renessanse (Lund et al. 2009).

Det var stor forskjell i utbredelsen av røyking mellom kvinner og menn ved inngangen til 1930-årene. Frem til rundt 1960 røykte rundt 65 % av mennene, sammenliknet med ca. 25 % etter år 2000. For kvinner var det omkring 5 % som røykte omkring 1930. Det økte til ca. 35 % i 1975. Særlig sterk var økningen i 1965–75. Flere kvinner tok lønnet arbeid og deltok på innrøykte samfunnsarenaer de tidligere hadde stått utenfor (Lund et al. 2009). De mannlige røykerne har hele tiden rapportert et høyere daglig forbruk av sigaretter enn kvinner. I 1930 sto menn for ca. 95 % av sigarettforbruket. Det tobakks vennlige samfunns klimaet i 1950- og 60-årene ga meget trange vekstvilkår for den begynnende informasjonen om helsefare ved røyking. Advarslene ble i lang tid kommunisert av moralske entreprenører som kanskje hadde redusert troverdighet. I aviser og lærebøker fantes det liten motvekt til den massive reklamen som glorifiserte røyking. Nedgangen i tobakks konsumet blant menn startet samtidig med at landet fikk en omfattende tobakkslovgivning. (Lund et al. 2009).

I Vedøy (2017) (artikkel 4 i tabell 1) presenteres hvordan røykevaner har endret seg. Etter 1970-tallet har andelen røykere sunket jevnt og trutt blant begge kjønn. I dag er røyking svært skjevt fordelt i befolkningen ut fra sosial og økonomisk status. Den viktigste faktoren er utdanning og andelen som røyker synker med økende utdanning. Blant de som har eksamen fra Høgskole eller Universitet er det i dag under 10 % som røyker daglig. Andelen dagligrøykere blant dem med grunnskole som høyest fullførte utdanning er i underkant av 30 % . Slik har det imidlertid ikke alltid vært. Da sigarettene ble populære på begynnelsen av 1900-tallet var røyking særlig utbredt blant borgerskapet og dette fortsatte i mange tiår. Eksempelvis røykte over 70 % av mannlige og over 40 % av kvinnelige leger i Norge i 1953 (Vedøy, 2017)

Vedøy og Sæbø (2018) (artikkel nr. 5 i tabell 1), omhandler utbredelsen av røyking i Norge. Her skriver de at daglig røyking blant menn har vist en jevn nedgang over de siste fire tiårene. Blant

kvinner var andelen dagligrøykere stabil fra 1970-tallet og fram til slutten av 1990-tallet før den begynte å synke. Dagligrøyking har vært mindre utbredt blant kvinner i hele perioden, med unntak av de siste to tiårene da andelen dagligrøykere har vært lik for menn og kvinner. I 2021 var den 8 prosent.

Andelen som røyker av og til har vært stabil, rundt 10 prosent, fra midten av 1970-tallet til rundt 2010 og lik for kvinner og menn. I løpet av de siste 10 årene kan det se ut som andelen som røyker av og til har sunket noe. I den totale røyke populasjonen var det 48 prosent som røykte av og til og 52 prosent som røykte daglig i 2021. Andelen regelmessige røykere (de som røyker daglig eller av og til) i alderen 16-74 i Norge i 2021 var 16 prosent. (Vedøy og Sæbø, 2018)

I Vedøy (2018) (artikkel 6 i tabell 1), om sosiale ulikheter, beskrives røyke-epidemien delt inn i fire faser. I den første fasen (1900-1920) økte andelen røykere blant menn kraftig. Daglig røyking blant kvinner økte noe, men var fortsatt uvanlig. I den andre fasen (1920-1950) fortsatte økningen blant menn og nådde et toppunkt rundt 1950. På dette tidspunktet røykte andelen over 60 prosent blant menn med høy eller middels inntekt og lang utdanning. For eksempel var andelen dagligrøykere blant mannlige leger i 1953 hele 70 prosent. I denne fasen økte også andelen kvinner som røykte, og nådde det samme nivået som menn 20 år tidligere. I den tredje fasen (1950-1980) begynte andelen røykere blant menn å synke, og da hurtigere blant menn med lang utdanning, og særlig leger. Røyking blant kvinner nådde sin maksimale utbredelse på 1970-tallet, cirka 15-20 år etter menn. I denne perioden røykte over 40 prosent av kvinner med middels eller lang utdanning og middels eller høy inntekt. Røyking blant kvinner med kort utdanning og/eller lav inntekt nådde toppen nesten 20 år senere. I den fjerde fasen (1980 til vår tid), falt andelen som røykte blant menn stabilt, uansett utdanningsnivå. Blant kvinner økte sigarettens popularitet for grupper med maksimalt videregående utdanning fram mot slutten av 1990-tallet. Deretter sank andelen i alle grupper. (Vedøy, 2018)

I artikkelen fra Lund og Lund (2018) (artikkel 7 i tabell 1), som er en historisk oversikt over tobakk i Norge fra FHI, går man gjennom lover og regler som gjelder tobakksbruk og produksjon

av tobakk gjennom tidene. Den beskriver også oppstart og slutt for norske tobakksprodusenter (Lund og Lund, 2018).

For hundre år siden var sigarettøyking en praktikk som, særlig for kvinner, signaliserte uanstendighet. Det var udannet og simpelt å røyke. Da oppfinnelsen av maskinell sigarettproduksjon med påfølgende masseproduksjon ble konkurranse skjerpet. Prisreduksjon og framvekst av markedsføringsmetoder, samt bedret distribusjon i en historisk periode preget av fravær av helseopplysning, førte imidlertid til at røykingen av sigaretter etter hvert nådde epidemiske proporsjoner. Sigarettene kom til å symbolisere modernitet, framskritt og frihet, og de som reklamerte var de unge, urbane, velsituerte mannlige akademikerne. Rundt 1950 røykte tre av fire voksne menn. Omtrent samtidig kom de første medisinske rapportene om tobakkens skadelige virkninger. I løpet av de siste 50 årene med statlig forbrukerbeskyttelse som reklameforbud og helseadvarsler er i dag sigarettene demonisert, industrien skandalisert, atferden er denormalisert, mens røykerne har sosialt lavklasse, enkelte vil kanskje også si at røykerne er stigmatisert og diskriminert (Lund og Lund 2018).

Når vi ser på forskningen som er presentert er det mye forskning om sykdom, og skader man kan få om røyking. Flere av disse artiklene beskriver hva som har skjedd i historien vår. Flere av disse artiklene viser forskning som har et samfunnsvitenskapelig blikk, og som viser røyking som sosial praktikk. Alle disse artiklene hjelper meg å få svar på min undring.

1.4 Avgrensning

Det er forsket mye på røyking, men ingen praxeologiske studier er funnet.

I denne studien er det studert utviklingen av røyking som en praktikk, og oppgaven har et samfunnsvitenskapelig blikk. Siden det er interessant å vite hvorfor det er sosiale og økonomiske ulikheter blant røykere og ikke-røykere, og vil undersøke røyking som en sosial praktikk, er denne studien gjennomført i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus praktikkteori. Det betyr at studien er basert på en teori om at røyking først og fremst er basert på brukernes praktiske sans og sosiale tilhørighet, og i mindre grad på vitenskapelig kunnskap (Callewaert,

1997). Analysene er basert på et praxeologisk design med tilhørende konstruksjon av feltet og doxa, konstruksjon av det sosiale rommet og konstruksjon av lærebok forfatternes posisjon i det sosiale rommet (Bourdieu, 1998, s. 72-73). I denne studien er det kun brukt norske lærebøker som er søkbare fra nasjonalbiblioteket.

1.5 Forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i Pierre Bourdieu's praktik teori, vil jeg vende blikket mot når det hele begynte. For å kunne forklare hvordan det sosiale synet på røykere har blitt slik den har blitt har det blitt stilt følgende praxeologiske forskningsspørsmål i denne studien:

- Hvordan kan det ha seg at samfunnets holdninger til tobakk forandres gjennom tidene?
- Hvor kommer det fra at det er sosiale og økonomiske ulikheter blant røykere og ikke røykere?
- Hvordan virker det at vi i dag har de holdningene til røykere som vi har?

2.0 Teoretisk perspektiv og praxeologisk analysestrategi:

Dette kapitlet presenterer studien sitt teoretiske rammeverk. Denne studien om røyking er fundert i Pierre Bourdieu (1930- 2002) sin teori om praktisk sans. Han er en fransk sosiolog og moderne teoretiker (Aakvaag, 2008, s. 148). Bourdieu er opptatt av dagligdagse aktiviteter som settes inn i større samfunnsmessige sammenhenger og har en praksisorientert tilnærming der mennesket er en del av et samfunn og påvirkes av dette, både i forhold til miljø og kultur. I denne sammenhengen er menneskets praksis viktig for videreføringen av de sosiokulturelle mønstre (Thornquist, 2018, s. 163-164). Bourdieu er opptatt av å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at mennesker gjør som de gjør. Han kaller handlemåter for praktiker (Callewaert, 1997, s.13-26). Bourdieus teoretiske univers er benyttet fordi hans teorier gjør det mulig å begripe, analysere og diskutere utviklingen av holdninger til røyking.

I praxeologisk forskning kan en ikke svare direkte på forskningsspørsmålet, men man gjør det indirekte, ved hjelp av delvise konstruksjoner av habitus. Forskar må i følge Bourdieu utøve en radikal tvil, bryte med doxa og utfordre alt det som en vanlegvis ikke stiller spørsmål ved (Boge, 2021, s.6). Det vil si at forskere ikke må ta det for gitt at en for eksempel det å slutte å røyke er enkelt, men tvert om undre seg over hvordan det kan ha seg at en ikke slutter å røyke selv om man vet at det er skadelig, og kan føre til sykdom.

For å gjøre metoden anvendelig utvikles det noen teknikker for å bearbeide empirien, og resultatet er en teori om sosialpraktik om røyking og røykere.

Gjennom den teorien som blir presentert, sammen med autososioanalyse som kommer i kapittel 2.2, og ved at en skriver frem historisering. Det vil bli konstruksjon av disposisjoner og habitus for å få svar på det man undrer på.

2.1 Praxeologisk vitenskapsteori

Bourdieu argumenterer for at det eksisterer tre former for teoretisk viten; objektivistisk, fenomenologisk/subjektivistisk og praxeologisk (Bourdieu, 1998, s. 72 - 86). Objektivismen forklarer menneskelig handling (som for eksempel røyking) i lys av objektive strukturer, mens at fenomenologien tar utgangspunkt i individet sine subjektive erfaringer uten å tenke med de sosiale forestillingene for erfaringer.

I et praxeologisk perspektiv kan verken et fenomenologisk/subjektivistisk perspektiv alene eller et objektivistisk/strukturelt perspektiv alene generere gyldig kunnskap om menneskeleg handling slik handlingene kjem til uttrykk i muntlig og skriftelig språk og andre kroppslege uttrykk.

Praxeologi, som inneber eit brudd med både strukturalismen og fenomenologien, er basert på ein teori om at menneske sin måte å agere på er praktikker som blir formet i et samspill mellom objektive strukturer og subjektive erfaringer (Boge, 2021, s.4).

Praxeologi er en form for praksislære eller handlingsteori, nært knyttet til vår daglige livsverden, og basert på en teori på menneske sin måte å agere på (Boge, 2021, s. 5).

2.1.1 Praktik

En praktikk er det vi gjør i praksis, og praktikk teorien gir perspektiv på hvordan sosiale praktiker blir formet og utviklet. Teorien prøver å fjerne seg fra forestillingen om at praksis er en tilpasning av teoretisk kunnskap, men at mennesket er agenter med iboende praktisk sans.

Bourdieu mener at praktisk sans er vilje og handlinger som bor i kroppen. Han beskriver mennesker som agenter som agerer uten å tenke over hva de gjør, eksempler på dette er en røyker som tenner på røyken sin, uten å ha tenkt over handlingen. Han gjør det av vane. Bourdieu kaller handlemåter for praktiker, han bruker ordet *mimesis* for dette, som betyr å mime, men etterligner ikke (Boge, 2021, s.3-4). Med dette menes at vanene sitter i kroppen. Ved å benytte praktikk teorien så har jeg sett på hvordan utviklingen av hvordan vi ser på personer som røyker har utviklet seg gjennom tidene.

I avsnittene nedenfor vil det bli presentert begrep som vil bli videre i oppgaven.

2.1.2 Habitus

Konstruksjon av habitus står sentralt i praxologien. Habitus begrepet forholder seg til det mennesker gjør med utgangspunkt i deres forståelse av den situasjonen de er i. Habitus er et teoretisk begrep som forklarer hvordan det har seg at sosiale posisjoner gjør hvordan ting kommer til uttrykk i ord og gjerning (Boge, 2021. s. 5). Habitus representerer måten menneskene

tenker og handler på, som påvirker i stor grad sosial mobilitet/sosial rang. Ut fra definisjonen vil begrepet habitus påvirke hva mennesket tenker, hvordan vi oppfører oss og hvem vi er. Mennesket er ikke bevisst hvordan ens habitus påvirker våre handlinger. Dette viser seg blant annet ved at vi handler tilnærmet instinktivt i ukjente situasjoner. Habitus regnes som “kjernen i en persons identitet”, er kroppsliggjort (varig og stabil) og strukturerte (virker muliggjørende). I tillegg har habitus et sosialt opphav som vil si at vårt habitus ifølge Bourdieu formes etter de sosiale miljøer som er rundt oss. Habitus er dermed også klassespesifikt (Aakvaag, 2008, s. 160-161). I dag vet vi at røyking er svært skjevt fordelt i befolkningen ut fra sosial og økonomisk status. Den viktigste faktoren er utdanning og andelen som røyker synker med økende utdanning. Blant de som har eksamen fra Høgskole eller Universitet er det i dag under 10 % som røyker daglig. Andelen dagligrøykere blant dem med grunnskole som høyest fullførte utdanning er i underkant av 30 % (Vedøy, 2017).

2.1.3 Kapital

Begrepet kapital er svært viktig for å forstå Bourdieu, og hans syn på det sosiale livet. Bourdieu sier det er tre former for kapital:

1. Økonomisk kapital som betyr ressurser som kan investeres som gir økonomiske ressurser, som penger, aksjer og eiendom.
2. Sosial kapital som betyr tilgang til sosiale nettverk som familie og organisasjoner.
3. Kulturell kapital som utdanning og dannelse (Aakvaag, 2008. S. 152-153).

Bourdieu mener at mennesker alltid har en mening med sin handling, og at menneskers handling og oppførsel bærer objektive preg av familien og det samfunnet man er vokst opp i. Dette vil lagres i kroppene våre som praktisk sans og kunnskap om hvordan man skal opptre i det sosiale rom. Dette er kunnskap som ifølge Bourdieu ikke er bevisst (Thornquist, 2018, s. 164).

I dag er røyking svært skjevt fordelt i befolkningen ut fra sosial og økonomisk status. Den viktigste faktoren er utdanning og andelen som røyker synker med økende utdanning. Blant de som har eksamen fra Høgskole eller Universitet er det i dag under 10 % som røyker daglig. Andelen dagligrøykere blant dem med grunnskole som høyest fullførte utdanning er i underkant

av 30 % (Skretting m.fl. 2016). Slik har det imidlertid ikke alltid vært. Da sigarettene ble populære på begynnelsen av 1900-tallet var røyking særlig utbredt blant borgerskapet og dette fortsatte i mange tiår. Eksempelvis røykte over 70 % av mannlige og over 40 % av kvinnelige leger i Norge i 1953 (Vedøy, 2017)

2.1.4 Doxa

Doxa omfatter de uskrevne regler og oppfatning om hvordan man skal reagere. Doxa er standpunkt og kunnskap som en tar for gitt. Doxa omfatter gjerne de uskrevne regler og oppfatning om hvordan en skal agere, hverdagsforståelse er ofte uskriven, som en taus konsensus. Doxa er standpunkt og viten som en tar for gitt. En kan for eksempel ta det for gitt at alle voksne vet at det er usunt å røyke. (Boge, 2021, s.6). I dag er doxa at røyking ikke er akseptabelt i alle sammenhenger, for eksempel ved graviditet. Men hos noen er røyking en inngrodd sosial og kulturell del som er vanskelig å forandre, og det tar tid og forandrer seg.

2.1.5 Sosialt rom

For å konstruere fram gruppen eller agentens sin habitus sier Bourdieu at forskeren må konstruere det sosiale rommet en agerer i. Det sosiale rommet er orientert mot to poler, det økonomiske og det kulturelle hierarki. Agenter som er nær hverandre i det sosiale rommet, er de som har mest til felles. For å konstruere agentene sin plass i rommet, trengs data om kapital (Horne, 2016, s.42) Agenter opptrer i det sosiale rommet med forskjellig habitus. Derfor kategoriserer og differensierer de den sosiale verden ulikt. Forskjellene kommer til uttrykk i sosiale praktiker og viser seg symbolsk gjennom holdninger uttrykt i ord og handling homologe til strukturen av sosiale posisjoner i rommet (Horne, 2016, s.43).

Masse utbredelsen av røyking i Norge startet med automatiseringen i industrien for ca. 100 år siden og skjøt fart med intensivt markedsføring og prisnedsettelse. På denne tiden var røyking blant kvinner sjeldent, men forekom hyppig i sosiale utgrupper som bohemmiljøet og blant prostituerte. Økningen i røykingen i første halvpart av 1900-tallet skjedde i et samfunnsmessig klima hvor sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og elegance. De som tidlig tok opp

nye vaner, var i kraft av sosial status effektive læringsmetoder og bidrog til at røyking ble spredt til andre befolkningsgrupper (Lund og Lund, 2005). Man kan da si om røykere på 1900 tallet at de var agenter, med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital, var nær hverandre i det sosiale rommet.

2.1.6 felt

Felt er et sentralt analytisk begrep, som i ei praxeologisk studie brukes til å avdekke og forklare praktikker i en avgrenset gruppe mennesker og institusjoner, som er felles om noe. Et felt kan defineres som et system av relasjoner mellom posisjoner (Horne,2016, s.44).

Styrkeforholdet mellom deres posisjoner er karakterisert av at det er noen som dominerer, og dermed andre som domineres av forskjellige former for makt, altså kapital. Objektive strukturer i det sosiale rom er basis for subjektiv representasjon, som virker inn på, og er med å konstituere de sosiale praktikker i feltet. Et felt er et symbolsk felt, og i det sosiale rommet finnes det flere felt og delfelt. Analytisk definerer Bourdieu felt som en konstitusjon av objektive relasjoner mellom forskjellige posisjoner, som kjemper om noe (Horne,2016, s.44).

For eksempel så skjedde økningen i røykingen i første halvpart av 1900-tallet i et samfunnsmessig klima hvor sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og eleganse. (Lund og Lund 2005)

2.1.7 Brudd i posisjonering

Når man sier at det er brudd i posisjoneringer, må man bryte med hverdagsforståelsen av et fenomen. Teoretiske begreper og vitenskapelige metoder kan være nyttige da de hjelper til med å finne mønster og relasjoner som ikke automatisk er synlige i den sosiale praktikken. Men for å produsere praxeologisk viten, så må det være et brudd på det objektive subjektet, der den egentlige sannhet om den sosiale verden kommer frem (Harrits, 2017, s. 22-23).

2.2 Autososioanalyse

Bourdieu sier at en forsker ikke er en objektiv utenforstående aktør, men en agent som påvirker studien. Han sier at forskeren må stille samme spørsmål til seg selv, som en gjør til forskningsobjektet for å konstruere egen habitus, dette kalles en autososioanalyse. Da kan forskeren forklare egen posisjon i praktikken som blir studert, plassering i feltet og egen plass i det sosiale rommet (Horne, 2016, s.53). Som forsker i denne studien er det utført en kort autososioanalyse av meg for å bli mer oppmerksom på hvordan min habitus påvirker arbeidet med studien.

Jeg er født i 1979, i en mindre by i Trøndelag. Jeg kommer fra middelklassen, og vokste opp i enebolig sammen med gifte foreldre, og to eldre brødre. Begge foreldrene mine har høyere utdanning, mor som intensivsykepleier og far som maskinsjef, begge jobbet på lokalsykehuset i min oppvekst.

Min mormors far var ordfører i en liten bygd i Nordland, og han og min mors mormor fikk tre barn sammen. Min grandtante født i 1924 ble sendt til Oslo for å gå sosialhøgskole. Hun jobbet til fylkeslegen resten av sitt yrkesaktive liv. Hun ble gift, men var barnløs. Min familie var sterkt knyttet til henne. Hun har aldri røyket. Min grandonkel født i 1916 ble sendt til Lillehammer for å bli journalist, underveis i skolegangen fikk han tuberkulose, og måtte avbryte utdanningen. Da han ble frisk, reiste han hjem til gården i Nordland, og overtok den etter sine foreldre. Han hadde stor glede av å skrive artikler i lokalavisen, og var veldig samfunnsengasjert. Han ble ugift, og hadde ingen barn. Han har heller aldri røykt. Vi var også veldig nært knyttet til han. All ferie ble tilbragt på gården, og vi hadde hytte på eiendommen. Min mormor født i 1920 fikk min mor utenfor ekteskap, og vokste opp på gården sammen med min mormor, grandonkel og sine besteforeldre. Det var aldri tvil om at min mor skulle få seg utdanning, og hun reiste til Trondheim for å bli sykepleier. Min oldefar var ordfører i bygda, han var militær. Et menneske som var respektert, og man så opp til. Han hadde høy sosial og økonomisk kapital. Hans barn fikk utdanning, i en tid det ikke var så vanlig med høyere utdanning. De hadde hest, gris og sau. De dyrket grønnsaker og poteter. De drev med jakt og fiske, så de var selvberget med mat, og levde godt.

Min fars foreldre bodde på en øy på Vestlandet. Bestemor var bonde, og drev gården med kyr. Bestefar jobbet på kontor. De fisket, og levde godt av fisk i havet, og grønnsakene de dyrket selv. Mine besteforeldre fikk syv barn, min far født i 1935 var nest yngst. Da han ble konfirmert dro han ut og jobbet på havet. Han var skoleflink, og han ønsket seg utdanning. Han jobbet for å tjene penger, så kom han i land og tok utdanning. Til slutt kom han til Trondheim da han tok kjølemaskinist utdanning. Her traff han min mor, de giftet seg, fikk jobb på et lokalsykehus og fikk tre barn. Min far røykte i min oppvekst. Jeg var veldig knyttet til min far, og mislikte at han røykte. Jeg ønsket ikke at han skulle bli syk av røykingen. Jeg syntes det luktet så fælt. I min ungdom hjalp jeg han med å slutte å røyke, det ble et felles prosjekt som det ble viktig for meg at vi lyktes med. Min far lyktes med å slutte å røyke, han var en frisk mann fram til han døde 86 år gammel.

Utdanning har vært viktig, og når vi ser på røttene våre, så er det en selvfølge at vi skulle få en utdanning. Mine brødre er jurist og maskinist. Jeg startet på sykepleierutdanningen rett etter videregående skole. Tema i min bacheloroppgave var "Røyking i svangerskapet". Året jeg fylte 18 år, ble min ene bror alvorlig syk, med langvarig respiratorbehandling, og lang opptrening. Det var da jeg bestemte meg for å bli sykepleier. Året etter jeg var ferdig utdannet, giftet jeg meg med mannen jeg fremdeles er gift med, og vi har fått fire barn sammen. Vi kjøpte eneboligen vi bor i mitt siste år på sykepleierutdanningen, og har bodd her siden. Verken jeg eller min mann har noensinne røykt. Da jeg var ferdig sykepleier fikk jeg jobb på lungeavdelingen, og trivdes spesielt godt med denne pasientgruppen. Min brors sykdom har gjort stort inntrykk på meg, og har formet meg til å bli det mennesket jeg har blitt. Å ta vare på det svake i et menneske, og de som går igjennom en krise i livet sitt, har blitt svært viktig for meg. Etter sykdommen ble det veldig viktig for meg hvordan pasienter og pårørende blir møtt. Det ble viktig at pasientene følte seg sett og hørt. Jeg har også blitt påvirket av å ha en far som har røkt, og klarte å slutte å røyke.

Når vi ser på min bakgrunn, med en far som klarte å slutte å røyke, interesse for røyking under svangerskap, som resulterte i bacheloroppgave om røyking, og mange år som sykepleier til lungepasienter, er det ikke så merkelig at tema for min master oppgave også er røyking. Interessen for røyking, og hvorfor noen klare å slutte å røyke, og noen ikke, har vært en stor del av min oppkomst historie

3.0 Metode

Dette kapitlet vil beskrive hvordan materialet i denne oppgaven er funnet og behandlet. Det vil bli undersøkt posisjoneringer i forhold til røyking ved hjelp av en registrant analyse. Posisjonene og disposisjonene konstrueres herefter basert på de norske lærebøker.

3.1 Søkestrategi

Til denne oppgaven er det foretatt to hoved søk. Ett søk etter forskningsartikler, og ett søk etter lærebøker (vedlegg 1 og 2).

I søket etter tidligere forskning om røykepraktikker har det blitt søkt i norske databaser. Ved søking er det funnet flere relevante artikler.(vedlegg 1). Det er plukket ut 7 artikler (tabell 1). I utvelgelsen av artikler ble mange artikler lest, før det ble valgt artikler som er relevante for denne oppgaven. Alle disse artiklene er norske. Grunnen til at det er valgt norske artikler i denne studien, er at det blir undersøkt den norske historien, og hvordan røyke praktikken i Norge har utviklet seg, og om det er sosiale og økonomiske forskjeller i Norge på røykere og ikke røykere. Disse artiklene er valgt fordi de kan hjelpe til å besvare forskningsspørsmålet. Artiklene som er valgt omhandler røykens historie, utbredelse av røyking i Norge og sosiale ulikheter i Norge.

I søket etter lærebøker er det brukt nasjonalbiblioteket som søkebase (vedlegg 2). Bøkene som er inkludert står i vedlegg 2 og tabell 5. Lærebøkene som er valgt, er, og har vært pensumlitteratur i grunnutdanning i sykepleie gjennom tidene. Det er også valgt ut lærebøker som er blitt brukt videreutdanning i lungesykepleie utdanningen, eller som er gode lærebøker i lungesykdom faget. Det er kun norske bøker som er søkbare fra Nasjonalbiblioteket som er benyttet. Grunnen til at det kun er norske bøker som er benyttet er at denne studien undersøker den norske historien, og hvordan røyke praktikken i Norge har utviklet seg.

Analysen av lærebøkene er delt inn i tre deler (kapittel 4,5 og 6). Det er for å kunne besvare forskningsspørsmålene på best mulig måte. Disse kapitlene blir kalt del 1, del 2 og del 3.

3.2 Registrantanalyse

I arbeidet med å kartlegge lærebøkene sin posisjonering og doxa, er det laget en registrantanalyse jf. Kropp (2009), der historien fra oppgavens materiale, som er lærebøker, blir konstruert frem. Basert på beskrivelse av posisjoneringer er det siden satt opp indikatorer som gjør det mulig å beskrive disposisjoner og fastlegge posisjoner ut fra kapital mengde og kapitaltype etter inspirasjon fra Frederiksen (2016) sin doktoravhandling.

Registrantanalyse er en måte å registrere og lese tekster på, for å få en oversikt over store mengder med materiale. Det er en målrettet lesing hvor en systematisk stiller de samme spørsmålene til de forskjellige tekstene, slik at formålet blir å avdekke forskningsobjektets opprinnelse eller historiske forandring. Ved at man systematisk stiller de samme spørsmålene til de ulike tekstene, er formålet med registranten å belyse forskningsobjektets opprinnelse eller historiske forandring. Metoden brukes for å få en oversikt over historiske prosesser, og viser hvordan kjennskap til disse prosessene er avgjørende for en forståelse av hvorfor nåtidens mennesker forholder seg slik de gjør til bestemte praktiske problemstillinger (Kropp, 2009, s. 173-174). (Kropp, 2009, s. 173-174). Hvis man vil forstå og forklare bestemte sosiale fenomener, i dette tilfellet røyke-praktikken, må man ifølge Bourdieu se tilbake på historien og rekonstruere. På denne måten kan man se hvordan de sosiale fenomenene har oppstått og hvordan de har forandret seg (Kropp, 2009, s. 173). Spørsmålene som blir stilt teksten i denne oppgaven står i tabell 2. Metoden kan brukes til å forstå hvorfor nåtidens agenter forholder seg som de gjør til bestemte praktiske problemstillinger.

Ved bruk av en registrant analyse skal en som forsker rekonstruere historien og se etter hvor det skjer endringer og brudd. Utfordringen med denne metoden ligger i at det kan være vanskelig å velge ut materiale som en ønsker å bruke i studien. Analysen er i seg selv en tidskrevende prosess hvor en ofte må gå minst 20-30 år tilbake i historien for å kunne forstå nåtidens praktikker. Det er videre vesentlig at en har et forskningsspørsmål som lar seg belyse ved hjelp av skriftlige kilder (Kropp, 2009, s. 171- 184). I denne studien er det gått helt tilbake til 1877, når lærebok A kom ut.

Tabell 2 Registrant

Fakta:

- Materialets navn, omfang, sjanger og institusjonell representasjon
- Publisert hvor, når og av hvem?

Kontekstuelle:

- Hvilken kontekst ingår dokumentet i?
- Hvilken historik ingår dokumentet i?
- Hvor tales det i fra?

Posisjonering:

- Hvordan posisjonerer læreboken seg til røyking?
- Hvilke meninger og holdninger er det til røyking?
- Hvilke meninger og holdninger er det ikke til røyking?
- Hvilken historikk inngår boken i?

(Kropp, 2009, s. 173-174)

Disse spørsmålene er stilt lærebøkene for å finne ut posisjoneringen og doxa til lærebøkene, og forfatterne (vedlegg 3) Grunnen til at man må vite posisjoneringene til forfatterene, er for å vite hvor de posisjonerer seg i det sosiale rommet.

I analysens første del blir det undersøkt posisjoner i forhold til oppkomsthistorien til røyking ved å bruke en registrantanalyse som metode (Kropp, 2009, s.173-174). Det har blitt valgt å dele epokene i fire tidsepoker som er 1860-1899, 1900-1950, 1951-1980 og 1981-2023. Grunnen til at det har blitt delt inn i fire tidsepoker er for å kunne stille tidsepokene mot hverandre og se etter brudd. Ved å se på historisering, kan en forklare hvordan og hvorfor de sosiale fenomenene har oppstått og hvordan de har forandret seg.

3.3 Konstruksjon av disposisjoner og posisjoner

Videre i del 2 av analysen av lærebøkene, vil det bli konstruksjon av disposisjoner og posisjoner av lærebøkene. Det settes ni indikatorer for disposisjoner og ett enkelt måleredskap for hver kapital type. Det er blitt laget indikatorer for kapital, slik at man lettere kan se hvordan posisjon bøker har tatt, det blir delt inn i høy kapital, medium kapital eller lav kapital. Disse spørsmålene er valgt for å kunne svare på forskningsspørsmålene på best mulig måte.

Tabell nr 3 Indikator for disposisjoner

Økonomisk kapital	Kulturell kapital	Sosial kapital
1) Legges det vekt på helsegevinst i forhold til røykestopp?	1) I hvilken grad omtales røyking som et kulturelt fenomen?	1) I hvilken grad omtales røyking som en sosial aktivitet?
2) I hvilken grad legges det vekt på samfunnets kostnad?	2) Hvor mange ganger omtales betydningen av utdanning i forhold til røyking?	2) Omtales sosial klasse hos røykere?
3) I hvilken grad framgår det en rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse?	3) Er det kunnskapsbasert viten om røyking?	3) Hvilken sosial kapital omtales røykeren?

(Frederiksen, 2016 , s 134)

Det er tre indikatorer for hver kapital. Totalt blir det 9 indikatorer som konstrueres ut i fra posisjoneringer i lærebøkene i vedlegg nr 1

Det er brukt en subjektiv vurdering av lærebøkene. Alle lærebøkene er lest, og det er gjort notater underveis (vedlegg 4), både nedskrevet sitater fra lærebøkene (vedlegg 6) og nedskrevet lærebøkens kapitaler (Tabell 5).

Det gjøres en skalering mellom; Ikke nevnt = 0 og hyppig nevnt = 3. Det vil kun bli brukt hele tall. For hver lærebok vil tallene fra indikatorene bli summert, og knyttes til formene for disposisjoner. På denne måten vil hver kapital få en sum fra 0-9. I tabell 4 står det hvilken numerisk verdi som gir høy, medium eller lav kapital vekt. Summen avgjør om boken får lav, medium eller høy kapital.

Tabell nr 4 Numerisk verdi

Numerisk verdi	Vekt/verdi
7-9	Høy
3-6	Medium
0-2	Lav

(Frederiksen, 2016 , s 134)

Til slutt i analyse del to, vil det bli presentert posisjoneringens plassering ved hjelp av en x og en y akse (Figur 1), med høy kapitalmengde oppe på y akse og en lav kapital mengde nede på y akse, samt økonomisk kapital høyre på x akse kulturell kapital til venstre på x akse. Bøkene vil med bokstav bli plassert inn i skjemaet for å kunne se om det er noen likheter og forskjeller mellom lærebøkene. Det vil da sett på plasseringen i x-y akse (figur 1) for å kunne sammenligne, og se etter forskjeller mellom plasseringene.

3.4 Konstruksjonen om røyking som sosial praktikk.

Denne delen av analysen vil bestå av konstruksjon av en teori om holdning til tobakk, og hvordan lærebøkene posisjonerer seg til røyking. Her vil det bli presentert de forskjellige posisjonene sin plassering og forklare hvordan det kan ha seg at det ser slik ut. Her blir Bourdieus teorier satt på spill, og det vil bli forsøkt å konstruere habitus. Det taes utgangspunkt i x-y akse, og hvordan lærebøkene plasserer seg i den, for å prøve å forklare hvorfor det er ulikheter.

3.5 Analysestrategi

For å besvare forskningsspørsmålet har det blitt sett på lærebøker i sykepleie og lungesykepleie. For å kunne svare på alle tre forskningsspørsmålene er analysen delt inn i tre deler. De vil bli kalt del 1, del 2 og del 3.

Del 1 vil inneholde konstruksjon av posisjonering til lærebøkene ut ifra registrant analysen, der materialet vil bli presentert fra gamlest til nyest. Her er fokuset på oppkomst historien.

I del 2 av analysen av lærebøker settes det ni indikatorer for disposisjoner og ett enkelt måleredskap for hver kapital type. Det er blitt laget indikatorer for kapital, slik at man lettere kan se hvordan posisjon agentene har tatt, høy, medium eller lav. Her er fokuset på konstruksjon av strukturen.

I del 3 vil bestå av konstruksjon av en teori om holdning til tobakk, og hvordan agentene posisjonerer seg til røyking. Her er fokuset på å besvare det overordnede forskningsspørsmålet gjennom en delvis konstruksjon av agentenes habitus.

3.6 Etiske betraktninger

Denne studien inneholder ikke personopplysninger eller sensitive data så det er ikke nødvendig å søke godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) som er høgskulen i Vestlandet sitt person ombud. Det er heller ikke en studie som inneholder medisinsk eller helsefaglig forskning på mennesker, så det har heller ikke vært nødvendig med søknad til Regional Etisk Komite (REK). Da denne oppgaven baserer seg på allmenne og offentlig tilgjengelige lærebøker og dokumenter trengs det heller ikke informert, forstått samtykke.

Men selv om det ikke er nødvendig å søke til REK eller NSD, er det viktig at forfatterne til dokumentene som er brukt, er korrekt referert og henvist.

4.0 Analyse del 1: Lærebøkene posisjonering til røyking, og bøkens historikk.

I dette kapitlet vil det bli konstruert posisjonering til lærebøkene ut fra tabell nr 2. Da vil det bli lagt vekt på fakta og kontekstuelle indikatorer.

I tabellen under (tabell 5) er lærebøkene som ble valgt etter søk om lærebøker (vedlegg 2) satt inn i tabell etter årstall. Det er spurt spørsmålene i tabell 2, registrant. I tabellen fremgår både fakta om bøkene, hvilken kontekst de inngår i, og hvordan lærebøkene posisjonerer seg.

Lærebøkene har fått en bokstav i tabellen, denne bokstaven vil følge lærebøkene videre, for lett å holde oversikten over hvordan bok det tales om.

Tabell nr 5 Lærebøker

Års tall	nr	Forfatter	Navn på læreboken	Profesjon	Posisjonering
1877	A	Rikke Nissen	Lærebok i sygepleje for diakonisser	Sykepleier	Røyking ikke nevnt
1901 1914	B	Hans Riddervold Waage	Lærebog i sygepleje.	Overlege	Røyking ikke nevnt
1921 1926	C	Kristian Grønn Sofus Widerø.	Haandbok i sykepleien Lærebok i sykepleie	Overlege	Røyking ikke nevnt
1941 1951	D	Anton Jervell	Lærebok for sykepleiersker 1941 3 bind 1951 3 bind	Overlege	Man bør unngå tobakk, men sykepleieren må ikke stresse pasienten. Gravide bør ikke røyke.

1960 1962	E	Anton Jervell	Lærebok for sykepleiere, 8 bind	Overlege	Røyking frarådes ved graviditet.
1968 1973	F	NSF	Lærebok for sykepleieskoler, 12 bind	sykepleier	Røyking kun nevnt ved komplikasjoner til kirurgi. Skrives at røyking bør unngås
1985 1992	G	Hallbjørg Almås	Medisinsk og kirurgisk sykepleie, Klinisk sykepleie	Sykepleier	Passiv røyking er for første gang nevnt. Det må bli aksept for røykfrie miljø. Røykesluttkurs nevnes. I boken fra 1992 blir det dokumentert at røyking kobles sammen med lungekreft
1989	H	Erik Melbosdad	Lungesykdommer	Lege	Et eget kapittel som omhandler røyking. Viktige momenter som passiv røyking, skadevirkninger, lungekreft og hjerte og karsykdommer taes fram
1996	I	Nina Jahren Kristoffersen 4 bind	Generell sykepleie	Sykepleier	Bok 1; røyking ikke nevnt. Bok 2; røyking nevnt under kapitlet om sirkulasjon og respirasjon. Bok 3; Kort nevnt under kapitlet om stress, mestring og endring av livsstil. Har liten plass. Bok 4; røyking ikke nevnt.
2002	J	Petter Giæver	Lungesykdom	Lungelege	Røykeslutt har fått liten plass i

2008 2015			mer		boken fra 2002. Røyking og røykeslutt får større fokus i bøkene fra 2008 og 2015.
2004	K	Amund Gulsvik Per bakke	Lungesykdom mer: en basal innføring	Lungelege	Et eget kapittel om røyking og røykeavvenning, der sosial klasse og utdanning er fremtredende. Stort fokus på røyking, og hvorfor det er så vanskelig å slutte å røyke.
2001 2010 2022	L	2001: Hallbjørg Almås 2010: Hallbjørg Almås Dag- Gunnar Stubberud Randi Grønseth 2022: Dag- Gunnar Stubberud Randi Grønseth	Klinisk sykepleie	Sykepleier	2001: Bok 1: Lite fokus på røyking. Bok 2: Fokus på røyking og sykdom. 2010: Sykepleieperspektiv. Det dreier seg om sykepleie ved sengen til pasienten. 2022: Det legges stor vekt på fremheve og tydeliggjøre sykepleiefaglige begreper og perspektiver i læreverket. Mer vekt på pasientens opplevelse av å være syk, grunnleggende behov, og mestre å leve med sykdom. Kartlegging og overvåking av pasienten er nytt fra tidligere
2005	M	Nina Jahren Kristoffersen Finn Nortvedt Eli-Anne Skaug	Grunnleggende sykepleie 4 bind	Sykepleier	Forskningsbasert sykepleiekunnskap med erfaringsbasert kunnskap og pasienterfaringer.

2021	N	Trine Oksholm Christine Råheim Borge	Lunge sykepleie	sykepleier.	Ikke eget kapittel om røyking. Bare nevnt under røykestopp, røykeavvenning og røykeslutt
------	---	--	----------------------------	-------------	--

I de følgende avsnitt skrives posisjoneringen til lærebøkene fram. Det vil bli lagt vekt på historien, for å se på oppkomst historien til røyking, og lærebokens posisjoneringer i det sosiale rommet. Det vil bli delt inn i fire deler, som beskrevet i kapittel 3.2 slik at man lett kan sammenligne epokene.

4.1. 1860-1899

I den første epoken, så nevner ikke bok A, røyking, og det kommer ikke frem noen holdninger om røyking. Forfatter av lærebok A (se vedlegg 4), Rikke Nissen, kom fra en velstående familie. Hun var vel utdannet, språkmektig og en pioner innen norsk sykepleieutdanning, som arbeidet for at sykepleie skulle være et embete på lik linje med lege og prester (Martinsen, referert i Nissen, 2000, s. 254- 256) Hun mente at sykepleien måtte bygge på en grundig utdanning, der teoretisk undervisning var innbefattet. Hun argumenterte for at det ene kjønnnet ikke var overordnet det andre, men komplementær og at sykepleie burde være et embete på lik linje med leger og prester. Dette synspunktet fikk hun ikke gjennomslag for (Schiøtz, 2003, s. 158-160). Nissen tilhørte det øvre borgerskapet i det moderne, klassesdelte Norge. Sykepleiere tilhørte gjerne bonde- og arbeiderklassen (Martinsen, referert i Boge 2008, s. 41). Man kan si at Nissen ikke representerte normen for de fleste andre sykepleiere på denne tiden, så hun opererte ikke i det samme sosiale rommet.

Da hun ga ut Lærebog i Sygepleie i 1877, ble dette gjort anonymt. Som inspirasjon for boken brukte hun Florence Nightingale sin lærebok; Notes on Nursing (1859) (Martinsen, 2000, s. 252-256). I og med at hun ga ut boken anonymt, kan man anta at det ikke var sosialt akseptert at kvinner skulle gi ut lærebøker.

I denne perioden var sigarettøyking en norm overtredende atferd som, særlig for kvinner, signaliserte uanstendighet og promiskuitet. Det var udannet, simpelt og vulgært å røyke. I flere tiår var den moralske fordømmelse av sigarettene sterk nok til å hindre at andre enn en liten gruppe mennesker, som for eksempel bohémkretsen i Kristiania, røykte (Lund, 2018).

4.2 1900-1950

Bok B nevner ikke røyking, og det kommer ikke frem noen holdninger om røyking. Waage mente at sykepleieren hovedsakelig hadde to plikter. Den ene var å pleie syke, den andre var å gi legen beskjed om den sykes tilstand (Waage, 1901, s. 1). Waage tilhørte også det øvre borgerskapet i det moderne, klassesdelte Norge. Han var en velutdannet lege, og en privilegert person i det sosiale rommet.

Bok C nevner ikke røyking, og det kommer ikke frem noen holdninger om røyking. Grønn og Widerøe var overleger, og tilhørte en privilegert gruppe i det sosiale rommet. Til forskjell fra tidligere lærebokforfattere, ble sykepleierne nå mer inkludert i arbeidet med lærebøkene. Da Grøn og Widerøe gav ut Haandbok i Sykepleie i 1921, fikk to sykepleiere gi bidrag til boken. Dette var første gang siden læreboken til Nissen ble utgitt i 1877, at sykepleiere ble inkludert i dette arbeidet.

I 1906 tar Tiedemanns Tobaksfabrik for første gang i bruk den automatiske sigarett maskinen og hånd rullingen av sigaretter av tar. Produksjonen øker, og prisene går ned. masseproduksjon av sigaretter som førte til avsetningsproblemer. Tobakksprodusentene begynte da å reklamere mer. De første kjendis-kampene for røyking starter med deltagelse fra bl.a. Roald Amundsen, Knut Hamsun, Arnulf Øverland og Edvard Munch. Markedsføringen var rettet mot menn.(Lund og Lund, 2018).

4.3 1951-1980

Bok D og bok E sier man bør unngå tobakk, men sykepleieren må ikke stresse pasienten. Det er første gang det ble skrevet at gravide bør ikke røyke. Dette kan ansees som et brudd. Da lærebok

D kom ut i 1941 medvirket sykepleiere i utarbeidelsen av boken, og det var også naturlig at sykepleiere satt i redaksjonskomiteen av boken (Jervell, 1941, s. V). Sykepleieren og legen sine oppgaver hadde tidligere vært svært adskilt. Jervell mente at etterhvert som det skjedde en utvikling innen sykepleien, gikk oppgavene mer og mer over i hverandre. Oppgaver som tidligere var forbeholdt legen, ble nå utført av sykepleieren. Sykepleien og legegjerningen gikk over til å være nært knyttet sammen, i et arbeid med stor betydning for enkeltindivider og for samfunnet. Sykepleien hadde nå nådd et høyt faglig nivå, og var ikke lenger i hovedsak en barmhjertighetsgjerning. Mellom 1921 og 1954 ble sykepleierne gradvis sluppet til som bidragsytere til lærebøkene (Schiøtz, 2003, s. 160).

Bok F, Bokserien som tidligere ble utgitt med Anton Jervell som hovedredaktør, ble stilt til disposisjon for NSF og de tok over ansvaret for utgivelsen av lærebøker til sykepleierskolene (Henrichsen, 1972, s. 5). Norsk Sykepleierforbund (NSF) satte ned en komité som fikk som oppdrag å redigere utgivelsen av en ny serie lærebøker for sykepleierskolene. Formann i redaksjonskomiteen var Kjellaug Lerheim. Det var ikke gått mange år siden serien til Anton Jervell kom ut, men behovet for en ny serie med lærebøker var der grunnet at pensumet hadde endret seg, og blitt mer omfattende i løpet av 1960-tallet (Henrichsen, 1972, s. 5). I disse bøkene nevnes det at røyking bør unngås, og at røyking kan gi komplikasjoner, spesielt i forhold til kirurgi.

Rundt 1950 røykte tre av fire voksne menn. Kjendiser og celebriteter, som for eksempel landets kvinnelige sosialminister, reklamerer for sigarettene. Boken om "Skikk og bruk" kunne eksempelvis fortelle at det var uhøflig å be om å få spise røykfritt, selv i eget hjem. Omtrent samtidig kom de første medisinske rapportene om tobakkens skadelige virkninger (Lund og Lund, 2018).

Norsk tobakksindustri intensiverer sin markedsføring – særlig rettet mot kvinner som i økende grad har gått ut i yrkeslivet, tjener egne penger og fremstår som potensielle kunder. Kvinnerepresentasjonen i annonsene øker fra 33% i perioden 1955-64 til 62% i perioden 1965-75. Andel kvinner avbildet i røykesituasjoner øker fra 26% til 51%. Hver femte annonse

etter 1965 er assosiert med et budskap om at kvinner oppnår selvstendighet og frihet ved å røyke et spesielt merke (Lund et al. 2009).

I 1975 trer Tobakksloven i kraft og setter bl.a. en stopp for mer enn 60 års mer eller mindre sammenhengende reklamevirksomhet for tobakk (Lund og Lund,2018).

4.4 1981-2023

Bok G, Den neste læreboken i sykepleie som kom ut i perioden, var Medisinsk og kirurgisk sykepleie (Almås, 1985). Boken kom ut i 1985 med Hallbjørg Almås som redaktør. passiv røyking er for første gang nevnt, og forfatteren sier at det må bli aksept for røykfrie miljøer

Bok H er skrevet av lungelege Melbostad, i denne boken har røyking fått stort fokus, med eget kapittel som omhandler røyking. Det er viktige momenter om passiv røyking og skadevirkning av røyking.

Bok I, I 1996 kom læreboken Generell sykepleie ut i fire bind med Nina Jahren Kristoffersen som redaktør (Jahren Kristoffersen, 1996) i ett avsnitt under kapittelet respirasjon der det omtales skadevirkning av tobakk, og hvordan aktiv og passiv røyking påvirker helse. I bok 3 side 414 står det at de fleste røykere har lav utdannelse. Det skrives også at gravide frarådes å røyke på det sterkeste da fosteret utsettes for helsefare (Kristoffersen, 1996, s. 288)

Bok J, bøkene som er utgitt av lungelege Giæver er pensumbøker i videreutdanningen i lungesykepleier, ikke i grunnutdanningen til sykepleie. Bøkene er ikke skrevet spesifikt mot sykepleiere. Røykeslutt har fått liten plass i boken fra 2002. Røyking og røykeslutt får større fokus i bøkene fra 2008 og 2015.

I bok K som heller ikke er pensumbok fra grunnutdanningen i sykepleie, og er skrevet av lungelege Gulsvik, er det stort fokus på røyking. Et eget kapittel om røyking og røykeavvenning, der sosial klasse og utdanning er fremtredende. Stort fokus på røyking, og hvorfor det er så vanskelig å slutte å røyke.

Bok L, Klinisk sykepleie som i 2001 kom ut i to bind med Hallbjørg Almås som redaktør. Den fjerde utgaven av Klinisk sykepleie ble gitt ut i 2010 med Randi Grønseth som redaktør, også denne gangen i to bind (Grønseth, 2010). I 2022 kom siste utgave ut der Stubberud og Grønseth er redaktører. Dette er pensum bøker som er beregnet på grunnutdanningen. Det er stor vekt på å fremheve og tydeliggjøre sykepleiefaglige perspektiver. Det er ikke mye fokus på røyking, men det er fokus på helsegevinst i forhold til røykeslutt.

Bok M, I 2005 ble Grunnleggende sykepleie gitt ut i 4 bind med redaktørene Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Dette var en omfattende og gjennomgående revisjon av Generell sykepleie og det ble lagt vekt på å tilpasse innholdet til Klinisk sykepleie, slik at de to verkene utfylte hverandre (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, s. 10)

Bok N, I 2021 kommer første lærebok om lungesykepleie skrevet av sykepleiere. Der skrives det at det forventes at sykepleier snakker med pasienter om røyking. Dette bør gjøres på en måte som ikke er støtende, men med formål om å hjelpe pasienten (Oksholm og Borge. 2021. S. 112).

Redaktørene for bøker til grunnutdanning sykepleie i tidsrommet etter 1980 har sykepleierbakgrunn. De fleste forfatterne av lærebøkene, er sykepleiere med videreutdanning. I tillegg har det vært hentet inn forfattere med annen bakgrunn, som har bidratt med sin ekspertise. Dette har blant annet vært leger, radiografer, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer. Det har skjedd en endring fra tidligere, et brudd, ved at sykepleiere har blitt redaktører av lærebøker i sykepleie. Legene hentes kun inn som ekspertise på sine fagområder (Skaset, 2003, s. 544-545).

I denne epoken kommer det flere lærebøker skrevet av leger som har blitt inkludert i studien fordi de er inkludert i pensumlitteratur til videreutdanning i lungesykepleie. I det sosiale rommet har sykepleiere generelt en lavere posisjon enn legene (Skaset, 2003, s. 544-545), men man kan anta at sykepleiere som posisjonerer seg som lærebokforfattere kan ha tilnærmet samme holdning i det sosiale rommet som legene.

I 1980 utgir Statens arbeidstilsyn retningslinjer om behandling av passiv røyking på arbeidsplasser, og i 1988 ble det endringer i lov om vern mot tobakksskader (den såkalte «røykeloven») trer i kraft. Vernet mot passiv røyking lovfestes i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang. På visse strenge betingelser er det fortsatt adgang til å tillate røyking i

arbeidslokaler og institusjoner. Serveringssteder unntas fra forbudet inntil 2004, og forbudet mot røyking på serveringssteder trer i kraft 1. juni. Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om at alle har rett til en røykfri arbeidsplass. I fra 2010 må Tobakksvarene skjules i butikkene, og fra 2011 får tobakkspakkene bildeadvarsler (Lund og Lund,2018). Det er nå stort sett mennesker med lav utdanning og jobber med lav sosial status som røyker (Vedøy, 2018). Den idealtypiske røykeren har nå kort utdanning, er middelaldrende, skilt, bor langt nord i landet, er i manuelt arbeid eller helt utenfor arbeidsstyrken (Lund et al. 2009).

5.0 Analysens del 2: Konstruksjon av agenternes posisjon i det sosiale rommet

I oppgavens andre del av analysen vil det bli sett på indikatorene for agentenes disposisjon jmf tabell 3 i kapittel 4. I arbeidet med studien er alle lærebøker lest, og det er brukt en subjektiv vurdering av bøkene. Bøkene har fått en numerisk verdi jf. tabell 3, og det har blitt gjort en skalering etter at sitatet ikke nevnt = 0 poeng, noe nevnt = 1 poeng, mer nevnt = 2 poeng. Er sitatet hyppig nevnt = 3 poeng. På denne måten vil hver kapital få en sum, og summen vil gi lav, medium eller høy kapital som til sist i kapittelet vil gjøre det mulig å sette lærebøkene inn i en x-y akse jmt tegning 1. På den måte blir bøkene til agenter med en stipuleret position og blir satt inn i x-y akse for at bli sett om det er forskjeller mellom dem, og om det dannes et mønster.

Tabell nr 6 Agenternes mengde og type kapital

År	nr	Kulturell kapital	Økonomisk kapital	Sosial kapital
1877	A	1) Nei, 0 2) Ingen, 0 3) Nei, 0 LAV	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Nei, 0 LAV	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
1901 1914	B	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Nei, 0 LAV	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Nei, 0 LAV	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
1921 1926	C	1)Nei 2)Ingen 3)Nei LAV	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Nei, 0 LAV	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
1941 1951	D	1) Nei, 0 2) Ingen,0 3) Nei, 0 LAV	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Noe, gravide bør ikke røyke, 1 LAV	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
1960 1962	E	1) Nei, 0 2) Ingen, 0 3) Noe, gravide bør ikke røyke, 1 LAV	1)Nei,0 2) Ingen, 0 3)Nei, 0 LAV	1)Noe, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV

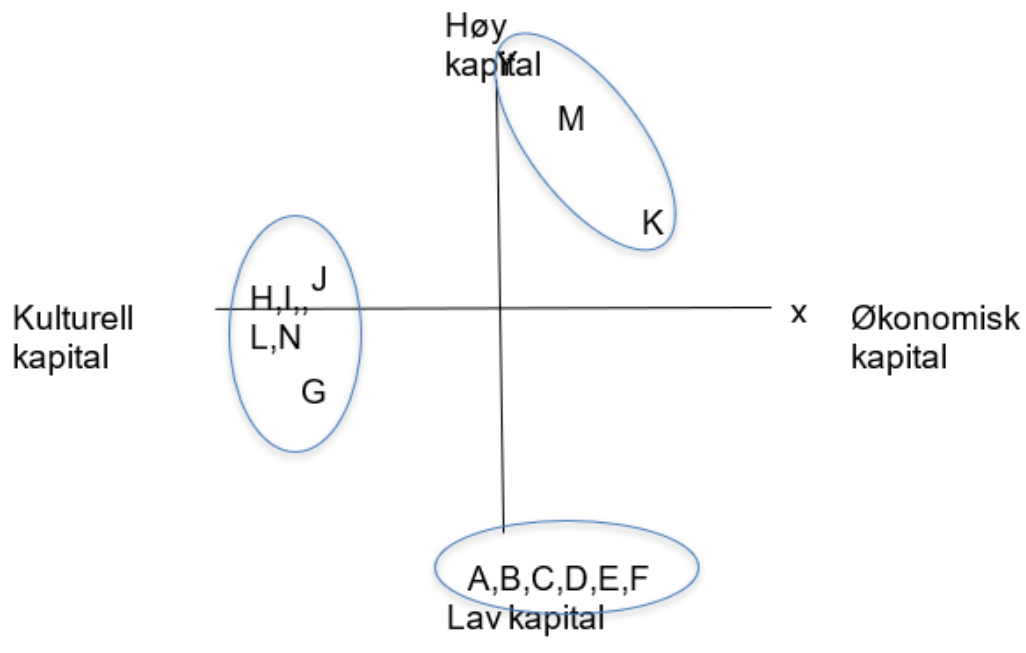
1968 1973	F	1) Nei, 0 2) Ingen, 0 3) Nei, 0 LAV	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Noe, gravide bør ikke røyke, 1 LAV	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
1985 1992	G	1) Ja, 1 2) Nei, 0 3) Stor, 3 MEDIUM 1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Stor, 3 MEDIUM	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 2 LAV 1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV 1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
1989	H	1) Ja,3 2) Nei,0 3) Stor,3 MEDIUM	1)Nei,0 2) Noe, røykere i generasjoner,1 3)Ja,3 MEDIUM	1)Ja,1 2) Nei,0 3)Ingen,0 LAV
1996	I	1)ja,2 2)noe,2 3)lite, 1 MEDIUM	1) Nei, 0 2) en gang ,2 3) ja, 3 MEDIUM	1) Ingen, 0 2)nei, 0 3) ingen, 0 LAV
2002 2008 2015	J	2002: 1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Nei, 0 MEDIUM 2008: 1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Nei, 0 MEDIUM 2015: 1) Ja, 3 2) Ja, 3 3) Ja, 3 HØY	2002: 1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM 2008 1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM 2015: 1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM	2002: 1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV 2008: 1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV 2015: 1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV
2004	K	1) Ja, 3 2) Ja, 3	1)Ja, 3 2) Ja, 3	1)Ja, 3 2) Ja,3

		3) Ja, 3 HØY	3)Ja, 3 HØY	3)Ja, 2 HØY
2001 2010 2022	L	2001: 1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Nei, 0 MEDIUM 2010: 1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Nei, 0 MEDIUM 2022: 1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Nei, 0 MEDIUM	2001: 1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM 2010: 1)Nei 2) Ingen 3)Ja MEDIUM 2022: 1)Nei, 0 2) Ingen,0 3)Ja, 3 MEDIUM	2001: 1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV 2010: 1)Ingen 2) Nei 3)Ingen LAV 2022: 1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen,0 LAV
2005	M	1) Ja, 3 2) Nei, 0 3) Ja, 1 MEDIUM	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM	1)Ja, 3 2) Ja, 1 3)Nei,0 MEDIUM
2021	N	1) Ja, 3 2) Nei,0 3) Ja,2 MEDIUM	1)Nei, 0 2) Ingen, 0 3)Ja, 3 MEDIUM	1)Ingen, 0 2) Nei, 0 3)Ingen, 0 LAV

I denne tabellen er alle agentene satt inn i samme rekkefølge som i tabell 5, fra den eldste agent til den nyeste agent. Bokstaven til boken står fremdeles i tabellen, slik at det er enkelt å følge boken videre i analysen. Når bøkene ble satt inn i tabellen er de lest grundig. De har stilt spørsmålene i tabell 3, for å se hvordan boken posisjonerer seg til røyking og hvordan det kan konstrueres som en position for agenten. Spørsmålene er nøye valgt ut for å kunne få svar på hvor det kommer fra at det er sosiale og økonomiske forskjeller mellom røykere og ikke-røykere. Mens det har blitt lest i bøkene, og stilt spørsmål, er det blitt gjort notater, se vedlegg 2. Dette arbeidet er en tidkrevende prosess, men det er viktig å være nøyaktig, å gjøre notater slik at agentene blir gitt rett poengsum, jmf tabell 4.

Nå presenteres agentene i x og y akse for å se hvordan de posisjonerer seg til røyking. Agentene settes inn med bokstaver. Det er for å synliggjøre agentens position, og lettere kan se etter forskjeller, og om de plasseres på en bestemt måte, som skal skrives fram i del 3 i analysen.

Figur nr 1: Forskjeller i fordelingen av disposisjoner over tid



Når man ser på figur 1 ser man at agentene deler seg inn i tre klynger, fra nå kalt grupper, der agenter som er lik i kapitaler er i samme gruppe. I denne delen av analysen, skal det sees på om det er noen forskjeller mellom gruppene, jmf kapittel 5.1. 5.2 og 5.3.

5.1 Gruppe en

Denne gruppen inneholder agentene A,B,C,D,E og F. Disse agenter ser man er plassert lavt på økonomisk, kulturell og sosial kapital. Det er ingen eller lite fokus på røyking hos agent A,B,C.

Hos agent D (Jervell, 1941 s. 231) (Jervell, 1951, s. 231) er der et eget avsnitt om tobakksbruk, hvor der står at man skal prøve å unngå tobakksbruk, men man skal vise skjønn, det skrives at det kan være lurt av sykepleieren å gi etter hvis pasienten ønsker å røyke, dette avsnittet gjelder omsorg til psykiatriske pasienter

I forhold til svangerskap er det nevnt at gravide bør ikke røyke i fare for å skade fosteret (Jervell, 1941 s. 259) (Jervell, 1951, s. 259). Det er også nevnt at ved laryngitt må man skåne stemmen og unngå tobakk (Jervell, 1941 s. 395) (Jervell, 1951, s. 395). Det er ingen forskjeller angående tobakksbruk i de to utgivelsene.

I Jervell (1960) kommer Lærebok for sykepleiere, bok E, nå i 8 bind , Disse bøkene posisjonerer seg likt som tidligere lærebøker han har gitt ut, de inneholder ingen ny informasjon om røyking. 7 år senere kommer bokserie F ut. Der er NSF som viderefører jobben Jervell har lagt ned, og det kommer 12 bind i denne serien. I denne serien forklares det for første gang hvorfor tobakk har en sammenheng med sykdom, og hvorfor pasienter ikke skal røyke. Både lærebøker E og F er lav på økonomisk, kulturell og sosial kapital.

Felles for positionerne som agenter er at de skårer lavt på alle kapitalene. I tidsepoker kommer alle disse bøkene fra før 1970. Når vi vet at det er et stort brudd rundt 1970, med streng lovgivning etter forskning på skadevirkninger, er det kanskje ikke så rart at disse agentene har lite vekt på helsegevinst i forhold til røykestopp, og at det ikke legges vekt på samfunnets kostnader, når det ellers i samfunnet ikke er lagt vekt på det heller. Det har enda ikke kommet veldig mye kunnskapsbasert viten om røyking, så da er det naturlig at det ikke er stort fokus på det. Vi vet at i etterkrigstiden har tobakk status som nødvendighetsgode (Lund og Lund,2018). Man kan tenke seg at det er derfor tobakksbruk får liten plass i litteraturen.

5.2 Gruppe to

Denne gruppen består av agentene G,H,I,J,L og N. Felles for disse agenter er at de legger stor vekt på helsegevinst i forhold til røykestopp. De skårer alle medium på økonomisk kapital, kun utgave fra 2015 av J, som skårer høyt i økonomisk kapital. Grunnen til at den skårer høyere på

økonomisk kapital er at det er lagt vekt på komplikasjoner på grunn av at pasienten røyker, røyking kan føre til økt liggedøgn, som igjen fører til merkostnader.

Giæver skriver at høy alder, kronisk lungesykdom, gjennomgått thorax- eller abdominal kirurgi samt røyking øker risiko. Sykehusopphold forlenges med gjennomsnitt 7-9 dager. Mortaliteten er i større studier rapportert mellom 20 og 40% (Giæver, 2015, s.173-174).

Disse agenter har også skåret medium på kulturell kapital fordi det er kunnskapsbasert viten om røyking. Bøkene bak agentene er skrevet etter 1985, og da vet vi at det er mer forskning på røyking. Fra 1950-årene begynte de første store studiene på røyking å dukke opp: først lungekreft, så hjerte- og karsykdommer. I samme periode kom de første studiene av lungekreft i Norge. Samtidig startet debatten i fagmiljøet om en årsakssammenheng mellom røyking og helseskader, noe som var godt synlig i fagmiljøet på denne tiden (Kunøe og Graff-Iversen, 2002). I denne perioden begynte også andelen røykere å gå ned (Vedøy, 2022).

Disse agentene skåret lavt på sosial kapital på grunn av at røyking omtales ikke som en sosial aktivitet, eller at sosial klasse og sosial kapital røykeren har, ikke omtales.

5.3 Gruppe tre

I klynge tre finnes agentene M og K. Disse agenter blir samlet i samme klynge, selv om de ikke skårer helt likt i kapitaler. Agent K skrives av lungelegene Gulsvik og Bakke. Den skiller seg ut i forhold til de andre på grunn av at den omtaler røyking som er sosial aktivitet, og det omtales sosial klasse. Den skriver blant annet at røyking er sterkt knyttet til nivå av sosioøkonomisk status. Jo lavere utdanningsnivå er, desto mer røyking er det (Gulsvik og Bakke. s.67). Den beskriver også at utdanningsnivå er en av faktorene som i størst grad har betydning for røykevanene (Gulsvik og Bakke. s.64). Agent K har blitt plassert som høy på både sosial, kulturell og økonomisk kapital.

Agent M omtaler røyking som sosial aktivitet, men sosial klasse er ikke nevnt. Den er plassert i nærheten av agent L på grunn av at den har skåret medium på både kulturell, økonomisk og sosial kapital.

Begge disse er gitt ut etter år 2000. Agent K i 2004 og M i 2005. I perioden etter år 2000 er det flere endringer i tobakksskadeloven som vedtas, også forbud av røyking på serveringssteder. I denne perioden er det også masse kampanje fra helsedirektoratet, Det fremgår: “Hver eneste sigarett skader deg”, og en utredning fra Nasjonalt folkehelseinstitutt konkluderer med at 16 % av alle dødsfall skyldes røyking (Lund og Lund, 2018). Så man kan på den ene siden forstå at disse posisjonene som uttrykk for at det i disse årene kommer mer fokus på i hvilken grad røyking omtales som en sosial aktivitet, og om sosial klasse til røykeren er nevnt.

Når man ser samlet på disse tre gruppene ser man at utgivelsene i samme tidsperiode er i samme gruppe. Forskjellene på gruppene er at de eldste utgivelsene medfører at agenter med lav røyke kapital, og etter 1970, får agentene mer kunnskapsbasert viten om røyking slik at de får høyere røyke kapital. Man har fra gruppe 1 der det nærmest ikke er fokus på røyking i det hele tatt, verken i forhold til skadevirkning, eller være omtalt som sosial klasse, til at det i gruppe to og tre er lagt stor vekt på helsegevinst i forhold til røykestopp, og det er kunnskapsbasert viten om røyking. Det som er spesielt med gruppe tre, og som skiller dem fra gruppe 2, er at disse bøkene i større grad omtaler røyking som sosial aktivitet, og sosial klasse omtales. Man kan tenke seg at lærebokforfatterens posisjoneringer i forhold til røyking er basert på deres egen kapital og dermed position som agent, likeså mye som de baserer seg på forskning. I neste kapittel, del tre av analysen, skal vi se nærmere på hvordan man kan konstruere en teori om holdning til tobakk.

6.0 Analyse del 3: Konstruksjon av en teori om holdning til tobakk

I dette kapittelet, del tre av analysene, gjøres en konstruksjon av en teori om holdning til tobakk, og hvordan lærebøkene posisjonerer seg til røyking og hvordan det motsvarer deres posisjon som agent i det sosiale rom. Det vil bli presentert de forskjellige posisjonene sin plassering og forsøke å forklare hvordan det kan ha seg at det ser slik ut. Her vil Bourdieus teorier satt på spill, og det vil bli forsøkt å konstruere habitus. I dette kapitlet vil lærebøkene fremdeles bli inndelt i tre grupper slik agentene ble fordelt i x-y akse (figur 1), for å lettere sette dem opp mot hverandre, og kunne se etter brudd.

6.1 Gruppe en

I agenter A,B,C og D er det doxa at røyking ikke er nevnt.

Lærebok forfatterens posisjon som agenter i det sosiale rommet og i feltet har vært preget av utdanning og kjønn. Det var ikke vanlig at kvinner var redaktører i denne perioden. Nissen ga ut lærebok A anonymt (Martinsen, 2000, s.252) som tyder på at det ikke var sosialt akseptert at kvinne og sykepleier å gi ut lærebok til tross for at hun hørte til overklassen (vedlegg 4).

Verken agent A, B eller C nevner ikke røyking. I denne perioden da lærebok A ble gitt ut, var sigarettøyking en norm overtredende atferd som, særlig for kvinner, signaliserte uanstendighet og promiskuitet. Det var udannet, simpelt og vulgært å røyke. I flere tiår var den moralske fordømmelse av sigarettene sterk nok til å hindre at andre enn en liten gruppe mennesker, som for eksempel bohemkretsen i Kristiania, røykte (Lund og Lund, 2018). I 1906 tok Tiedemanns Tobaksfabrik for første gang i bruk den automatiske sigarett maskinen. Produksjonen øker, og prisene går ned. masseproduksjon av sigaretter som førte til avsetningsproblemer.

Tobaksprodusentene begynte da å reklamere og de første kjendis-kampene for røyking startet. For kvinner var røyking fortsatt norm overtredende (Lund og Lund, 2018)

Først når agent D fra 1941 kommer, skrives det at røyking bør unngås av gravide (Jervell, 1941s 327). Det skrives også for første gang at røyking bør unngås, men man bør ikke stresse opp pasienten ved å nekte pasienten å røyke (Jervell, 1941, s.231). Man kan si at det er et brudd, da skadevirkninger av røyking er blitt nevnt i lærebøker. Samtidig er det viktig at sykepleiere som skal støtte pasienten, ikke stresser pasienten med at pasienten ikke skal røyke. Det kan være

vanskelig nok å få pasienten til å bruke tobakk med måte. Det er visdom i ordet “gammel vane vond å vende” (Jervell, 1941, s.231). Man skal prøve å unngå tobakk, men man må ta hensyn til den enkelte pasient.

I perioden for agent D, var det ikke mye forskning på skadevirkning av tobakk. Norge var i krig, men tobakk ble ansett som så viktig at rasjoneringskort på tobakk innføres. Måneds rasjon var 160 sigaretter for menn og 80 sigaretter for kvinner (Lund og Lund, 2018). Vi ser at kvinner ikke får like mange sigaretter som menn, man kan tenke at kvinner ikke er like viktige som menn, siden de ikke i like grad var aktiv i arbeidslivet (Lund og Lund, 2018) Andre utgave av lærebok D som ble utgitt i 1951, var det ingen forskjell på posisjoneringen til røyking. Det kan være at røyking fremdeles ble ansett som viktig. Det vises da Marshallhjelpen benyttes for å finansiere import av tobakk fra USA i etterkrigsårene (Lund og Lund, 2018).

Rundt 1950 røykte tre av fire voksne menn. Omtrent samtidig kom de første medisinske rapportene om tobakkens skadelige virkninger . Norsk tobakksindustri intensiverer sin markedsføring – særlig rettet mot kvinner som i økende grad har gått ut i yrkeslivet (Lund og Lund, 2018). Etter den annen verdenskrig, da myndighetene gav tobakk status som et nødvendighetsgode og bl.a. brukte Marshall-hjelpen for å forsyne befolkningen, fortsatte innslaget av røykere å stige hos begge kjønn og i alle sosiale lag. I 1950-årene røykte ca. 70 % av mennene, mens andelen røykere blant kvinner var drøyt 20 % og økende, særlig blant de yrkesaktive. I 1952 røykte 74 % av norske mannlige leger og 44 % av de kvinnelige. Frem mot 1975 ble røyking blant menn kraftig redusert, mest blant dem med lang utdanning og høy inntekt. (Lund og Lund 2005) . Når vi ser hvor mange leger som røykte i denne perioden (Lund og Lund 2005), og at det stort sett var mann som skrev lærebøker, så er det kanskje ikke så rart at tobakkens skadevirkninger er sentrale hos agentene heller.

6.2 Gruppe to

I denne gruppen hvor H,I,J,K,M,P er plassert, har det skjedd stor utvikling. Fra at røyking ikke er nevnt, eller frarådes, til at det blir større fokus på røykeslutt, og det er større fokus på røyking. I forhold til økonomisk kapital legges det vekt på helsegevinst i forhold til røykestopp, og det

legges i noen grad vekt på samfunnets kostnader. I denne klyngen framgår det i noen grad en rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse. I forhold til kulturell kapital omtales røyking ikke som et kulturelt fenomen, og utdanning nevnes ikke i forhold til røyking. Det er i denne klyngen kunnskapsbasert viten om røyking som gjør at disse bøkene har skåret til medium i kulturell kapital. I forhold til sosial kapital så omtales røyking ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.

Hos G er passiv røyking er for første gang nevnt. Og at det må bli økende aksept for røykfrie miljø (Almås, 1985 s.234-235) Røykeslutt kurs nevnes. Sykepleieren har ansvar for informasjon om røykestopp i forbindelse med kirurgi. For første gang er nikotin nevnt i forbindelse med lungesykdommer. Røykestopp anbefales både pre og postoperativt. Røyking og skadeomfang tar mer plass hos agenten. Sykepleiere må hjelpe pasienten å slutte å røyke, og informere pasienten om skader. Røyking regnes som dokumentert i kobling med lungekreft. Røyking Skadevirkninger omtales både post og pre operativt, i de fleste sykdommer som noe negativt. Agent H beskriver røyking med en overskrift som heter tobakk, røykens skadevirkninger,omhandler passiv røyking, skadevirkninger, lungekreft og hjerte og karsykdommer. Røykeavvenning. Røyke praktik har stor plass i boken, men røyking omtales ikke som en sosial aktivitet, sosial klasse omtales heller ikke. Agent H legger stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad. Utdanning til røykere er ikke nevnt, men det står at røyking går gjerne i generasjoner. Det er kunnskapsbasert viten om røyking. Forfatteren har flere caser i sin bok, der han snakker om familieforhold. Da er det familiens røyke praktikk han tar opp. Sosial klasse er ikke nevnt.

Hos I legges det vekt på helsegevinst ved røykestopp, det legges noe vekt på samfunnets kostnad. Det legges noe vekt på røyking som et kulturelt fenomen, det står at røykere har kortere utdanning (Kristoffersen, 1996. s.414). Det er kunnskapsbasert viten om røyking. Det er noen grad av økonomisk og medisinsk forståelse.

Typisk for alle agentene i gruppe to, er at det legges vekt på helsegevinst i forhold til røyking. Det er kanskje ikke så rart at fokuset blir skadevirkninger, når vi vet at det er i denne perioden at

det er mye forskning på røyking, og skadevirkning etter røyking. Lærebokforfatterne er agenter i det sosiale rommet, og speiler kanskje samfunnet rundt seg. Staten kommer også med flere føringer.

I 1971 ble det et stort brudd, Statens tobakksskaderåd opprettes ved kongelig resolusjon. Rådet, som ble ledet av Kjell Bjartveit fram til 1993, skulle holde seg orientert om forskningsresultater, påvirke røykevaner i helsegunstig retning, fungere som informasjonskilde og ta initiativ til vitenskapelige undersøkelser (Lund og Lund, 2018). Mye av det som skjer på 1970-tallet er viktig for fremtidig holdninger for tobakk.

I 1975 trer Tobakksloven i kraft og setter bl.a. en stopp for mer enn 60 års mer eller mindre sammenhengende reklamevirksomhet for tobakk (Lund,2018.) I 1980 utgir Statens arbeidstilsyn retningslinjer om behandling av passiv røyking på arbeidsplasser, og i 1988 trer den såkalte «røykeloven» inn. I fra 2010 må Tobakksvarene skjules i butikkene, og fra 2011 får tobakkspakkene bildeadvarsler (Lund,2018). Økningen i røykingen i første halvpart av 1900-tallet skjedde i et samfunnsmessig klima hvor sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og eleganse. De som tidlig tok opp nye vaner, var i kraft av sosial status effektive læringsmetoder og bidrog til at røyking ble spredt til andre befolkningsgrupper (Lund og Lund 2005). Røyking hadde en dyp forankring i det sosiale liv, og atferden ble praktisert av både leger og toppidrettsfolk. Røyking ble vist gjennom TV-programmer, filmer, avisbilder og reklameannonser. Som rollemodeller må vi anta at legene sendte ganske sterke positive signaler om røyking til allmennheten (Lund et.al 2009). Hvis legene tenker at det er greit å røyke, kan man forstå at resten av befolkningen synes at det var greit. I det sosiale rommet kan man anta at legene ligger fremdeles litt over resten av befolkningen. De blir sett opp til.

Agentene etter 1985 har skåret medium på kulturell kapital fordi det er kunnskapsbasert viten om røyking. Vi vet at det er mer forskning på røyking, og fra 1950-årene begynte de første store studiene på området å dukke opp: først lungekreft, så hjerte- og karsykdommer. I samme periode kom de første studiene av lungekreft i Norge. Samtidig startet debatten i fagmiljøet om en årsakssammenheng mellom røyking og helseskader, noe som var godt synlig i fagmiljøet på denne tiden (Kunøe og Graff-Iversen, 2002). I denne perioden begynte også andelen røykere å gå

ned (Vedøy, 2022). Felles for disse posisjonene er at de har skåret lavt på sosial kapital på grunn av at røyking omtales ikke som en sosial aktivitet, eller at sosial klasse og sosial kapital røykeren har, omtales ikke.

6.3 Gruppe tre

Denne gruppen inneholder agentene M og K. I forhold til økonomisk kapital så er det i begge posisjoner lagt vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke for lunge pasientene. Hos agent K legges det vekt på samfunnets kostnad, det er nevnt med økte liggedager på sykehus, og økt mortalitet, samt økt disponering for andre sykdommer. Det viser rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse. Det legges vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke hos begge agenter. Det er hos begge agenter kunnskapsbasert viten om røyking. Position K skårer høyt på økonomisk kapital, posisjon M skårer Medium.

I forhold til kulturell kapital omtales røyking hos agent K som et kulturelt fenomen og utdanning nevnes i forhold til røyking. Det er kunnskapsbasert viten om røyking i begge posisjoner.

Utdanningsnivå er en av faktorene som i størst grad har betydning for røykevanene (Gulsvik og Bakke. s.64). Agent M skårer medium på kulturell kapital, agent K skårer høyt. Grunnen til det er at hos K omtales også sosial klasse. Røyking er sterkt knyttet til nivå av sosioøkonomisk status. Jo lavere utdanningsnivå er, desto mer røyking er det (Gulsvik og Bakke. s.67).

I forhold til sosial kapital omtales røyking som en sosial aktivitet hos begge agenter. Hvor M skårer medium på sosial kapital, skårer K høyt. Grunnen til at lærebok M blir plassert nært lærebok K er at bok M, i motsetning til lærebøkene i klynge 2, er at røyking omtales som en sosial aktivitet, og dermed skårer høyere på sosial kapital enn bøkene i klynge to. I x-y figur 1 står bok L og N med litt avstand, for å illustrere at agent L er den som skårer høyest.

Det er spesielt agent K som skiller seg ut i forhold til de andre på grunn av at den omtaler røyking som er sosial aktivitet, og det omtales sosial klasse. De skriver blant annet at røyking er sterkt knyttet til nivå av sosioøkonomisk status. Jo lavere utdanningsnivå er, desto mer røyking

er det (Gulsvik og Bakke. s.67).De skriver også at utdanningsnivå er en av faktorene som i størst grad har betydning for røykevanene(Gulsvik og Bakke. s.64)

Når vi ser på agenternes posisjoneringer gjennom tiden ser vi at de har posisjonert seg forskjellig. De første agenter i gruppe en er lave på økonomisk, kulturell og sosial kapital. Det er ingen eller lite fokus på røyking. Kanskje er det på grunn av at det ikke var fokus på røyking i den medisinske verden gjort at lærebok forfatterne, som er agenter i det sosiale rommet, ikke har fokus på skadevirkningene av tobakk, når det ikke er fokus på det ellers i samfunnet, og i den medisinske verden.

Den vedvarende overrepresentasjonen av personer med kort utdanning blant røykerne er kjent. Røyking har oftest kun vært med som en av mange determinanter for sosiale ulikheter i helsestatus eller inngått som en komponent i brede kartlegginger av generell helseatferd mellom grupper (Lund og Lund 2005) Nå er det stort sett mennesker med lav utdanning og jobber med lav sosial status som røyker (Vedøy, 2018).

7.0 Konklusjon

Denne studien startet med en undring hvorfor det var så store sosiale og økonomiske forskjeller blant røykere og ikke-røykere, og om historien vår var grunnen til at det ble slike ulikheter.

I denne delen av oppgaven kommer en oppsummering, og svar på forskningsspørsmålene.

Samfunnets holdninger til tobakk har forandret seg gjennom tidene. I de epokene som har blitt tatt for seg i denne studien, er det tydelig at det har endret seg enormt fra å være moderne å røyke fram til forskning viser at det er skadelig å røyke. Mennene startet først å røyke, og det var ressurssterke mennesker som røykte. Da det ble overproduksjon av sigaretter, ble det brukt kjente personer som reklamerte for tobakk. Etterhvert ble reklamen også rettet mot kvinner, der den selvstendige kvinnen ble fremmet. Når forskning viste at røyking var skadelig, ønsket staten å begrense røyking. Fremtredende lovgivning ønsket å redusere røyking. Det ble brukt skremsel for å få mennesker til å slutte å røyke. Nå er det stort sett mennesker med lav sosial status og lav økonomisk status som røyker.

De sosiale og økonomiske ulikheter vises blant røykere og ikke-røykere. Det har skjedd en utvikling når det gjelder den sosiale og økonomiske kapitalen til røykere. Før var det moderne og fint og røyke, og det var gjerne personer med høy økonomisk, kulturell og sosial kapital som røykte. Nå har denne utviklingen snudd, og det er personer med lav økonomisk og sosial kapital som røyker. Forskning viser at nå er det personer med kort utdanning og lav inntekt som røyker. Undersøkelsen viser at det er en tett sammenheng hvilken posisjon man har i det sosiale rommet. De med høy sosial, kulturell og økonomisk kapital og de med lav kapital har ikke det samme utgangspunktet til å utnytte seg av de kunnskapsbaserte kunnskaper. Kun om man er i besittelse av høy kapital kan man utnytte seg av kunnskapen og ha grunnlag til å ta de riktige valgene for egen helse.

Holdningene til røykere i dag kan vi ut fra teorien om den sosiale praktik om røyking, som har endret seg gjennom tidene, med en strukturell likhet til dispositionerne. Agentene hadde i første periode lav mengde økonomisk, kulturell og sosial kapital, og lite fokus på røyking, til i den seneste perioden å ha stor fokus på helsegevinst i forhold til røyking. Det er forandringer som kan forklares med fremvekst av en rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse som kan gjøre at

man ser på røykere enn en annen måte enn ikke-røyker. Kunnskapsbasert viten om røyking gjør også at det er lettere å ta valg som er helsebasert, og holdningen er i stigende grad at man er 'fortapt' om man ikke treffer det riktige helsebaserte valg.

8.0 Videre forskning

Røyking er et tema som engasjerer mange, og det vil videre være et tema som opptar mange. Røyking vil fremover være tema for videre diskusjon. Det at ikke alle slutter å røyke når man vet at det er skadelig å røyke, kan gi rom for videre forskning på røyking som sosial praktikk. Man kan gjøre registrant analyser av politiske og faglige posisjoneringer i forhold til røyking generelt.

Andre studier kunne omfavne intervjuer av røykere, eksrøykere og personer som aldri har røykt, der man ser på sosial klasse, og hvordan røykere selv opplever omtalen av sosial klasse i forhold til røyking. Man kan også se på de forskjelliges posisjon, disposisjon og posisjoneringer i det sosiale rommet. Det hadde vært interessant å se hvordan historien til disse menneskene hadde det vært, om det er store forskjeller på økonomi i barndommen, utdanning til foreldre eller foresatte har påvirket deres syn på tobakk.

I og med at denne studien kun har brukt norske lærebøker som empiri, kunne det vært interessant å se på lærebøker i andre land, for å se på om utviklingen har vært lik der. Hvis det hadde vært forskjeller kunne man sett på hvorfor det er forskjell på landene.

9.0 Perspektiver for praksis

Basert på den teori om den sosiale praktikken for røyking som er konstruert i oppgaven, er det blitt gitt forklaringer på hvorfor praktikken er som den er, og hvorfor vi har de holdninger til røykere som vi har.

Denne delen av oppgaven retter blikket framover, og se på perspektivene i forhold til videre klinisk praksis, og hva jeg ønsker at helsesystemet og samfunnet kan gjøre for å behandle mennesker som røyker. Når vi vet at det er mennesker med lav kapitaler som røyker, så må vi møte pasientene våre med respekt, men også en nysgjerrighet, å tørre å snakke om røyking, og spørre hvorfor de røyker. Vi må tørre å spørre om de ønsker å slutte. Vi må spørre hva de tror hjelper seg å slutte, hvis de ønsker å slutte å røyke. Vi kan ikke ta for gitt at de samme virkemidlene hjelper for alle. Ved samtale med pasienter er det viktig at vi snakker på en slik måte at de forstår hva vi sier, da er det viktig å vite noe om kapitalene til menneskene, slik at vi møter de på sitt nivå.

Hva betyr det for oss i helsevesenet som arbeider med mennesker som har blitt syke av røyking, når man vet at de kunne sluttet, og fått bedre helse. Hvordan helsearbeideren ser på mennesket som har valgt å fortsette å røyke når man ser hvor syke det har blitt. Behandler vi mennesker med ulik sosial status på samme måte, eller er det lettere å samhandle med mennesker som er mest lik oss i kapitaler, da vi lettere klarer å identifisere oss med dem.

Hvordan kan vi påvirke barn og ungdom til å ikke begynne å røyke i fremtiden? Er det lover og regulering som forhindrer dem å begynne å røyke, er det å få tilgang til mye forskning, eller er det ved å samtale med ungdommen som forhindrer dem? Det er ikke sikkert at samme informasjonsmåte virker på alle. Det som kan motivere noen, kan skremme andre. Da tenker jeg at det er viktig å vite noe om ungdommens habitus og kapitaler, slik at man kan samtale på en måte som gjør at man motiverer til å ikke starte å røyke, vi må være agenter i det sosiale rommet, der vi kan nå ungdommen slik at vi kan forebygge at ungdom starter å røyke.

Referanser:

- Aakvaag G. C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.
- Almås, H. (1985). *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Almås, H. (1992). *Klinisk sykepleie*. (Red.), Universitetsforlaget
- Almås, H. (2001). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 1*. (Red.), Gyldendal Akademisk
- Andreassen, G. T., Hægeland, A., & Wilhelmsen, I. (1992). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Austgard, K., & Hovland, B. (2017). *Rikke Nissen I kamp og kjærlighet*. Verbum Forlag
- Bakke, P. (2023,13. mai) *Per Sigvald Bakke* [Per Sigvald Bakke | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dāvøy, G., & Grønseth, R. (2010), *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørnes,A.K, Gjevjon,E.R, Grov,E.K& Holter, I.K (2022) *Sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Boge, J. H. (2021). Ei praxeologisk tilnærming til konstruksjoner av samfunnsvitenskapleg viten. *Praxeologi- Et kritisk refleksivt blick på sosiale praktikker*. 3, s. e3161
<http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>
- Bourdieu, P. (1998). *Tre former for teoretisk viden*. I K. Petersen & S. Callewaert (Red.), *Pierre Bourdieu*. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori (s. 72-108). København:

Akademisk forlag.

Callewaert, S. (1997). *Om den praktiske sans som noget kropsligt*. I P. o. R. Institutt for

Filosofi (Red.), *Bourdieu-studier* København: Københavns Universitet Amager.

Christine Råheim Borge, uio. <https://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/chrisrb/index.html>

Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M., Koch, A., & Skaug, E.-A. (2005), *Grunnleggende sykepleie*.

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dysthe, K. (2019.03 september) *Mange små skritt gjorde Norge nesten røykfritt*. Helsebiblioteket

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/aktuelt/mange-sma-skr-itt-gjorde-norge-nesten-roykfritt>

Frederiksen, J (2016) *Tverrprofesjonelle velferdsprofesjoner*. Doktoravhandling (Roskilde

Universitet) <https://docplayer.dk/24413244-Tvaerprofessionelle-velfaerdsprofessioner.html>
1

Frydenlund, B. (2020, 27.oktober) Året 1814.

<https://www.norghistorie.no/grunnlov-og-ny-union/1312-%C3%85ret-1814.html>.

Førsund, A. J. (1996). *Generell sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Førsund, A. J. (2001). *Generell sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Giæver, P. (2002) *Lungesykdommer*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Giæver, P. (2015) *Lungesykdommer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gulsvik, A. og Bakke, P. (2004) *Lungesykdommer: En basal innføring*. Bergen: Fagbokforlaget

Gulsvik, Asmund Cappelendamm,

<https://cappelendamm.no/forfattere/Amund%20Gulsvik-scid:38744>

Grov, E. K., & Holter, I. (Red.). (2015). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Grønseth, R. (Red.). (2010). *Klinisk sykepleie*: (4. utg., Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grønseth, R. *OsloMet ansatte* <https://www.oslomet.no/om/ansatt/randig/>

Harrits, G. S. (2017). Pierre Bourdieu. Oslo: Jurist og Økonomforbundets Forlag

Henrichsen, H. (1972). *Lærebok for sykepleieskoler*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Horne, R. (2016) *Like barn leker best*. En praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengende barn og unge (Doktoravhandling, universitetet i Berger. Bora:

<https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/15253/dr-thesis-2016-Rolf-Horne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jervell, A. (Red.). (1941). *Lærebok for sykepleiersker*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Jervell, A. (1951). *Lærebok for sykepleiersker*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Kaada, B. (1978). *Norges Læger: 1976*. Den Norske Lægeforening

Kjeldstadli, K. (2015, 25. november). Ulike klasser, ulik utdanning.

<https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1613-ulike-klasser-ulik-utdanning.html>.

Kristoffersen, N. J. (Red.). (1996). *Generell sykepleie* (? utg., Vol. 1-3). Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (Red.). (2001). *Generell sykepleie* (? utg., Vol. 1-3). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie* (? utg., Vol.

2). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kobro, I. (1908). *Norges Læger: 1800-1901.1* (3.utgave). Centraltrykkeriet

Kobro, I. (1915). *Norges Læger: 1800-1908. 2* (3. utgave). A.I.B Cammermeyers forlag

Kobro, I. (1938). *Norges Læger: 1926-1936*. H. Aschehoug og Co (W. Nygaard)

Kropp, K. (2009). *Refleksiv sosiologi i praksis: empiriske undersøgelser inspireret af Pierre*

Bourdieu. Hans Reitzel Forlag

Kvam, M (30.april 2021). Helsekader ved røyking . NHI. [Helsekader ved røyking - NHI.no](#)

Kunø N og Graff-Iversen, S (30.januar 2022) *Røyking i den populære helse litteraturen*

1940-60. Tidsskriftet Den norske legeforening. [Røyking i den populære helselitteraturen i årene 1940 – 60 | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

Lange, E. (2021, 27. april) Verdenskrise og økonomisk omstilling. Hentet 27. sep. 2022 fra

<https://www.norghistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1609-verdenskrise-og-okonomisk-omstilling.html>.

Lerheim, K., Borchgrevink, O., Breiland, O., & Juvkvam, R. (Red.). (1972). *Lærebok for*

sykepleieskoler (? utg., Vol. 1-12). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Lund, K.E, Lund, M og A Bryhni (24. september 2009) *Tobakksforbruket hos kvinner og menn*

1927-2007. Tidsskriftet for Den norske legeforening. [Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927–2007 | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

Lund, K.M og Lund, M (3. mars 2005) Røyking og sosiale ulikheter i Norge [Røyking og sosial](#)

[ulikhet i Norge | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

Lund, K.M (19 juni 2018) Tobakk i historien

<https://www.fhi.no/nettpub/tobakk norge/tobakk-i-historien/historisk-oversikt-over-tobakk-i-norge-1619-2018/>

Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjerningen og kallet. I R. Nissen (Red.), *Lærebog i sygepleien for Diakonissen*. Gyldendal Akademisk

Mathisen, J. (2017). Kunnskapen som formet faget- fire tekster om sykepleie i fagets pionertid. I.

Å. Fause (Red.), *Glimt fra sykepleiefagets historie* (s. 169-192). Vigmostad & Bjørke AS

Mellbye, F. (2019, 29. august). *Anton Jervell*. Store Norske Leksikon.

https://snl.no/Anton_Jervell

Melbostad, E. (1989) *Lungesykdommer*. Oslo, Universitetsforlaget.

Moseng, O. G. (2012). *Fremvekst og profesjonalisering Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år* (1912- 2012). Bind I Norsk Sykepleierforbund

Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Kristiania: U. J. Rolstad. Oksavik,

W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. M. Dāvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.),

Myhre, J.E. (25015, 25. november) Levekår og dagligliv.

<https://www.norghistorie.no/bygging-av-stat-og-nasjon/1402-levekar-og-dagligliv.html>

Oksholm, T. & Råheim C.B (2021) lungesykepleie. Bergen: Fagbokforlaget

Olaussen, T. (1961). Kirurgisk sykepleie. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiere: Kirurgiske sykdommer*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Schiøtz, A. (2003). Folkets helse- landets styrke 1850-2003. Oslo: Universitetsforlag

Sofus Widerøe. (5. juni 2018). *Wikipedia*. Hentet 7. januar 2023 kl. 16:06 fra

https://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Sofus_Wider%C3%B8e&oldid=18600983.

Skaset, M. (2003). Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985. I A. Schiøtz

(Red.), *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (1. utg., Vol. 2, ss. 499-548). Oslo:

Universitetsforlaget.

Stubberud, G. *Forfattere Gyldendal*

<https://www.gyldendal.no/forfattere/dag-gunnar-stubberud/a-10019003-no/>

Sørensen, U. (2015). *Sykepleieboken: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo:

Cappelen Damm Akademisk.

Thornquist, E (2018) *Vitenskapsteori* Bergen, Fagbokforlaget

Trine Oksholm, Cristin, <https://app.cristin.no/persons/show.jsf?id=2208>

Petter Giæver, universitetsforlaget https://www.universitetsforlaget.no/Petter-Giaever_

Vedøy, Tord.Finne (14.februar.2017). Hvorfor har røykevanene endret seg i Norge. FHI.

<https://www.fhi.no/ml/royking/hvorfor-har-roykevanene-endret-seg-i-norge/>

Vedøy, Tord Finne (19- juni 2018) *Sosiale ulikheter i bruk av tobakk*. FHI [Sosial ulikhet i bruk](#)

[av tobakk - FHI](#)

Vedøy, Tord Finne og Sæbø,Gunnar (19.juni.2018) utbredelse av røyking i Norge-FHI

[Utbredelse av røyking i Norge - FHI](#)

Waage, H. R. (1901). *Lærebog i sygepleie*. Kristiania: Aschehoug & co.

Waage, H. R. (1914). *Lærebok i sykepleie*. Kristiania: Aschehoug & co.

Vedlegg:

Vedlegg 1 Søkestrategi artikler

Søkeord: Sosiale ulikheter:

Database: Google Scholar

Treff: 2860

Funn:

- Sosial ulikheter i bruk av tobakk
- Røyking og sosiale ulikheter i Norge

Søkeord:Røyking

Database: Google Scholar i bruk av tobakk

Treff: 156

Funn:

- Sosiale ulikheter i bruk av tobakk
- Røyking og sosiale ulikheter i Norge
- Røyking i den populære helselitteraturen i årene 1940-60

Søkeord: Røykevaner

Database: FHI

Treff: 47

Funn:

- Hvordan har røykevaner forandret seg i Norge
- Utbredelse av røyking i Norge
- Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2022
- Sosial ulikheter i bruk av tobakk

Søkeord: Tobakksforbruket.

Database: Google Scholar.

Treff:120

Funn: - Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927-2007

Oversikt over studier innlemmet i studien

Nr	Forfatter	Utgitt	Overskrift	Lenke
1	Nikolaj Kunøe Sidsel Graff-Iversen	30.01.2002	Røyking i den populære helse litteraturen i årene 1940-60.	Røyking i den populære helselitteraturen i årene 1940 – 60 Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
2	Karl Erik Lund Ingeborg Lund	03.03 2005	Røyking og sosiale ulikheter.	Røyking og sosial ulikhet i Norge Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
3	Karl Erik Lund Ingeborg Lund Anders Bryhni	24.09.2009	Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927-2007.	Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927–2007 Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
4	Tord Finne Vedøy	14.02.2017	Hvorfor har røykevanene endret seg i Norge?	Hvorfor har røykevanene endret seg i Norge? - FHI
5	Tord Finne Vedøy Gunnar Sæbø	19.06.2018	Utbredelse av røyking i Norge.	Utbredelse av røyking i Norge - FHI
6	Tord Finne Vedøy	19.06.2018	Sosiale ulikheter i bruk av tobakk.	Sosial ulikhet i bruk av tobakk - FHI
7	Karl Erik Lund Ingeborg Lund	19.06.2018	Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2022	Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2022 - FHI

Vedlegg 2. Søkestrategi lærebøker:

Søket etter lærebøker ble gjort i Nasjonalbiblioteket.

Søk 1: Sykepleie

Funn : 19 619

Utvalg: 46

Års tall	Tittel på lærebok	Forfatter	Antall bøker
1877	Lærebok i sygepleje for diakonisser	Rikke Nissen	1
1901 1914	Lærebog i sygepleje.	Hans Riddervold Waage.	1901: 1 1914: 1
1921 1926	Haandbok i sykepleien/ Lærebok i sykepleie	Kristian Grønn Sofus Widerø.	1
1941 1951	Lærebok for sykepleiersker	Anton Jervell	1941 3 bind 1951 3 bind
1960	Lærebok for sykepleiere.	Anton Jervell	8
1967	Lærebok for sykepleieskoler.	NSF med Kjellaug Lerheim som formann	12
1985	Medisinsk og kirurgisk sykepleie,	Hallbjørg Almås	1985:1
1992	Klinisk sykepleie		1992: 1
1996	Generell sykepleie	Nina Jahren Kristoffersen	3

2001 2010 2022	Klinisk sykepleie	2001: Hallbjørg Almås 2010: Hallbjørg Almås Dag- Gunnar Stubberud Randi Grønseth 2022: Dag- Gunnar Stubberud Randi Grønseth	2001: 2 2010: 2 2022: 2
2005	Grunnleggende sykepleie	Nina Jahren Kristoffersen Finn Nortvedt Eli-Anne Skaug	4
2015 2022	Sykepleieboken	Ann Kristin Bjørnnes Edith Roth Gjevjon Ellen Karine Grov Inger Margrethe Holter	Ekskludert da det var et norsk dansk samarbeid.

Søk 2 Lungesykdommer

Funn: 5 157

Utvalg: 5

2002 2008 2015	Lungesykdommer	Petter Giæver	190: 1 1914:1 2015:1
2004	Lungesykdommer: en basal innføring	Amund Gulsvik Per Bakke	1
1989	Lungesykdommer	Erik Melbosdad	1

Søk 3 Lungesykepleie

Funn: 23

Utvalg: 1

2021	Lungesykepleie	Trine Oksholm Christine Råheim Borge,	1
------	-----------------------	--	---

Vedlegg 3: Lærebøker innlemmet i registrant analysen

Års tall	nr	Tittel på lærebok	Redaktør.	Forlag	Redaktørens posisjon
1877	A	Lærebok i sygepleje for diakonisser	Rikke Nissen	Diakonissehuset (originalt)	Diakonisse
1901 1914	B	Lærebog i sygepleje.	Hans Riddervold Waage,	I kommission hos H. Aschehoug & co	Lege
1921 1926	C	Haandbok i sykepleien/ Lærebok i sykepleie	Kristian Grønn Sofus Widerø.	Forlaget H. Aschehoug & co.	Overleger
1941 1951	D	Lærebok for sykepleiersker 1941 3 bind 1951 3 bind	Anton Jervell	Fabritius & Sønners Forlag	Lege og Professor
1960	E	Lærebok for sykepleiere, 8 bind	Anton Jervell	Fabritius & Sønners Forlag	Lege og Professor
1967	F	Lærebok for sykepleieskoler, 12 bind	NSF med Kjellaug Lerheim som formann	Fabritius & Sønners Forlag	Ledere i NSF
1985	G	Medisinsk og kirurgisk sykepleie,	Hallbjørg Almås	Universitetsforlaget	Sykepleier

1992		Klinisk sykepleie			
1989	H	Lungesykdommer	Erik Melbosdad	Universitetsforlaget	Lege
1996	I	Generell sykepleie	Nina Jahren Kristoffersen	Gyldendal Akademiske	Sykepleier
2002 2008 2015	J	Lungesykdommer	Petter Giæver	Universitetsforlaget	Lungelege
2004	K	Lungesykdommer: en basal innføring	Amund Gulsvik Per Bakke	Cappelen Damm	Lungelege
2001 2010 2022	L	Klinisk sykepleie	2001: Hallbjørg Almås 2010: Hallbjørg Almås Dag- Gunnar Stubberud Randi Grønseth 2022: Dag- Gunnar Stubberud Randi Grønseth	Universitetsforlaget Universitets forlaget Gyldendal Norsk Forlag AS	Sykepleiere
2005	M	Grunnleggende sykepleie 4 bind	Nina Jahren Kristoffersen Finn Nortvedt Eli-Anne Skaug	Universitets forlaget	Sykepleiere og spesial sykepleiere

2021	N	Lungesykepleie	Trine Oksholm Christine Råheim Borge,	Fagbok forlaget	Førsteamanue nsis og Ph.D sykepleiere. NSF Flu har bidrat økonomisk
------	---	-----------------------	---	-----------------	--

Vedlegg 4 Lærebøkernes disposisjon

Lærebok nr:	Bokens disposisjon
Bok A	I læreboken sitt forord skriver hun at boken er tiltenkt søstrene ved diakonissehuset (Nissen, 2000, s. 6).
Bok B	Han skriver at sykepleieren har i hovedsak to plikter, dette er å pleie syke og informere legen om pasientens tilstand (Waage, 1901, s. 1).
Bok C	Kun bok fra 1921 som er tilgjengelig fra nasjonalbiblioteket: Skrevet at sykepleie passer best for kvinner, og at det er et kall. Man kan også utdanne menn, de passer spesielt godt til å jobbe i psykiatrien. Skriver om sykepleieren plikter. Sykepleieren er bestemt og hygienisk.
Bok D	1941: 3 bind: det er særlig lagt vekt på sykepleieren, og en har prøvd å gi sykepleieren en plass de fortjener. Sykepleie bør være elevens hovedfag, øvrige fag skal kun gi de nødvendige forutsetninger for å forstå sykepleiens hensikt og oppgaver. Man skal kunne bruke boka som et oppslagsverk. (Jervell, 1941.s.8) 1951: 2 bind: Flere kapitler er skrevet om, og har nye forfattere, sideantallet er like, men satt inn i to bind. Før revisjon ble sykepleieskoler kontaktet for å få råd om forbedringer. (Jervell, 1951. s.7)
Bok E	8 bind delt inn i sykdomslære, gynekologi osv. Den viktigste forandringen er at den spesielle sykepleie samarbeidet med sykdomslære. Jervell uttaler i forordet at han håper at sykepleieskolens undervisningsplan blir forandret slik at det blir et rimelig forhold mellom teori og praksisundervisning. Det er på grunn av den stadig stigende utvikling i medisin, som også stiller krav til sykepleierens utdanning (Jervell, 1960, s.7)
Bok F	Lærebok serie i 12 bind. NSF fikk i oppdrag å redigere A.Jervell sin serie fra 1960. Grunnen til at bokserien hadde behov for revisjon var at sykepleieskolene i

	mellomtiden hadde fått nytt undervisningsprogram som gir behov for utvidet pensum (NSF, 1969, s.7)
Bok G	Skrevet for å møte økende behov for norsk sykepleie litteratur. (Almås. 1985 s.11) Bøkene fra 1992 er en videreutvikling fra 1985. Det er fremdeles praktisk rettet. Mange konsulenter har bidratt med kapitler i boka, både leger, spesialsykepleiere og sykepleiere. Det skal være en bok som skal brukes i praksis, som en oppslagsbok, men også som en undervisningsbok (Almås, 1992, s.7).
Bok H	Lungesykdom Bok. Skrevet for å øke forståelsen rundt sykdomslære. Skrevet av leger til assistenter i sykehjem, hjemmesykepleie og lignende for å få økt kompetanse i sykdomslære (Melbostad, 1989, s.9)
Bok I	Serie på 3 bind. Beregnet til bruk i grunnutdanningen i sykepleie. Bind 1 presenteres sykepleie som fag og yrke, i bind 2 er hovedvekten lagt på samspillet mellom sykepleier og pasient. I bind 3 vektlegges kunnskap, og sykepleie knyttet til menneskets grunnleggende behov, og menneskets fysiske behov er sentral. (Jahren Kristoffersen, 1996, s 8-9).
Bok J	Medisinsk bok, skrevet av leger for helsepersonell som behandler personer med lungesykdommer. Sykdomslære er sentralt. (Giæver. 2002. s8)(Giæver.2008. s7) (Giæver 2015. s,13)
Bok K	Boken er beregnet på helsepersonell for å møte behovet for en norsk lærebok skrevet av norske forfattere på norsk språk (Gulsvik og Bakke. s.7).
Bok L	2001: Videreutvikling fra medisinsk og kirurgisk sykepleie fra 1985(utgave 1), og fra klinisk sykepleie fra 1992 (utgave 2). Denne utgaven utgave 3) er ytterligere utviklet, og delt i to bind. De fleste bidragsyterne er sykepleiere (Almås 2001, s.7) 2010: I utgave 4 er antall kapitler redusert fra 46 til 36. I denne utgaven vektlegges det sykepleiefaglige perspektivet (Almås m.flere. 2010. s,7) 2022: Det legges stor vekt på fremheve og tydeliggjøre sykepleiefaglige begreper og perspektiver i læreverket. Mer vekt på pasientens opplevelse av å være syk,

	grunnleggende behov, og mestre å leve med sykdom. Kartlegging og overvåking av pasienten er nytt fra tidligere (Stubberud og Grønseth. 2022. s7)
Bok M	Generell sykepleie er en bokserie i 4 bind. De fire bøkene danner en helhet, men kan også brukes enkeltvis. I bind 1 er det fokus på sykepleierens møte med pasienten, der den individuelle samhandlingen skjer. Bind 2 og 3 presenterer kunnskaper som er nødvendig for å hjelpe pasienten til å få dekket sine grunnleggende behov, samt emner som er sentrale i sykepleie, som trygghet, håp, lindring av lidelse og mestring. Bind 4 belyser ulike sykepleieteoretiske perspektiver og setter sykepleie inn i en samfunnskontekst
Bok N	Første boken skrevet av sykepleiere til sykepleiere om lungesykepleie. Beskriver både teori, forskning og praksis.

Vedlegg 5: Lærebøkernes kapitaler

Lære bok	<u>Økonomisk kapital</u>	<u>Kulturell kapital</u>	<u>Sosial kapital</u>
	<p>Legges det vekt på helsegevinst i forhold til røykestopp</p> <p>I hvilken grad legges det vekt på samfunnets kostnad?</p> <p>I hvilken grad framgår det en rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse?</p>	<p>I hvilken grad omtales røyking som et kulturelt fenomen?</p> <p>Hvor mange ganger omtales betydningen av utdanning i forhold til røyking?</p> <p>Er det kunnskapsbasert viten om røyking?</p>	<p>I hvilken grad omtales røyking som en sosial aktivitet?</p> <p>Omtales sosial klasse hos røykere?</p> <p>Hvilken sosial kapital omtales røykeren?</p>
A	Ikke nevnt	Ikke nevnt	Ikke nevnt
B	Ikke nevnt	Ikke nevnt	Ikke nevnt
C	Ikke nevnt	Ikke nevnt	Ikke nevnt
D	Ikke nevnt som sammenheng mellom økonomisk og medisinsk forståelse, men gravide bør ikke røyke for å forhindre sykdom.	Ingen kunnskap om røyking, men en antagelse om at røyking ikke er sunt, og gravide bør unngå bruk av tobakk.	Røyking kan hindre uro og angst.
E	Ikke nevnt som sammenheng mellom økonomisk og medisinsk forståelse, men gravide bør ikke røyke for å forhindre	Man må ta hensyn til kirketiden, slik at en ikke støter folkets religiøse følelser. Utdanning er ikke nevnt, men nevnes hos inneliggende	Man taler om en lav sosial kapital, sinnslidende personer som røyker, må passes på slik at de ikke spiller

	sykdom.	pasienter med sinnslidelse.	bort penger eller tobakk.
F	Det legges vekt på sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det forklares hvorfor det er viktig at pasienter slutter å røyke, men kostnaden til samfunnet er ikke nevnt.	Kulturell kapital og utdanningsgrad til pasientgruppen er ikke nevnt, men det begynner nå å komme kunnskapsbasert viten om røyking.	Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet.
G	<p>Det legges stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke. Det legges vekt på sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det forklares hvorfor det er viktig at pasienter slutter å røyke, men kostnaden til samfunnet er ikke nevnt.</p> <p>Det legges stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad. Ingen rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse.</p>	<p>Kulturell kapital og utdanningsgrad til pasientgruppen er ikke nevnt, men det er nå kommet kunnskapsbasert viten om røyking.</p> <p>Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen.</p> <p>Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking</p> <p>Det er kunnskapsbasert viten om røyking.</p>	<p>Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet.</p> <p>Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.</p>

H	Det legges stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad.	Utdanning til røykere er ikke nevnt, men røyking går gjerne i generasjoner. Det er kunnskapsbasert viten om røyking.	Forfatteren har flere caser i sin bok, der han snakker om familieforhold. Da er det familiens røyke praksis han tar opp. Ikke økonomisk og sosial kapital, men at røykepraksis går gjerne i generasjoner
I	Det legges vekt på helsegevinst ved røykestopp, det legges noe vekt på samfunnets kostnad Det er noen grad av økonomisk og medisinsk forståelse.	Det legges noe vekt på røyking som kulturelt fenomen (røykere har kortere utdanning s.414) Omtales 1 gang Det er kunnskapsbasert viten om røyking	Røyking omtales ikke som sosial aktivitet Sosial klasse omtales. Røykere har lav sosial kapital.
J	2002: Legges vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke for kols- og lungekreft pasientene. Ingen vekt på samfunnets kostnad.Ingen rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse. 2008: Legges vekt på helsegevinstene ved å	2002: Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking Det er kunnskapsbasert viten om røyking. 2008: Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking	2002: Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke. 2008: Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.

	<p>slutte å røyke for lunge pasientene. Ingen vekt på samfunnets kostnad. Ingen rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse.</p> <p>2015: Legges vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke for lunge pasientene. Samfunnets kostnad er nevnt med økte liggedager på sykehus, og økt mortalitet. Rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse.</p>	<p>Det er kunnskapsbasert viten om røyking.</p> <p>2015: Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking</p> <p>Det er kunnskapsbasert viten om røyking.</p>	<p>2015:Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.</p>
K	<p>Legges vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke for lunge pasientene. Samfunnets kostnad er nevnt med økte liggedager på sykehus, og økt mortalitet, samt økt disponering for andre sykdommer. Rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse.</p>	<p>Røyking omtales som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes i forhold til røyking</p> <p>Det er kunnskapsbasert viten om røyking.</p>	<p>Røyking omtales som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales.</p>

L	<p>2001: Legges vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke. Ingen vekt på samfunnets kostnad. Ingen rasjonell økonomisk og medisinsk forståelse</p> <p>2010: Det legges stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad.</p> <p>2022: Det legges stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad.</p>	<p>2001: Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking Det er kunnskapsbasert viten om røyking.</p> <p>2010: Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking Det er kunnskapsbasert viten om røyking</p> <p>2022: Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking Det er kunnskapsbasert viten om røyking</p>	<p>2001: Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.</p> <p>2010: Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.</p> <p>2022: Røyking omtales ikke som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.</p>
M	<p>Det legges stor vekt på helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad.</p>	<p>Røyking omtales ikke som et kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking Det er kunnskapsbasert viten om røyking</p>	<p>Røyking omtales som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.</p>
N	<p>Det legges stor vekt på</p>	<p>Røyking omtales ikke som et</p>	<p>Røyking omtales ikke</p>

	helsegevinstene ved å slutte å røyke, og sammenhengen mellom røykeslutt og helse. Det legges ikke vekt på samfunnets kostnad.	kulturelt fenomen. Utdannelse nevnes ikke i forhold til røyking Det er kunnskapsbasert viten om røyking	som en sosial aktivitet. Sosial klasse omtales ikke.
--	---	---	---

Vedlegg 6: Sitater fra lærebøker

Lærebok	Direkte sitat fra lærebok
A	Ingen sitat
B	Ingen sitat
C	Ingen sitat
D	<p>Bok 1: Det kan være vanskelig nok å få pasienten til å bruke tobakk med måte. Det er visdom i ordet “gammel vane vond å vende” Gagnlig er tobakksbruk sikkert ikke. Og likevel kan det hende spl gjør lurt i å gi etter bønningen om “ å få en liten røyk da!” eller om bønningen om snus eller rulletobakk. Det kan hende i enkelte tilfeller forebygger et effekt utbrudd, ja til og med kanskje et uro anfall. Riktig er det å prøve å unngå tobakksforbruk i noen større utstrekning, men ta hensyn til den enkeltes situasjon (Jervell, 1941, s.231)</p> <p>Bok 3: Den svangre kvinnen trenger ikke å renonsere på de vanlige nytelsesmidler som kaffe og te, øl og lette viner er tillatt i moderate mengder. En bør frarå bruk av tobakk (Jervell, 1941s 327).</p>
E	<p>Bok 3:Kortspill gir god avkobling, men sykepleieren må påse at det ikke blir spilt om penger eller tobakk (Jervell. 1960. S,168. Gjelder til sykepleie ved sinnslidelser</p> <p>I bok 5 : Bør fra rå tobakk i svangerskapet. Ingenting nytt fra 1941 og 1951</p>
F	<p>Bok 3: Barselkvinnen kan ha moderat bruk av alkohol og tobakk er uten betydning for barnet, men all overdrivelse er av det vonde (NSF 1968 s.160)</p> <p>Bok 4A: Greier ikke pasienten å unnvære tobakk, må han i hvert fall forby å inhalere (NSF, s.118). Gjelder hjerte pasienter med angina smerter.</p> <p>Bok 4A: Buergers sykdom sees nesten aldri hos ikke-røykere, slik at man må regne tobakk som en medvirkende faktor (NSF 1968 s.142)</p> <p>Bok 4B: overdreven bruk av medikamenter, tobakk og alkohol kan være årsak til at pasienter kan få ulcus (NSF 1971 s.404).</p>

	<p>Bok 5B: Det er sykepleierens oppgave å hjelpe disse pasientene til å unngå tobakk. Nikotin frembringer vasokonstriksjon, og pasientens plager øker derfor ved røyking (NSF 1971 s.642). Disse pasientene er i denne sammenhengen pasienter som skal ta operative inngrep på arterier.</p> <p>Bok 8: Ved slimhinne katarr bør man unngå tobakk (NSF 1968 s.87).</p> <p>Bok 9: Økt syreproduksjon i magesekken av nikotin (NSF 1968 s.144).</p> <p>Bok 12: Nikotin er meget giftig (NSF 1967 s.404) nevnt under organisk kjemi.</p>
G	<p>Det er ikke bare den aktive røyking som er skadelig, men også den passive, og det er økt forståelse for røykfrie miljøer. (Almås, 1985, s.235)</p> <p>Noen mennesker klarer å ta beslutningen om å slutte å røyke, å gjennomføre den. For mange er midlertidig røyking så inngrodd del av det personlige og det sosiale mønsteret at det krever ekstremt mye å greie å bryte mønsteret (Almås, 1985, s.234)</p> <p>Røyking forverrer den postoperative situasjonen (Almås, 1985, s.249).</p> <p>Det regnes som dokumentert at det er en sammenheng mellom sigarett røyking og lungekreft (Almås 1992, s.207). Sitatene fra bok H går igjen.</p> <p>Røyking er skadelig fordi hjernen blir frarøvet noe av oksygentilførselen (Almås 1992, s.676).</p>
H	<p>Tobakk ansees som den viktigste årsaken til lungekreft (Melbostad, 1989, s.83-84)</p> <p>Tobakksrøyking ser ut til å ha skadevirkning i fosterlivet, i det røyking hos mor kan føre til lavere fødselsvekt og hyppig antall dødfødsler (Melbostad, 1989, s.102)</p>
I	<p>Gravide frarådes å røyke på det sterkeste da fosteret utsettes for helsefare (Kristoffersen, 1996, s. 288) I bok 3 står det at de fleste røykere har lav utdannelse (Kristoffersen, 1996, s. 414)</p>
J	<p>2002: Røyking, også passiv og luftforurensning, dårlig inneklime samt visse virus øker sannsynligheten på astma Giæver, 2002, s.74).</p> <p>Røykeslutt er ved KOLS eneste form for behandling som forlenger livet. I Norge</p>

	<p>røyker 1/3 del av befolkningen (Giæver, 2002, s.106). Røyking er en risikofaktor ved lungekreft, og er den viktigste årsaken (Giæver, 2002, s.223).</p> <p>2008: Anti røyking Kampanjer begynner å gi resultater (Giæver, 2008, s.84).</p> <p>2015: Kvinner er spesielt sårbare i forhold til røyking (Giæver, 2015, s.86).</p> <p>Høy alder, kronisk lungesykdom, gjennomgått thorax- eller abdominal kirurgi samt røyking øker risiko. Sykehusopphold forlenges med gjennomsnitt 7-9 dager. Mortaliteten er i større studier rapportert mellom 20 og 40% (Giæver, 2015, s.173-174).</p>
K	<p>Utdanningsnivå er en av faktorene som i størst grad har betydning for røykevanene (Gulsvik og Bakke. s.64) Ved “av-og-til” røyking er de velutdannede som er overrepresentert (Gulsvik og Bakke. s.65). Røyking er sterkt knyttet til nivå av sosioøkonomisk status. Jo lavere utdanningsnivå er, desto mer røyking er det (Gulsvik og Bakke. s.67).</p>
L	<p>2001: Bok 1:1 pipetobakk tilsvarer ca 3 sigaretter (Almås, 2001, s370). Bok 2: Røyking frarådes absolutt fordi røyking er skadelig (Almås, 2001, s1129).</p> <p>2010: Bok 1: Røyking spiller en vesentlig rolle i utvikling av sykdommen (kols). Selv om pasienten har en alvorlig sykdom som stadig forverres av røykingen, vil mange ha problemer med å slutte. Dette kan være vanskelig å forstå, og det utfordrer sykepleierens holdninger. Siden personlige holdninger til røyking vil skinne igjennom i møtet og arbeidet med disse pasientene, bør sykepleieren avklare dette med seg selv (Almås m.flere, 2010, s108)</p> <p>2022: ingenting nytt</p>
M	<p>Bok 2: I de industrielle landene er en stor del av sykdomsbyrden resultat av fem risikofaktorer: Tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og fedme (Kristoffersen m.flere 2005 s 26).</p>
N	<p>Det forventes at sykepleier snakker med pasienter om røyking. Dette bør gjøres på en måte som ikke er støtende, men med det formål om å hjelpe pasienten (Oksholm og Borge. 2021. S. 112).</p>

Vedlegg 7 Redaktørenes posisjon og kapitaler:

Rikke Nissen: Rikke Nissen kom fra en velstående familie med relativt høy økonomisk, sosial og kulturell kapital. Hun var vel utdannet, språkmektig og en pioner innen norsk sykepleieutdanning, som arbeidet for at sykepleie skulle være et embete på lik linje med lege og prester (Martinsen, referert i Nissen, 2000, s. 254- 256). Hun vokste opp i et velstående hjem med flere ulike tjenestefolk. Rikke fikk undervisning i hjemmet, og hun ble beskrevet som begavet. Senere tilhørte hun en liten privilegert gruppe av norske barn som fikk skolegang på denne tiden (Austgard & Hovland, 2017, s. 12-21).

Hans Riddervold Waage: Hans Riddervold Waage var sønn av professor Peter Waage. Riddervold jobbet blant annet som kommunelege, fiskerilege, epidemi lege og lege ved fengselet i Akershus. Han studerte kvinnesykdommer, barnesykdommer, røntgenbehandling og sykehusforhold i Stockholm, Hamburg og Berlin. Fra 1900-1914 var han diakonissehusets reservelege (Kobro, 1915, s. 537). I 1913 ga han ut en artikkel i tidsskriftet for den norske lægeförening, her gav han klart uttrykk for hva som skulle være sykepleierens rolle. Sykepleieren skulle være legens assistent. Han mente det var mange leger som ikke hadde fått erfart hvilken stor hjelp det kunne være, både for pasienter og leger å ha en vel utdannet og pålitelig sykepleier å jobbe med. Sykepleieren kunne bistå legen ved operasjoner, videre kunne hun gi beskjed om pasientens tilstand og dermed spare legen for legebesøk på ubekvemme tider. Waage ville ikke stille for store krav til sykepleieren. Det forelå planer om å gi sykepleiere høyskoleutdanning i Tyskland, men dette mente han ikke var riktig. Han mente at sykepleiere som hadde gode intellektuelle og øvrige personlige betingelser kunne klare seg med ettåring utdanning som et grunnlag for å bygge videre på. Dette dersom de skulle arbeide på landet eller i privat pleie. Til arbeid på sykehus krevde det lengre utdanning. Han mente også at det kunne være vanskelig å trekke grensen mellom sykepleier og legens arbeidsfelt. Han pekte på samfunnsmedisinske oppgaver som hørte til under sykepleien som opplysning om forebyggende tiltak mot infeksjonssykdommer, hygiene og motarbeide dårlig levesett. Han hadde sett kvinner gjøre en god jobb uten å ha et eneste kurs i sykepleie. Dette argumenterte han med at det hadde å gjøre med at disse kvinnene tilhørte det samme sosiale laget som de syke (Moseng, 2012, s. 184-186).

Sett ut ifra habituskonstruksjonen kan en se at både Nissen, Kaurin og Waage kom fra de høyere sosiale lagene i samfunnet og hadde både høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.

Kristian Grøn: Kristian Grøn var sønn av legen Andreas Fredrik Schroeter Grøn.

Hovedfagfeltet var hudsykdommer og veneriske sykdommer. Han var blant annet reservelege på Rikshospitalets hudsykdomsavdeling og han var i en årrekke sensor for den medisinske embetseksamen. Han representerte Norge som visepresident på internasjonale kongresser om hudsykdommer (Kobro 1908 , s. 380-381). Han har både høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.

Sofus Widerøe: Han var sønn av en sogneprest. Han var assistentlege ved Kristiania kommunale sykehus sin laboratorium avdeling. Der utførte han et større patologisk anatomisk arbeid. I 1908 var han 6 måneder i København for å studere bakteriologi og serologi. Han var i Tyskland hvor han var assistent ved to ulike kirurgiske klinikker, her utførte han et vitenskapelig arbeid. Fra 1914 fikk han universitetsstipendiat i kirurgi. I 1915 drev han kirurgiske studier på tysk side (Kobro, 1915, s. 561-562). I 1918 begynte han som overlege ved kirurgiske avdelingen på Ullevål. Han gav ut flere medisinske bøker (Wikipedia, 2018). Han har både høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.

Anton Jervell: Anton Jervell var sønn av en kemner. Han hadde i studietiden opphold i Wien, Paris, Storbritannia, USA, og flere nordiske land (Kaada, 1978, s. 453). Han var professor i indremedisin og overlege ved Ullevål sykehus i Oslo fra 1957- 1971 (Mellbye, 2019). Han gav og ut en rekke medisinske artikler, og var medlem i Statens sykehusråd 1947-1965 (Kaada, 1978, s. 453). Han har både høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.

Hallbjørg Almås: Hallbjørg Almås er redaktør for læreboken, hun er sykepleier og sykepleielærer, hun har mange år med klinisk erfaring og har deltatt i forskning og faglig utredningsarbeid. Hun har praktisert som intensivsykepleier (Almås, 1992, s. 971). Hallbjørg har vært redaktør og konsulent i sykepleie redaksjon i Universitetsforlaget og senere i Gyldendal Akademisk. Hun har derfor høy kulturell kapital. Man kan anta på grunn av sin stilling har høy økonomisk og sosial kapital

Randi Grønseth: Sykepleier, med spesialitetsutdannelse innen akutt kritisk syke. Hun er forfatter av tre lærebøker og sitter i redaksjonen til Gyldendal Akademiske (Almås et. al., 2010, s. 561- 562).Hun har derfor høy kulturell kapital. Man kan anta på grunn av sin stilling har høy økonomisk og sosial kapital

Dag- Gunnar Stubberud: Dag-Gunnar Stubberud (f. 1959) er intensivsykepleier og har embetseksamen i sykepleievitenskap. Han er førstelektor ved mastergradsstudiet i spesialsykepleie til akutt og kritisk syke pasienter, med spesialisering i intensivsykepleie, ved OsloMet – storbyuniversitetet. Han har derfor høy kulturell kapital. Man kan anta på grunn av sin stilling har høy økonomisk og sosial kapital

Erik Melbostad: Erik Melbostad er Lungelege. Han har skrevet flere fagbøker. Han har derfor høy kulturell kapital. Man kan anta på grunn av sin stilling har høy økonomisk og sosial kapital

Petter Giæver: Petter Giæver er spesialist i indremedisin og lungesykdommer og overlege ved Lungeavdelingen ved Oslo Universitetssykehus- Rikshospitalet. Han har mange års klinisk erfaring og har drevet utstrakt undervisning i respirasjonsfysiologi og lungesykdommer på universitets- og høyskolenivå (universitetsforlaget) Han har derfor høy kulturell kapital. Man kan anta på grunn av sin stilling har høy økonomisk og sosial kapital

Amund Gulsvik: Gulsvik er professor emeritus, han er leder av forskningsprogram i Forskningsrådet. Han er spesialist i lungesykdommer, hjertesykdommer og indremedisin (Cappelendamm). Han har derfor høy kulturell kapital. Man kan anta på grunn av sin stilling har høy økonomisk og sosial kapital

Per Bakke: Spesialist i lungesykdommer og i indremedisin, og professor og dekan ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen (Bakke, 2023).

Anne Dalheim: Dalheim er hygienesykepleier, forfatter av flere artikler og lærebøker. Har derfor høy kulturell kapital. Usikker på økonomisk og sosial kapital.

Nina Jahren Kristoffersen: Sykepleier, embetseksamen i sykepleievitenskap fra UiO (Jahren kristoffersen. 1996 . s,2).

Finn Nortvedt: Sykepleier med lærerutdanning fra Norges sykepleierhøgskole. Lektor og doktorgrad (Kristoffersen m.flere. 2022 . s,2).

Eli-Anne Skaug: Intensivsykepleier, lærerutdanning i fra UiT og embetseksamen i sykepleievitenskap fra UiO (Kristoffersen m.flere. 2022 . s,2).

Trine Oksholm: Sykepleier ved Lungeavdeling - HLK ved Oslo universitetssykehus HF og Førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie ved VID vitenskapelige høgskole, redaktør av lærebok for lungesykepleiere, derfor høy sosial kapital, usikker økonomisk og kulturell kapital (Cristin).

Christine Råheim Borge: Jobber ved sykepleierutdannelsen ved Lovisenberg Diakonale Høgskole fra 1994. Sykepleier ved medisinsk avdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (sengepost og lungepoliklinikk) fra 1995. Bedriftsøkonom ved Handelshøyskolen BI fra 2001. Master i helsefagvitenskap fra 2008. Forsket på KOLS, symptomer, mestring og livskvalitet. Redaktør av lærebok for lungesykepleier (Unio.no) Derfor høy sosial kapital, usikker økonomisk og kulturell kapital