

HUR SJUKSKÖTERS KOR KAN HJÄLPA PATIENTER SLUTA RÖKA

FÖRFATTARE	Linda Ekman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete VT 2005
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Ingegerd Ericsson Svanberg
EXAMINATOR	Leeni Berntsson

Titel (svensk):	Hur sjuksköterskor hjälper patienter sluta röka
Titel (engelsk):	How nurses help patients stop smoking
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN3
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	14 sidor
Författare:	Linda Ekman
Handledare:	Ingegerd Ericsson Svanberg
Examinator:	Leeni Berntsson

SAMMANFATTNING

Rökningen i Sverige minskar men ger ändå stora konsekvenser på hälsa och ekonomi. Kostnaderna för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar beräknas till ungefär 26 miljarder kronor per år. Tobaksrökning mångdubblar risken för ett stort antal sjukdomar och många sjukdomar antingen orsakas eller förvärras av rökning. De som dör av sin rökning gör det i första hand i hjärtkärlsjukdomar, lungcancer och KOL. Sjuksköterskan träffar dessa patienter i slutenvården och har därför en viktig roll i arbetet med att hjälpa patienterna att sluta röka. Att sluta röka medför omfattande vinster för individen i form av bättre hälsa och kondition, bättre ekonomi och minskad passiv rökning för människor i omgivningen. Syftet var att beskriva hur sjuksköterskan inom slutenvården med omvårdnadsåtgärder kan hjälpa patienten att sluta röka. Artiklarna hittades huvudsakligen i databaserna PubMed och Cinahl samt genom manuell sökning i referenslistor. Resultatet analyserades deduktivt med hjälp av Orems egenvårdsteori och Granboms beskrivning av motivationsteori. Studier om sjuksköterskeledda rökstoppinterventioner fanns huvudsakligen kring specifika sjukdomsgrupper, som hjärtkärlsjukdomar, cancer och lungsjukdomar. Resultatet visade att relationen mellan sjuksköterska och patient är en viktig del i rökavvänjningsarbetet. Om patienternas inre motivation stimuleras kan patienterna av egen kraft fatta beslut om rökstopp. Sjuksköterskan hjälpte patienten att kartlägga rökvanor och gradera beroendenivån och utifrån det samtalade sjuksköterska och patient om riskerna med rökning och fördelarna med att sluta. Informationsmaterial och nikotinläkemedel hade bättre effekt när patienten fått stöd från en sjuksköterska. I stödjande syfte användes avslappningsövningar för att förhindra återfall och telefonuppföljning efter utskrivning för att uppmuntra till rökfrihet. De valda teorierna var lämpliga att tillämpa för rökavvänjning.

Sökord: motivation, egenvård, rökstopp, rökavvänjning, omvårdnad

INNEHÅLL

INTRODUKTION	4
INLEDNING	4
RÖKNING OCH OHÄLSA/SJUKDOM	4
ATT SLUTA RÖKA.....	5
MOTIVATIONSTEORI	6
EGENVÅRDSTEORI	7
SYFTE.....	8
METOD	8
RESULTAT	9
RELATIONEN SJUKSKÖTERSKA – PATIENT.....	9
MOTIVATIONSARBETE.....	10
UNDERVISANDE OMVÅRDNADSÅTGÄRDER.....	11
STÖDJANDE OMVÅRDNADSÅTGÄRDER	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION.....	13
RESULTATDISKUSSION	14
REFERENSER.....	17
BILAGA 1	
ARTIKELPRESENTATION	

INTRODUKTION

INLEDNING

Rökning är fascinerande. Många människor som röker är väl medvetna om att cigaretterna förr eller senare riskerar att göra dem sjuka. Inom världen finns åtskilliga som lider av sviterna av sin rökkonsumtion. En del vill sluta, andra vill inte. Den senaste folkhälsorapporten (1) uppger att svenskarna röker allt mindre, för vuxna rökare har minskningen varit stadig de senaste 25 åren. År 2003 rökte 17 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i åldrarna 16-84 år. År 2004 uppger 5 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna i nionde skolåret att de röker dagligen eller nästan dagligen. Rökningen bland skolungdomar har minskat sedan början av 1990-talet. Folkhälsorapport 2005 (1) redovisar stora sociala såväl som regionala skillnader i rökvanorna i Sverige. Andelen dagligrökare varierar mycket mellan inrikes och utrikes födda svenskar. I ett europeiskt perspektiv röker svenskarna minst av alla, i synnerhet svenska pojkar och män. Trots att svenskarna röker förhållandevis lite får rökningen stora konsekvenser på hälsan och ekonomin.

Rökningen är en dyr angelägenhet, inte bara för rökarna själva. Kostnaderna för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar beräknas till ungefär 26 miljarder kronor per år. Dessa kostnader fördelar sig enligt följande: sjukvårdskostnader 2,2 miljarder kr, produktionsbortfall 6 miljarder kr och sjukskrivningar 18 miljarder kr. Dessa kostnader motsvarar 6,7 procent av de totala samhällsekonomiska kostnaderna för sjukvård och produktionsbortfall för samtliga sjukdomar (2).

Det finns mycket pengar att spara om flera människor låter bli att röka. En av de mest effektiva besparingsåtgärderna som går att införa i sjukvården är rökavvänjning inför kirurgiska ingrepp. Det har visat sig att komplikationerna minskar och därmed också vårdtiden om patienten är rökfri. En operation kan motivera människor att sluta röka, eftersom de flesta patienter är mycket angelägna om att det postoperativa förloppet ska gå snabbt och komplikationsfritt (2). Patienter som vårdas inom slutenvården träffar sjuksköterskor varje dag. Sjuksköterskan har därför en viktig roll i arbetet med att hjälpa patienter att sluta röka.

RÖKNING OCH OHÄLSA/SJUKDOM

Rökning är för närvarande den största enskilda orsaken till sjukdom och förtida död i västvärlden (2). Tobaksrökning mångdubblar risken för ett stort antal sjukdomar, och många sjukdomar antingen orsakas eller förvärras av rökning (1). I Sverige dör nästan 7000 personer varje år av rökning, varav 500 till följd av passiv rökning (2). Ämnena i tobaksrök har en lång rad effekter på människan. Förutom att de är beroendeskapande och cancerframkallande verkar de också kvävande i andnings- och cirkulationssystemet. De är allmängiftiga i kroppen i övrigt samt retande på slemhinnor och allergiframkallande (3). Alla som röker skadas av sin rökning och rökningen har effekt på i stort sett alla organsystem i kroppen. De som dör av rökning gör det i första hand i hjärt-kärlsjukdomar, lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Förutom att rökare riskerar att dö i förtid drabbas många av ett långt lidande i form av kroniska sjukdomar (2).

Med hjälp av DALY-kalkyler (DALY = Disability Adjusted Life Year) beräknas hur många fullt friska levnadsår som går förlorade för en befolkning på grund av sjukdom, antingen som följd av funktionsnedsättning eller på grund av för tidig död (2-3). Rökningen i Sverige bidrar med 8 procent av hälsoförlusterna till följd av sjukdom mätt med DALY. Detta kan jämföras med 12 procent för Europa, där rökning är den mest betydelsefulla riskfaktorn. DALY är ett av flera sätt att mäta sjukdomsördan i termer av hälsoförluster, dock inte i pengar (2).

ATT SLUTA RÖKA

Beroendet som rökare brottas med är inte bara ett beroende, utan tobaksberoende kan delas in i fyra olika delar (3-4). Det första är det fysiologiska beroendet som kommer av nikotin och ger abstinensbesvär i olika grad vid rökstopp. Nikotin har också en starkt psykotrop (-trop = dragning åt) effekt som ger ett emotionellt beroende (3). I små doser verkar nikotin uppiggande medan det i stora doser verkar lugnande (4). Rökning ger även ett psykologiskt beroende - rökningen blir som ett sällskap i vilket det är naturligt att koppla av. Det sociala beroendet är avgörande vid rökdebuten men är kanske det minst uttalade för den etablerade rökaren (3). Att sluta röka medför omfattande vinster för individen i form av bättre hälsa och kondition, bättre ekonomi och minskad passiv rökning för människor i omgivningen. Mer än 70 procent av rökarna vill sluta och en tredjedel av dessa önskar professionellt stöd (2).

Litteraturen beskriver samstämmigt att arbetet med rökavvänjning bör bedrivas på ett klient/patientcentrerat sätt (2-6). Holm Ivarsson (5) beskriver klientcentrerad samtalsmetodik som att vårdaren kan väcka, stimulera och stödja klientens inneboende process att välja ett bättre liv, och att vårdarens uppgift i samtalet är att försöka förstå hur klienten tänker. Valet och ansvaret ligger på klienten själv och vårdaren får inte argumentera och försöka övertala klienten om det rätta sättet att handla (5). Interventioner från vårdpersonal kan delas upp i olika nivåer beroende på hur omfattande insatsen är. Den lägsta nivån handlar om ett enkelt samtal på några minuter, där man tar upp frågan om rökning, ger korta råd samt eventuellt självhjälpsmaterial. Denna insats kan göras utan att några extra resurser tas i bruk. Mellannivån är ett utökat samtal om motivation, rökavvänjningsmetoder, hjälpmedel och läkemedel (2-4). I kombination med samtal till Sluta-röka-linjen har denna nivå mycket god effekt (2). Den högsta nivån innebär professionell hjälp från en utbildad rökavvänjare på exempelvis en vårdcentral eller specialistklinik (2-4).

Enligt folkhälsoinstitutets faktskrift (2) finns det ett hundratal välgjorda studier som visar att användning av nikotinläkemedel fördubblar möjligheterna att vara rökfri ett år efter rökstopp. Nikotinläkemedel finns i flera olika administrationsformer såsom plåster, tuggummi, inhalator, tabletter och nässpray (2, 4). De används i nedtrappande dos för att underlätta abstinensbesvär och samtidigt ge tid och kraft över till att förändra vanor och beteenden (4). Förutom nikotinläkemedel finns ett receptbelagt läkemedel med bupropion som verksamt substans (2, 4). Dess ursprungliga indikation var depression men det visade sig att en av bieffekterna var minskat röksug (4). Sedan år 2000 finns bupropion (Zyban) i EU enbart på indikationen röksug.

Det är bra att bestämma ett datum för rökstoppet, som gärna får ligga 2-6 veckor framåt i tiden (5). Under denna tid är det lämpligt att försöka bryta vanor som är

förknippade med rökning. Det kan exempelvis vara att inte röka i ett visst rum eller i samband med en viss aktivitet (4-5). Att städa undan sådant som är förknippat med rökning – askkoppar, tändstickor och cigarettpaket – är ett bra sätt att få bort reflexmässiga röktilfällen (4). För storrökare kan det vara idé att trappa ner något på rökningen (4-5). Inte minst viktigt är det att planera för tiden efter rökstopp; hur man ska ta hand om sig själv och hur man ska bemästra röksuget (5).

Vid användning av nikotinläkemedel eller bupropion (Zyban) vid rökstoppet är det viktigt att ta full dos från början. Kostvanorna är viktiga, särskilt om man är rädd att gå upp i vikt. Att dricka mer vatten än vanligt och att äta regelbundet med inslag av mycket frukt rekommenderas. Det är också viktigt att hålla sig sysselsatt, gärna med någon typ av motion (5). Ett eventuellt återfall ska ses som ett lärotillfälle, som ger en plattform för ett nytt rökstopp (4). Två tredjedelar av återfallen sker inom två veckor och resten inom tre månader. De flesta som slutar röka lyckas först efter flera försök (5).

MOTIVATIONSTEORI

Granbom (6) beskriver olika teorier som hjälper oss att förstå vad motivation handlar om. Vår motivation ger aktiviteter vi företar oss mål och mening. När något i en människas livsstil ska förändras krävs en *inre* motivation. Denna inre motivation skapar man inte utan den upptäcker man genom att ta reda på något av eget intresse. Inre motivation är förknippad med djupinläring – att lära för att minnas och inte enbart memorera för stunden. Människor som får stöd och uppmuntran i sina egna initiativ får en ökad inre motivation. Det egna intresset och förståelse för behovet av förändring utgör en stark inre drivkraft. Den *yttre* motivationen hör samman med yttre inriktning på inläring. Inläringen hålls vid liv då den enskilda människan hoppas på någon typ av belöning eller att uppnå ett mål. Motiven är då att försöka motsvara krav som är skapade av andra. Ett beteende som förändrats med hjälp av yttre motivation håller bara så länge som den yttre kontrollen finns närvarande. Motivation finns hos alla men hos en del ligger den i träda, vilket man kallar *latent* motivation. De latent motiverade är de med ett destruktivt levnadssätt men de kan väcka upp sin motivation och ändra livsstil. För att nå en *manifest* motivation måste man se ljus på framtiden och hysa tilltro till sina egna och andras resurser (6).

Att drivas av ett eget intresse är den högsta och effektivaste formen av motivation. Som motsats till detta står bestraffning som den minst effektiva formen. Däremellan finns tre olika grader av belöning; verbal, materiell och utebliven belöning. Belöning är den näst effektivaste motivationsformen. En person kan förmås att göra något denne inte vill göra, bara han eller hon får göra något trevligt efteråt. Av dessa fem former av motivationsskapare är det bara eget intresse som stimulerar den inre motivationen. Den som ser motivation som en strävan att få någon att lyda order och göra som en utomstående vill, kan inte förvänta sig något varaktigt resultat. En sådan motivation är av yttre karaktär och en förändring upplevs inte som självvald av individen (6).

Det finns ett antal metoder för hur man ska gör när man slutar röka men avgörande för att lyckas är att individen är motiverad (4). Motivationen kan stimuleras men måste komma inifrån individen själv för att vara stark och bestående. Motivation är en kombination av att vara intresserad av förändring och tro att man kan göra

förändringen (5-6). Prochaska och DiClemente (7) har utvecklat en modell där man ser på motivation i fem olika stadier. De anser att människor som ska sluta röka måste behandlas med hänsyn till i vilket motivationsstadium de befinner sig. Det första stadiet av motivation är i princip detsamma som avsaknad av motivation. Patienten överväger ännu inte att sluta röka. I det andra stadiet däremot funderar rökaren allvarligt på att sluta inom en överskådlig tid. Det tredje stadiet innebär att gå från tanke till handling och förbereda rökstoppet. I och med övergången till det fjärde stadiet tas steget fullt ut, rökaren slutar. Sedan, i det femte stadiet, är fokus inställt på att vidmakthålla rökfriheten (7).

EGENVÅRDSTEORI

Orems (8) omvårdnadsteori fokuserar på egenvård. Målet med egenvården är att upprätthålla liv och hälsa samt att hjälpa människan att tillfriskna efter sjukdom eller skada. Teorin är en behovsteori med huvudsyfte att hjälpa individen till självhjälp genom att antingen öka individens egenvårdsförmåga eller minska egenvårdskraven som ställs på henne. Hjälpen bör ges på ett sådant sätt att patienten så snart som möjligt kan klara sin egenvård. Teorin består av tre delteorier; teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem (8).

I delteorin om egenvård beskrivs balansen mellan en individs egenvårdskapacitet och egenvårdskrav. *Egenvårdskapacitet*: Förmågan att kunna hjälpa sig själv och andra påverkas av olika faktorer såsom ålder, hälsostatus, utvecklingsnivå, sociokulturell miljö och livserfarenhet. Vuxna personer har som regel denna förmåga. Barn, gamla och sjuka har det oftast inte i full utsträckning. *Egenvårdskrav*: Individens egenvårdskrav är relaterade till allmänna egenvårdsbehov hos människan. Hit hör bland annat intag av vätska och föda, utsöndring, balans mellan sociala kontakter, skydd mot faror och behov att fungera inom gällande normer. Problem orsakade av sjukdom och ohälsa påverkar egenvårdskapacitet och egenvårdskrav. För att nå balans kan det bli nödvändigt att ändra rutiner i det dagliga livet eller utveckla en ny livsstil (8).

Delteorin om egenvårdsbrist beskriver när en vårdare träder in och assisterar individen att utföra sin egenvård. När individens egenvårdskrav överstiger förmågan att möta dem kan sjuksköterskan assistera på fem olika sätt; genom att handla eller göra, stödja, undervisa, vägleda eller genom att skapa en utvecklande miljö (8).

Omvårdnadssystemen strukturerar omvårdnadssituationerna genom att identifiera sjuksköterskans och patientens roller. Teorin beskriver hur patientens egenvårdskrav ska tillgodoses; av sjuksköterska, patient eller båda. Här finns tre olika nivåer av omvårdnadssystem. *Fullständigt kompenserade omvårdnadssystem*: patienten är oförmögen att själv utföra eller ta initiativ till egenvård och behöver helt kompenseras. *Delvis kompenserande omvårdnadssystem*: såväl sjuksköterska som patient utför aktiva omvårdnadshandlingar och någon av dem har den framträdande rollen. *Det stödjande och undervisande systemet*: patienten har förmåga att utföra sin egenvård och lär sig att möta sina egenvårdskrav. Detta sker med stöd, hjälp och undervisning av sjuksköterskan (8).

Orem (8) menar att patienter ser deras hälsosituation utifrån deras egna unika perspektiv. Deras utbildning, erfarenhet, känslor och inställning till livet och

människor, samt kunskaper om sjukvård och inställningen till densamma färgar deras utgångspunkt. Varje sjuksköterska bör, enligt Orem, utveckla ett arbetsätt som hjälper dem att snabbt fånga den enskilde patientens syn på sin hälsosituation och identifiera det som är viktigt för patienten. Sjuksköterskan och patienten har troligen olika syn på världen så strävan är att de ska nå en gemensam grund att stå på, så att de utifrån den kan komma fram till vilka behov patienten har och hur sjuksköterskan kan hjälpa. Om sjuksköterskan ska kunna vårda en patient måste hon ingå i en relation med denne. Relationen är inte ett mål i sig men en förutsättning för att kunna vårda. Beröring, anknytning och kommunikation är viktiga beståndsdelar i relationen mellan sjuksköterskan och patienten (8).

SYFTE

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskan inom slutenvården med omvårdnadsåtgärder kan hjälpa patienter att sluta röka.

METOD

Sökning av referensmaterial gjordes huvudsakligen i databaserna PubMed och Cinahl. Det som utifrån syftet var intressant att ringa in var omvårdnad, motivation, slutenvårdade patienter och rökavvänjning. Dessa ord gjordes om till engelska sökord som först söktes på var och en för sig för att sedan kombineras ihop, se tabell 1 nedan. Från träfflistorna gjordes artikelvalet utifrån titel och sammanfattning. Förutom sökningar i databaserna PubMed och Cinahl gjordes sökningar i Eric och Cochrane. I den senare återfanns flera träffar på litteraturstudier men dessa uteslöts av just den anledningen. Databasen Eric som innehåller pedagogiskt material gav inga träffar på rökavvänjning för patienter inneliggande på sjukhus.

Tabell 1 Artikelsökning

Sökdatum	Databas	Sökord	Sökbegränsningar	Träffar → varav använda
5/4 2005	PubMed	Attebring		3 → 1 (13)
14/4 2005	Cinahl	nursing and motivation and hospital and smoking cessation or stop smoking	Article Peer-reviewed	19 → 2 (12, 14)
14/4 2005	PubMed	nursing and motivation and hospital and smoking cessation or stop smoking	Adults Only with abstract Clinical trial Humans Nursing journals	31 → 2 (9, 18)

Avsikten var att ta med artiklar som handlade om hur sjuksköterskor på sjukhus rent allmänt arbetar med rökavvänjning. Det visade sig dock att de flesta artiklarna handlade om studier gjorda inom specifika sjukdomsgrupper. Av de artiklar som användes var det bara en (16) som var inriktad på patienter med blandade medicinska och kirurgiska åkommor. En studie (18) utfördes på en kirurgmottagning och de övriga hos patienter med cancer (9-11), lungsjukdomar (12, 19) och hjärtkärlsjukdomar (13-15, 17).

Första artikeln (13) som valdes ut var på rekommendation från en sjuksköterska på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, i början av april. Vid den senare sökningen i mitten av april återfanns artikeln även bland träffarna i såväl Cinahls som PubMeds databaser. Ytterligare en artikel (15) hittades i PubMeds databas, via länken "related articles" till From Attebring's artikel. Återstoden av de använda artiklarna (10-11, 16-17, 19) hittades via manuell sökning i referenslistor. Målsättningen initialt var att inte ha med artiklar äldre än tio år men en ofta refererad artikel (17) från 1994 togs också med. Fyra artiklar (9, 12-14) är från 2000-talet. För en mer utförlig presentation av artiklarna, se bilaga 1.

Merparten av studierna gjordes av sjuksköterskor (10-13, 15, 17-18), en (16) gjordes av en läkare och ytterligare en (9) av beteendevetare. Två artiklar (14, 19) presenterade inte författarna tillräckligt tydligt att det gick att avgöra vilken bakgrund forskarna hade. Av dessa två studier var den ena (14) utförd genom en socialvetenskaplig institution på universitetet i Maastricht, Holland och den andra (19) på en lungmedicinsk division på ett sjukhus i Köpenhamn, Danmark.

Deduktiv metod användes vid analysen av artiklarna. När artiklarna lästes fanns hela tiden Orems (8) egenvårdsteori och Granboms (6) beskrivning av motivationsteorier med i tankarna. Det viktigaste från varje artikel sammanfattades på svenska och sammanfördes till fyra olika rubriker. Därefter följde en ny genomgång av artiklarna för att se om den första uppfattningen stämde.

RESULTAT

Resultatet redovisas under rubrikerna; Relationen sjuksköterska – patient, Motivationsarbete, Undervisande omvårdnadsåtgärder och Stödjande omvårdnadsåtgärder. De flesta artiklarna handlade om rökavvänjningsinterventioner som genomförts hos sjukhusvårdade patienter med cancer (9, 10-11), lungsjukdomar (12) och hjärtkärlsjukdomar (13-15). En studie (16) var genomförd hos sjukhusvårdade patienter med blandade medicinska och kirurgiska åkommor och en (17) där deltagarna led av olika hjärtkärlsjukdomar som inte krävde sjukhusvård under studiens gång. En studie (18) var utförd på en kirurgmottagning där de deltagande patienterna en till två veckor senare lades in på sjukhus för elektiv kirurgi och en (19) på en lungmottagning dit patienterna remitterats för lungröntgen och/eller mätning av lungfunktionen.

RELATIONEN SJUKSKÖTERSKA – PATIENT

Endast två artiklar (12, 18) tog upp kvalitativa aspekter på att hjälpa patienter att sluta röka. Jonsdottir (12) ansåg det vara viktigt att se vikten av relationen mellan sjuksköterska och patient i interventionen. Tyngdpunkten låg på att känna patienten vilket är centralt vid kvalitativ omvårdnad. Att känna patienten är möjligt genom att ta del av dennes värden, förutsättningar, tidigare erfarenheter och familjesituation. Det är viktigt att känna till patientens mönster, rutiner och vanor, coping-källor, fysisk och mental kapacitet samt uthållighet. En sjuksköterska är fullständigt närvarande när hon är äkta, icke-dömande och koncentrerar sig på att se vad som är av vikt i patientens liv i förhållande till rökning och rökstopp. Rökning ska ses i ett

brett kontext av livet och av att leva. I Haddocks studie (18) redovisades sjuksköterskan ha ett icke nedlåtande sätt, vara icke-dömande och en aktiv lyssnare. Hon hade självaktning och respekt för mänskligt liv, en önskan om att främja hälsa, förebygga ohälsa och lindra lidande. Dessutom framhölls i artikeln att sjuksköterskan i denna studie själv var en före detta rökare. Mest uppskattat av fem olika delar av interventionen var samtalen med sjuksköterskan. Patienterna beskrev att den känslösamma sidan av sjuksköterskans insats hjälpte dem mest. De tyckte att hon lyssnade och förstod vad de menade och att hon visade intresse utan att döma. Patienterna kände sig inte skyldiga eller misslyckade.

Hill Rice (17) valde att göra sin studie grundad på en interaktionsmodell som tar hänsyn till att det är många beståndsdelar som samverkar i en persons hälsobeteende. Bland annat framhölls att interaktionen mellan patient och vårdare hade ett betydande inflytande på patientens hälsobeteende. Patienter var kapabla att själva ta beslut om deras hälsa men dessa beslut påverkades av relationen mellan patient och vårdare. Resultatet av studien visade att de som tog del av rökstoppprogrammet på egen hand hade svårare att sluta röka än de som tillgodogjorde sig programmet med stöd av en sjuksköterska.

MOTIVATIONSARBETE

Alla graderade inte motivationen enligt någon särskild modell. Ett flertal av studierna (9, 12-15) använde sig av Prochaskas och DiClementes transteoretiska modell (7) där lägsta nivån är ointresserad och i stigande motivationsskala följd av intresserad, beredd, handling och vidmakthållande. Hill Rice (17) kom fram till att deras studie kanske hade förbättrats om de använt sig av Prochaskas och DiClementes modell.

Genom att arbeta klientcentrerat ökade Wakefields studie (9) patienternas inre motivation. Johnson (15) baserade interventionen på att individer själva väljer att sluta röka och att rökstoppinterventioner behöver vara motivationsstegsanpassade. Bolman (14) visade på att konversationerna med sjuksköterskan ökade patienternas motivation att sluta röka samt att förbli rökfria. I denna studie kartlades deltagarna utifrån om de befann sig i en inre eller yttre motivationsfas. Samtalen som sjuksköterskan hade med patienten genomfördes, liksom i Wakefields studie (9), enligt en metod som kallas motiverande samtal. Tønnesen (19) beskrev att studien innefattade en motiverande intervention på fem minuter. Den innehöll information om varför patienten bör sluta röka, risker med att fortsätta, överlämnande av två broschyrer samt information om att man kan köpa nikotinplåster och –tuggummi på apoteket.

Haddocks studie (18) hade sin grund i att undervisning i hälsosammanhang inte fick begränsa individens frihet, det vill säga att personal inte fick utöva tryck utifrån. I stället skulle sjuksköterskan assistera patienten i att förvärva kunskaper om och få förståelse för sitt röketeende. Då är det lättare för patienten att själv avgöra när tiden är mogen att sluta röka. Avsikten med interventionen i studien var att förmå patienten att ta egna beslut och att ta ansvar för dem. Haddock (18) underströk vikten av att inte enbart fokusera på en så hög rökstoppfrekvens som möjligt. Målsättningen var inte bara att patienterna skulle sluta röka utan även att patienterna skulle förändra hela sitt beteende kring rökning i positiv riktning, vilket många också

gjorde. Särskilt de som från början inte hade för avsikt att dra ner på rökningen eller sluta röka.

Flera artiklar redovisade att vissa diagnoser i sig är starkt motiverande till att sluta röka. I två studier (13, 17) var patienter som genomgått by pass-operation på hjärtats kranskärl, överrepresenterade bland dem som slutat röka. I Hill Rice studie (17) innebar det till och med att deltagarna som blev utan intervention, var de som lyckades sluta röka i störst utsträckning, på grund av att fler by pass-opererade hade randomiserats till kontrollgruppen.

UNDERVISANDE OMVÅRDNADSÅTGÄRDER

I samtliga studier (9-19) var råd och undervisning en betydande del av interventionen men omfattning, intensitet och genomförande varierade. En vanlig start på insatserna var att kartlägga rökarens vanor och gradera beroendenivån (9-12, 14-19) samt undersöka motivationen till att sluta röka (9-19). Beroendenivån bestämdes bland annat av hur lång tid efter uppvaknandet den första cigaretten röktes, hur många cigaretter per dag som röktes, nikotinhalt i cigarettmärket samt om halsbloss dras eller inte.

Råd och undervisning gavs individuellt (9-11, 14-19), i grupp (13, 17) eller både och (12). En del interventioner baserades på ett enda tillfälle under sjukhusvistelsen (10, 16, 18-19) medan andra delades upp i fler (9, 11-15, 17). Gemensamt var dock att innehållet handlade om fördelar med att sluta röka och riskerna med att fortsätta. Undervisningen tog även upp en del praktiska omständigheter kring ett rökstopp. Några av studierna (12-14, 16) genomfördes multidisciplinärt där minst två yrkeskategorier inom vården medverkade i undervisningen. Dessa studier hade alla signifikanta resultat, även om Bolmans studie (14), vars intervention var ämnad att vara i liten omfattning, endast visade svag signifikans under vissa omständigheter.

I alla studier utom en (19) gavs även kontrollgruppen någon form av rökstoppsråd. Hill Rice (17) beskrev att de av etiska skäl uppmanade alla deltagare i kontrollgruppen att sluta röka av hänsyn till deras hälsoproblem. Jonsdottir (12) angav bland annat etiska skäl till att inte använda sig av kontrollgrupp.

Hjälpmiddel vid undervisningstillfällena var olika former av skrivet material (9-11, 14-19) som tog upp samma saker som diskuterats muntligt. I Hill Rice studie (17) visade det sig att skrivet material hade bättre effekt då deltagarna fick stöd av en sjuksköterska än där deltagarna på egen hand fick tillgodogöra sig materialet. I Haddocks studie (18) lästes materialet tillsammans med patienten för att kunna utgå från patientens kunskapsnivå. Även video- och ljudbandsbaserad information användes som komplement (11, 15-16). I kombination med ljudband användes även en arbetsbok i Barr Taylors studie (16). En studie (15) har använt sig av arbetsblad där patienten skrev ner sina rökvanor och därefter diskuterade dessa med sjuksköterskan. En studie (18) som utfördes på en kirurgmottagning försåg patienterna med en dagbok att skriva i under tiden fram till inskrivning för operation. Avsikten med dagboken var att hjälpa patienten att nå insikt i sitt rökbetaende genom att de skrev ner i vilka situationer som röksuget var mest påtagligt, och vilka känslor patienten upplevde då. De som valde att använda sig av dagboken tyckte att den var till hjälp.

Ett hjälpmedel av en annan art vid rökavvänjning är nikotinersättningsmedel (NRT = Nicotin Replacement Therapy). I den studie (16) där det fanns möjlighet att jämföra, visade det sig att användning av NRT hade bättre effekt hos dem som fått råd och undervisning av en sjuksköterska än hos dem som använt NRT på egen hand. Vilka som fått rådet att använda NRT varierade. Samtliga deltagare i Jonsdottirs studie (12) fick rådet att använda NRT. I flera studier (9, 16, 18-19) var det bara storrökare eller de som hade ett högt nikotinberoende som erbjöds NRT. Två av studierna (18-19) som rekommenderade NRT hänvisade deltagarna till apoteket för att själva köpa ut nikotinläkemedlet. Griebel (10) beklagade att hennes studie inte innefattade behandling med NRT, trots att många hade ett högt nikotinberoende. Hennes slutsats var att dessa sannolikt hade haft nytta av att använda NRT. Denna studie visade ingen signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp. En av studierna (19) handlade om interventioner hos patienter som tidigare tackat nej till att delta i en studie med nikotinläkemedel.

Ingen studie erbjöd deltagarna att använda bupropion, ett läkemedel mot röksug. Endast två av studierna (9, 12) kommenterade bupropionanvändning. Wakefield (9) konstaterade att bupropion inte fanns tillgängligt då hennes studie genomfördes, men att deltagarna i studien kanske hade varit hjälpta av det eftersom nikotinläkemedel inte hade någon större effekt. Jonsdottir (12) efterlyste fler studier med bupropion, men också studier på effekten av nikotinläkemedel ihop med professionellt stöd och vägledning.

Studierna skiljer sig åt, såtillvida att en del utförde en standardmässig intervention (10-11, 13, 16, 19) med "lika mycket åt alla", medan andra individanpassar eller skraddarsydde åtgärderna (9, 12, 14-15, 17-18) för att möta patienten där denne befann sig. Detta kunde yttra sig som i Wakefields studie (9) där deltagarna fick mellan 2-20 samtal som varade i 13-23 minuter, att jämföra med Tønnesens studie (19) där samtliga deltagare hade ett enda samtal med sjuksköterskan på fem minuter. Efter analys av artiklarna (9-19) kan inte författaren till föreliggande studie dra några slutsatser om vilket som hade störst effekt på rökstoppsfrekvensen. Studierna hade så olika design att de inte gick att jämföra. De två individanpassade studierna (12, 18) som även betonade vikten av relationen mellan sjuksköterska och patient visade dock på mycket goda resultat.

STÖDJANDE OMVÅRDNADSÅTGÄRDER

Orem (8) menade i teorin om egenvårdsbrist att sjuksköterskan kan assistera patienten genom att skapa en utvecklande miljö. Flera av de aktuella studierna (9-11, 15, 17-18) frågade om patienternas miljö, om de lever tillsammans med en rökare eller om de umgicks med många som röker. Detta mot bakgrund av att återfall är vanligare hos dem vars närstående också röker. I Wakefields studie (9) innefattade interventionen råd om hur patienten själv kan uppmuntra närstående till att sluta röka. Bland Jonsdottirs interventioner (12) fanns sjuksköterskans hjälp till patienten att förvärva socialt stöd utanför sjukhuset vilket bland annat visar sig i form av att närstående bjöds in att delta på de gruppträffar som hölls på sjukhuset. I Bolmans studie (14) vidarebefordrades innehållet i interventionen till patientens vårdcentral, med uppmaning att följa upp rökstoppet där. Eftersom denna studie erbjöd insatser i mindre omfattning från sjukhusets sida informerades patienterna om att de kunde delta i en rökavvänjningsgrupp i annan regi efter utskrivning om så önskades. Det

senare gällde även för Griebels studie (10) där kontakter förmedlades till organisationer som arbetar med rökavvänjning.

Enligt Orem (8) bör sjuksköterskans hjälp till patienten ges på ett sådant sätt att denne själv kan klara sin egenvård. Många av de lästa artiklarna (9-12, 14-19) redovisade ett stödjande arbete som syftade till att patienten skulle kunna kartlägga högrisksituationer och utveckla strategier för att framgångsrikt möta röksugsattackerna. Johnsons studie (15) fokuserade särskilt på att jobba med problemlösning och att stärka patientens egenförmåga. I ungefär en tredjedel av studierna (10-12, 17) redovisades avslappningsövningar som en del av de stödjande interventionerna. Avslappningen hjälpte patienten att bemästra röksuget och att visualisera en bild av sig själv som icke-rökare. Mer än 80 procent av deltagarna i Hill Rice studie (17) tyckte att den djupandningsteknik de lärt sig under avslappningsträningen var den näst mest effektiva strategin för att förhindra återfall. Den mest effektiva strategin var att städa undan sådant som var förknippat med rökning.

Telefonuppföljning användes i mer än hälften av studierna (9-12, 15-16) som en stödjande åtgärd. Antalet samtal och längden på samtalen varierade. Även om några var standardiserade och andra var individualiserade var innehållet och syftet liknande. Deltagarna tillfrågades om hur det gick. De hade möjlighet att ställa frågor, få tips, råd och tröst om det inte gick så bra samt uppmuntran till fortsatt rökstopp om de slutat. Barr Taylors studie (16) erbjöd de patienter som återfallit i rökningen ett nytt timplångt möte med en sjuksköterska, för att få stöd att försöka med ett nytt rökstopp. Detta resulterade i att åtta av de 62 patienter som tackade ja till en ny träff med sjuksköterskan rapporterades som rökfria vid ettårsuppföljningen. Denna studie rapporterade en signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp efter 12 månader. Fyra av studierna (11-12, 15-16) som använt sig av telefonuppföljning resulterade i rökstoppsfrekvenser mellan 31 och 46 procent. I Tønnesens studie (19) skickades ett brev efter fyra till sex veckor som uppmuntrade till rökstopp. En studie (14) inlemmade dessa stödjande insatser i ett återbesök hos en kardiolog efter fyra till sex veckor istället för via telefon eller brev.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Tanken initialt var att hitta hur sjuksköterskan inom slutenvården rent allmänt arbetar med rökavvänjning. Endast en artikel (16) handlade dock om blandade medicinska och kirurgiska åkommor. De flesta träffar i litteratursökningen var mer inriktade specifikt på en sjukdomsgrupp, ofta då till sjukdomar som är starkt rökrelaterade. Merparten av artiklarna som användes handlade därför om interventioner genomförda hos patienter med hjärtkärlsjukdomar, cancer och lungsjukdomar.

Studierna som artiklarna baserades på var alla av kvantitativ art. Ingen var en så kallad longitudinell studie vilket hade varit intressant och av artiklarnas diskussioner att döma efterfrågar forskarna sådana. Det som visade sig vara verkligt intressant i de lästa artiklarna var de studier som vävde in patienternas upplevelse av

sjuksköterskans vård (12, 18). Om syftet i denna litteraturstudie hade innefattat även patienternas upplevelse av att sluta röka på sjukhus hade det kanske kunnat generera fler artiklar med mer kvalitativa inslag än vad som blev fallet. Det är glädjande att de flesta studierna gjordes av sjuksköterskor, men det är också positivt att även andra professioner intresserar sig för vad man kan göra inom omvårdnadsområdet.

Några av artiklarna kräver en förklaring till varför de är inkluderade i denna litteraturstudie, då de vid en första anblick inte riktigt uppfyllde syftet. From Attebrings studie (13) hade egentligen helt omvänt syfte. Den undersökte vad som gjorde att en del rökare *fortsatte* att röka efter akut kranskärslssjukdom, men den gav ändå svar på vad som var betydelsefullt för dem som bestämde sig för att sluta, och användes därför i resultatet. Hill Rice studie (17) utfördes inte inom slutenvården då deltagarna inte var ineliggande vid tillfället. De hade dock vårdats på sjukhus och interventionerna utfördes i sjukhusets lokaler för att deltagarna skulle göra kopplingen mellan rökningen och deras sjukdomstillstånd. Interventionerna i Wakefields studie (9) utfördes av en beteendevetare, men de kunde lika gärna ha utförts av en sjuksköterska, då studien genomfördes i ett patientnära sammanhang på en vårdavdelning.

Bedömningen av hur effektiva de olika interventionerna var, försvårades av att studierna hade olika design. Framför allt varierade uppföljningstiderna kraftigt, från en vecka till ett år, beroende på syftet med studien. Detta kan möjligtvis ses som en svaghet i denna uppsats. En annan olikhet studierna emellan var att vissa inkluderade dem som redan var motiverade att sluta, andra tog med alla som röker och som vårdades för att viss sjukdom.

RESULTATDISKUSSION

Tre av studierna (10, 14, 19) handlade om så kallade minimala interventioner. Då gavs interventionen vid ett enstaka tillfälle, relativt snabbt. Anledningen till det var att det inom det ordinarie vårdarbetet inte finns tid och pengar för större interventioner. En större intervention kännetecknas av att den innefattar flera olika delar och ges under en längre tid. Att försöka utarbeta minimala interventioner kan tyckas vara klokt men det är viktigt att se mer än de kvantitativa sidorna. Visst behövs det forskning kring interventioner som utan extra resurser kan inlemmas i det ordinarie vårdarbetet, men vi behöver framför allt veta mer om känslor och upplevelser av att sluta röka, och hur sjuksköterskans förhållningssätt spelar in. Orem (8) betonade vikten av att sjuksköterskan ska arbeta utifrån patientens upplevelser och att en relation mellan sjuksköterska och patient är nödvändig. Detta stödde Jonsdottir (12) i hennes antagande att relationen är en viktig del i vårdarbetet för att patienten ska kunna ta sig igenom förändringen från rökare till rökfri.

Den insats som görs för att hjälpa patienten att sluta röka bör stå i proportion till vårdtillfällets omfattning och längd. Ett besök på en mottagning lämpar sig exempelvis bättre för en mindre intervention än vad en veckolång vistelse på en vårdavdelning gör. Där passar det att göra en större intervention som kan delas i fler delar. Under alla förhållanden är sjuksköterskans förhållningssätt av yttersta vikt.

Orem (8) menade att sjuksköterskan ska hjälpa patienten till självhjälp och att hjälpen ska ges på ett sådant sätt att patienten så snart som möjligt kan klara sin

egenvård. Detta stämde väl på Hill Rice (17) resultat vars studie visade just att de som tog del av rökslutarprogrammet med stöd av sjuksköterskan klarade av att sluta röka i högre utsträckning än de som inte hade det.

Motivationsarbete handlar om patientens inläring. För att kunna stimulera patientens egen inläring krävs att vårdarbetet är klientcentrerat såsom beskrevs av Holm Ivarsson (5). Utan att använda begreppet klientcentrering uttryckte Orem (8) samma sak. Haddock (18) är den författare som mest utförligt beskrev det i sin artikel, men fler författare (9, 12, 14-15) framhöll vikten av klientcentrering vilket är glädjande.

Precis som Granbom (6) beskrev uppstår den inre motivationen genom eget intresse och människor som får stöd och uppmuntran i sina egna initiativ får en ökad inre motivation. Det är viktigt att hysa tilltro till sina egna och andras resurser och detta fick uttryckligen medhåll av Haddock (18), Hill Rice (17) och Johnson (15). De fina resultaten i Haddocks studie (18), 80 procent som slutade röka eller minskade rökningen inför operation, gav sannolikt också en positiv ekonomisk effekt såsom beskrevs i folkhälsoinstitutets faktskrift (2).

Tønnesen (19) beskrev att deras studie innefattade en motiverande intervention, men vid närmare granskning var den mer att likna vid en snabb envägskommunikativ information. Sjuksköterskorna fick träna sig i motiverande samtal men det fanns ingen teoretisk ram beskriven för detta.

Att förflytta sig från ett motivationsstadium till ett annat kan ta många år men det kan också gå väldigt fort. Ett exempel på det är de patienter som drabbas av en akut hjärtsjukdom och som behöver genomgå en by pass-operation i hjärtats kranskärl. Detta framgick i From Attebrings (13) och Hill Rice (17) studier där de patienter som slutade röka oftare var by pass-opererade än de som fortsatte att röka. Det verkar som om akuta förändringar i ett sjukdomstillstånd kan fungera som en väckarklocka för den latent motivationen som Granbom (6) liknade vid motivation i träda.

Lika glädjande som logiskt är det att såväl skrivet material som nikotinläkemedel hade bättre effekt i de grupper där sjuksköterskan förstärkt budskapet. Som exempel kan nämnas Hill Rice studie (17) där samma program förmedlades till tre grupper på olika sätt, och de som slutade röka med stöd av en sjuksköterska hade signifikant större förutsättningar att lyckas. I Barr Taylors studie (16) såg man att inte bara fler i interventionsgruppen använde sig av nikotinläkemedel utan att det också hade bättre effekt där. Orem (8) hade beskrivit det som att sjuksköterskan arbetat med att öka patientens egenvårdsförmåga. Det är viktigt att komma ihåg i det dagliga arbetet att ingen tryckt information och inga läkemedel fungerar av sig själv. Sjuksköterskor och andra personalkategorier i vården kan inte avskriva sig det personliga samarbetet med patienten genom att förse dem med en broschyr eller ett nytt läkemedel. Alla samtal med patienten är inläringstillfällen som förstärker effekten av det vi vill förmedla.

Vad det gäller användande av nikotinläkemedel kan man ifrågasätta varför de inte erbjuds i alla studier. Eftersom det finns så många studier gjorda på att nikotinläkemedel fördubblar möjligheterna att förbli rökfri (2) borde det vara ett självklart inslag i all rökavvänjning. Det går dock inte att utgå från att alla *vill* sluta

röka med hjälp av nikotinläkemedel. I Tønnesens studie (19) deltog personer som tidigare tackat nej till att delta i en studie med nikotinläkemedel. Ingen av studierna använde sig av läkemedel med bupropion som en del av interventionen. Det kan bero på att det har registrerats ganska nyligen för indikationen röksug och att det därav inte finns så många studier gjorda än. Om bupropion slår igenom som ett förstahandsalternativ ihop med stödjande och undervisande åtgärder kommer det att innebära att det blir en del av sjuksköterskans ansvar att informera och svara på frågor om läkemedlet.

Några studier (9-10, 15) lyckades inte nå signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp. Delvis kan detta bero på att de flesta kontrollgrupper fick *någon* typ av intervention, om än inte i organiserad form. Endast en studie (19) som inte visade signifikanta resultat lät kontrollgruppen vara helt utan rökstoppsråd. Mot bakgrund av att rökning som ensam faktor orsakar så mycket sjukdom (1-2) är det orimligt att låta bli att hjälpa patienterna att sluta röka. Patienten kan knappast utveckla en ny livsstil som både Granbom (6) och Orem (8) beskrev om ingen i patientens omgivning, i synnerhet vårdpersonal, signalerar att rökning är en stor hälsofara.

Återfall är vanligare bland dem som lever med eller umgås mycket med rökare, därför är det som Orem (8) uttryckte om att skapa en utvecklande miljö väldigt viktigt. Sjuksköterskan måste känna till patientens hemmiljö för att kunna ge rätt stöd. Är patientens familjemedlemmar också rökare måste de också vävas in på ett eller annat sätt. Sättet som familjen kan hjälpa till på varierar med all säkerhet. Huvudsaken är att sjuksköterskan medvetandegör hos patienten och dennes närstående att miljön kring en person som ska sluta röka är viktig. Det framkom tydligt i Hill Rice (17) studie där deltagarna tyckte att den mest effektiva strategin för att bemästra röksug var att ta bort allt i hemmet som hade med rökning att göra. De som lever nära andra rökare kanske är i behov av fortsatt stöd från någon i närvårdsmiljön, till exempel en distriktssköterska på vårdcentralen för svenska förhållanden. Såväl Bolman (14) som Griebel (10) förmedlade kontakter där patienten kunde få ytterligare hjälp efter utskrivning från sjukhuset.

Mer än hälften av studierna (9-12, 15-16) använde telefonuppföljning för att stödja patienterna efter utskrivning från sjukhuset, och fyra av dem (11-12, 15-16) hade höga rökstoppsfrekvenser, mellan 31 och 46 procent. I Orem (8) stödjande och undervisande system lär sig patienten att möta sina egenvårdskrav. Telefonuppföljning verkar vara ett bra sätt för patienten att successivt klara sig själv.

En personlig målsättning med denna litteraturstudie var att den skulle vara till praktisk nytta i arbetet på en vårdavdelning, och att andra sjuksköterskor skulle ha glädje av att ta del av den. Den kommer helt säkert att vara till nytta men framför allt kommer den att ligga till grund för att söka svar på nya frågor som väckts under tiden som arbetet växt fram. Nyfikenheten har väckts för att veta mer om patienternas upplevelse av att sluta röka. Hur vårdpersonal med sitt sätt att vara kan underlätta för dem. Det vore också intressant att närmare studera rökavvänjning hos patienter med perifer kärlsjukdom som klaudikatio, och hur deras livskvalitet förändras av att sluta röka.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
2. Statens folkhälsoinstitut. Tobak och avvänjning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2004.
3. Pellmer K, Wramner B. Tobaksbruk – förekomst, effekter och förändringsmöjligheter. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 1997.
4. Post A, Giljam H. Tackla tobak. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003.
5. Holm Ivarsson B. Det motiverande samtalet. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2003.
6. Granbom A. Att motivera till hälsa. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 1998.
7. Prochaska J O, DiClemente C C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51(3):390-395.
8. Orem D E. Nursing – concepts in practice. 6 uppl. St Louis: Mosby; 2001.
9. Wakefield M, Olver I, Whitford H, Rosenfeld E. Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patients with cancer. *Nursing Research* 2004;53(6):396-405.
10. Griebel B, Wewers M E, Baker C A. The effectiveness of a nurse-managed minimal smoking-cessation intervention among hospitalized patients with cancer. *Oncology Nurse Forum* 1998;25(5):897-902.
11. Wewers M E, Jenkins L, Mignery T. A nurse-managed smoking cessation intervention during diagnostic testing for lung cancer. *Oncology Nurse Forum* 1997;24(8):1419-1422.
12. Jonsdottir H, Jonsdottir R, Geirsdottir T, Sveinsdottir K S, Sigurdadottir T. Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48(6):594-604.
13. From Attebring M, Hartford M, Hjalmarsson A, Caidahl K, Karlsson T, Herlitz J. Smoking habits and predictors of continued smoking in patients with acute coronary syndromes. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48(6):614-623.
14. Bolman C, de Vries H, van Breukelen G. Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Education Research* 2002;17(1):99-116.
15. Johnson J L, Budz B, Mackay M, Miller C. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart & Lung* 1999;28(1):55-64.
16. Barr Taylor C, Houston Miller N, Herman S, Smith P M, Sobel D, Fisher L et al. A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. *American Journal of Public Health* 1996;86(11):1557-1560.
17. Hill Rice V, Fox D H, Lepczyk M, Sieggreen M, Mullin M, Jarosz P et al. A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart & Lung* 1994;23(6):473-486.
18. Haddock J, Burrows C. The role of the nurse in health promotion: an evaluation of a smoking cessation programme in surgical pre-admission clinics. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:1098-1110.
19. Tønnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic; a randomized controlled study. *European Respiratory Journal* 1996;9:2351-2355.