

# Sjuksköterskors kunskap och attityder kring vikten av rökstopp inför strålbehandling

**Författare:** Lena Fritz-Poncia  
Anette Kullgren

**Program:** Specialistprogrammet med  
inriktning onkologi, 60 hp  
(HT-08 - VT-10)

Omvårdnad - examensarbete 15 hp

**Handledare:** Karin Ahlberg

**Examinator:** Maria Browall

Sahlgrenska akademien



# Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla Er som trott på oss och stöttat oss under vårt uppsatsarbete, familjer, vänner och kollegor. Utan Ert stöd hade vi inte klarat av detta!

Ett speciellt stort tack vill vi tillägna vår handledare, Karin Ahlberg, för att Du alltid varit positiv och skänkt oss energi i våra mörka stunder då vi varit färdiga att ge upp.

Vår chef, Britt-Marie Hjort, vill vi också nämna. Tack för att Du har givit oss de förutsättningar som vi behövt för att kunna genomföra våra studier.

Slutligen vill vi tacka de sjuksköterskor som hjälpt oss genom att ta sig tid att fylla i vår enkät.

Titel, Svensk:	Sjuksköterskors kunskap och attityder kring vikten av rökstopp inför strålbehandling.
Titel, Engelsk:	Nurses Knowledge and Attitudes Concerning the Importance of Smoking Cessation Prior to Radiotherapy.
Arbetets art:	Självständigt arbete II – Fördjupningsarbete
Kurs:	Omvårdnad – Examensarbete II OM1650
Arbetets omfattning:	15 hp
Författare:	Lena Fritz-Poncia Anette Kullgren
Handledare:	Karin Ahlberg
Examinator:	Maria Browall

## Sammanfattning

**Introduktion:** Om patienter med cancersjukdom slutar röka innan strålbehandling påbörjas kan behandlingsresultat, biverkningsfrekvens och graden av biverkningar påverkas positivt.

**Syfte:** Syftet med aktuell studie är att beskriva kunskap och attityder hos sjuksköterskor som arbetar med patienter med cancersjukdom gällande rökning och rökstopp inför eller under pågående strålbehandling.

**Metod:** Den fullskaliga studien kommer att genomföras som en enkätstudie med slutna frågor samt öppna frågor, som analyseras med innehållsanalys. I syfte att pröva forskningsplanen genomfördes en pilotstudie i form av en enkätundersökning, där sammanlagt 20 enkäter delades ut på tre onkologenheter på ett universitetssjukhus.

**Resultat:** Av de 20 utdelade enkäterna, besvarades 16. I frågorna med slutna svarsalternativ framkom bl.a. att majoriteten av sjuksköterskorna kände till att rökning påverkar biverkningsfrekvens och graden av biverkningar vid strålbehandling (10/16). De kände även till att rökning i samband med strålbehandling påverkar behandlingsresultatet (12/16). Fyra kategorier framkom vid innehållsanalys (1) *"Känslor av skuld"* (sjuksköterskans upplevelse av patientens känsla av skuld, svårt att samtala om rökning), (2) *"Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka"* (hänvisa patienten till andra instanser, muntlig information, skriftlig information, egna initiativ), (3) *"Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning"* (uttalad vilja att stödja patientens rökavvänjning, positiva, förbehåll, hinder för rökavvänjningsstöd), (4) *"Tidsbrist"* (inte utrymme, tiden räcker inte till, tid måste avsättas).

**Diskussion:** Det är viktigt att alla sjuksköterskor ger samstämmig information angående rökning. Evidensen är tydlig och visar på vinsten av rökstopp även för de patienter som redan har en cancerdiagnos. Att diskutera rökning med en patient med cancersjukdom ger en uppfattning av att man är intresserad av personens hälsa. Genom att stödja patienten att hitta sin egen motivation till livsstilsförändring kan sjuksköterskan hjälpa patienten till rökstopp.

**Key words:** Rökavvänjning, strålbehandling, omvårdnad, cancer, patienter, kunskap, attityd.

# Abstract

**Introduction:** If cancer patients stop smoking before commencing radiotherapy, the treatment results, along with the degree and severity of the side-effects can have a positive outcome.

**Objectives:** The aim of this study was to describe the knowledge and attitudes of nurses, working with cancer patients, concerning smoking and smoking cessation prior to and during radiotherapy.

**Method:** The study will be conducted as a questionnaire with open and ended questions, the open questions will be analysed with content analysis. A pilot study with questionnaires was used to try the approach of the study and a total of twenty questionnaires were distributed at three oncology units at a university hospital.

**Results:** Sixteen of the twenty distributed questionnaires were answered. Among the quantitative questions answers emerged such as the fact that the majority of nurses knew that smoking contributes to the degree and severity of side-effects given to the patient during radiotherapy (10/16). Also nurses knew that smoking during radiotherapy affects treatment outcome (12/16). Four categories emerged from the content analysis: (1) *“Feelings of Guilt”* (the nurses’ perception of the patients’ feeling of guilt, smoking as a difficult conversation subject), (2) *“What Nurses Do to Help Patients Stop Smoking”* (refer patients to other specialists, verbal information, written information, own initiative), (3) *“Nurses Attitudes to Smoking Cessation”* (expressed wishes to support the patients smoking cessation, positive, reserve, obstacles hindering smoking cessation), (4) *“Lack of Time”* (no space (in the schedule), not enough time, time needs to be allotted).

**Discussion:** It is very important that all nurses give concurrent information concerning smoking. The evidence is clear and indicates the benefits of smoking cessation, even for patients already diagnosed with cancer. Discussing smoking with a patient diagnosed with cancer lets the patient know that you are interested in their health. By supporting the patients to find their own motivation to lifestyle change, nurses can help the patient stop smoking.

**Key words:** Smoking Cessation, Radiotherapy, Nursing, Cancer, Patients, Knowledge, Attitude.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
Vårdvetenskapligt perspektiv.....	1
Strålbibliografi.....	3
Empowerment.....	3
Motiverande samtal.....	4
Rökavvänjning som livsstilsförändring.....	5
Aktuellt forskningsläge.....	6
Risker med rökning i samband med strålbehandling.....	7
Sjuksköterskan som rökavvänjare.....	8
<b>Syfte</b> .....	10
<b>Frågeställningar</b> .....	11
<b>Metod</b> .....	11
Urval.....	11
Datansamling.....	11
Analys för den fullskaliga studien.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
<b>Pilotstudie</b> .....	14
Urval.....	14
Datansamling.....	14
Analys för pilotstudien.....	14
<b>Resultat</b> .....	16
Beskrivning av respondenterna.....	16
Beskrivning av respondenternas kunskap och attityder.....	16
Känslor av skuld.....	17
Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka.....	18
Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning.....	18
Tidsbrist.....	19
<b>Diskussion</b> .....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Känslor av skuld.....	21
Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka.....	22
Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning.....	22
Tidsbrist.....	23
<b>Konklusion</b> .....	24
<b>Referenslista</b> .....	26
<b>Bilaga 1</b> .....	31
<b>Bilaga 2</b> .....	33
<b>Bilaga 3</b> .....	36

# Inledning

Sedan ett par år tillbaka har några sjuksköterskor på vår arbetsplats, strålbehandlingsavdelningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, specialutbildat sig inom rökavvänjning. Dessa sjuksköterskor arbetar nu aktivt med att erbjuda rökavvänjning till rökande patienter, som ska erhålla strålbehandling, i syfte att de ska vara rökfria under behandlingsperioden för att deras behandling ska bli optimal. Då vi vet att rökning påverkar både behandlingsresultat, biverkningsfrekvens samt graden av biverkningar vill vi fördjupa vår kunskap om hur vi, på bästa sätt, kan motivera patienterna att göra uppehåll med rökningen under behandlingen och helst förbli rökfria även efter avslutad behandling. Vi upplever en viss skepsis till rökavvänjning för patienter med cancersjukdom bland flera av våra kollegor och vill därför undersöka sjuksköterskors kunskap och attityder i ämnet.

Detta är en forskningsplan, testad genom en pilotstudie, där vi avser att utforska kunskap och attityder hos sjuksköterskor som arbetar med patienter med cancersjukdom gällande rökning och rökstopp inför eller under pågående strålbehandling.

## Bakgrund

### Vårdvetenskapligt perspektiv

Vårdvetenskapens människosyn utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv, där människan är flerdimensionell och människans värde och okränkbarhet betonas. Människan beskrivs i ett holistiskt perspektiv och kan inte reduceras endast till summan av sina delar, utan är en icke-reducerbar helhet (Eriksson, 1991; Watson, 1993; Wiklund, 2003). Med utgångspunkt i humanvetenskapen ses människan som en helhet, där mänsklig frihet, val och ansvar poängteras. Människan ses även som ett subjekt, där hänsyn ska tas till de egna upplevelsorna av hälsa – ohälsa. Vid förändringsarbete ska sjuksköterskan och patienten arbeta tillsammans, likvärdigt och fortlöpande. Genom att betrakta omvårdnaden som en humanvetenskap istället för en traditionellt medicinsk vetenskap kan man få fram en annorlunda kunskapsteori som kan innefatta metafysik såväl som estetik, humaniora, konst och empiri. Humanvetenskapen ger sjuksköterskan möjlighet att använda sig av metoder som tar hänsyn till människors

subjektiva upplevelser, erfarenheter och tankar, till skillnad från den traditionellt medicinska vetenskapen där sjuksköterskans roll blir reserverad och objektiv och där det primära intresset kretsar kring det vetenskapliga resultatet (Watson, 1993).

Grundtanken i både den humanistiska och kristna människosynen är den okränkbara människan och allas lika värde. Vi har vuxit upp i ett samhälle där den humanistiska och kristna människosynen dominerar och bär självklart med oss dessa synsätt in i vår professionella roll som vårdgivare. Genom vår utbildning har även den naturvetenskapliga synen på människan fått en stor betydelse för vår yrkesroll (Statens medicinsk-etiska råd, 1994).

Inom de villkor som organisationen erbjuder och vårdarens personliga reflektioner över identitet, yrkesroll och uppdrag byggs organisationens ideologi. Således påverkas den etik som vårdtagaren möter både av den enskilde medarbetarens personliga reflektioner, men också av de förutsättningar som ges genom politiska beslut och sjukhusledningens målsättningar (Silfverberg, 2006).

Omvårdnad är respektfull och begränsas inte av ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller social status (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Att som vårdare hindras från att utföra omvårdnadshandlingar i överensstämmelse med sin personliga övertygelse om vad som är moraliskt riktigt kan få konsekvenser för vårdandets kvalitet. Minskad lyhördhet och känslighet för vårdtagarens situation blir konsekvensen när vårdarens varseblivningsförmåga avtrubbas (Silfverberg, 2006).

Individens möjligheter till växande och utveckling i situationer av stress förorsakad av förändring, konflikt eller förluster betonas av Watson. Sjuksköterskan måste sätta sig in i patientens egen upplevelse av situationen och kartlägga patientens bemästringsresurser för att kunna hjälpa patienten att se möjligheter och goda handlingsalternativ. Omvårdnaden ska syfta till att ge patienten en ökad självinsikt och självförståelse och därigenom bidra till patientens förmåga att bemästra sin situation (Watson, 1993).

## Strålbiologi

Strålbehandling ger skador på cellens DNA genom enkel- eller dubbelsträngsbrott. Tumör-celler är mer strålkänsliga än friska celler beroende på att de i högre utsträckning befinner sig under proliferation, men också att de har en sämre förmåga att reparera uppkomna skador. För att friska celler ska få möjlighet att reparera sig mellan fraktioneringarna måste det gå minst sex timmar mellan varje behandling. De flesta skador reparerar sig dock inom en halvtimme efter given strålfraction (Degerfält, Moegelin & Sharp, 2008; Reitan & Schölberg, 2003; Ringborg, Dalianis & Henriksson, 2008).

Cellens syrekoncentration är av stor betydelse vid strålbehandling eftersom normalt syresatta celler är 2,5-3 gånger känsligare för strålbehandling jämfört med hypoxiska celler (Degerfält, et al, 2008; Ringborg et al, 2008; SBU, 2003b). Eftersom kolmonoxiden finns kvar i kroppen i minst 24 timmar efter en rökt cigarett hjälper det inte att dra ner konsumtionen, man måste sluta helt för att kolmonoxiden inte ska finnas kvar och blockera syrets plats på hemoglobinet (Degerfält et al, 2008).

## Empowerment

Empowerment förklaras i Nationalencyklopedin som en *”princip som tillämpas i feministisk terapi och undervisning för att stärka individens möjlighet att bli mer självständig, kunna formulera sina egna mål och ta makt över sitt eget liv”* (Ekman, 2010). Holm Ivarssons (2004) svenska översättning av empowerment är *egenkraft* eller *handlingskraft*. Författaren menar att *egenkraft* uppstår när individen får hjälp att fokusera på det den vill och kan. Samtal om t.ex. levnadsvanor kan ge individen det stöd som behövs för att kunna genomföra önskade förändringar och en god grund för att göra bra val.

Lejsgaard Christensen och Huus Jensen (2004) beskriver begreppet empowerment utifrån Maunsbachs doktorsavhandling från 1999. Där definieras empowerment som *”förmågan till självreglering på basis av ökat självförtroende”* (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen 2004, s. 28). För att uppnå ökad patientautonomi stärks patientens tro på sin kompetens och sina egna resurser. När kunskaper och färdigheter delas med patienten blir han kompetent att själv



kunna välja. Sjukvårdspersonal måste, för att ge patienten rätt stöd, värdera och respektera de hälsofrämjande beteenden som patienten har (Klang Söderkvist, 2008). I Kvåle och Bondeviks studie (2008) beskriver patienterna att empowerment är att få respekt, att bli lyssnad till, att få ärlig information samt att värdesättas. När det gäller vård och behandling av den egna sjukdomen bör man göra patienten till en del av sjukvårdsteamet. Om personalens kunskap och föreställning om situationen vävs samman med patientens upplevelse minskas klyftan mellan vårdpersonal och patient. De flesta patienter önskar vara delaktiga i beslut rörande deras vård och behandling, d.v.s. de vill få information, bli tillfrågade om sin åsikt, få tillfällen att diskutera sin behandling, men vill att det avgörande beslutet tas av sjukvårdspersonalen (Edwards, 2002; Klang Söderkvist, 2008; Kvåle & Bondevik, 2008). Patientens empowerment behövs för att patienten ska bli en jämbördig deltagare i sjukvårdsteamet, med sin unika kunskap om den egna hälsan, och inte enbart en person i centrum (Klang Söderkvist, 2008; Kvåle & Bondevik, 2008).

## **Motiverande samtal**

Motiverande samtal definieras av metodens grundare, Miller och Rollnick (2003), som ”*en klientcentrerad, styrande metod för att höja den inre motivationen för förändring genom att utforska och lösa ambivalens*” (Miller och Rollnick 2003, s. 43) och menar att det är en metod för kommunikation som fokuserar på personens intressen och bekymmer i nuet. Rådgivningen syftar till att individen ska röra sig mot förändring genom att rådgivaren förstärker *förändringsprat* och bemöter *motståndsprat* med avsikt att minska det. Genom det motiverande samtalet hjälper rådgivaren personen att öka sin inre motivation för förändring utan påtryckningar. Förändring kommer inte att ske om den inte ligger i personens eget intresse. Därför inriktar sig motiverande samtal på att lösa ambivalens hos individen för att framkalla förändring. Motiverande samtal är dock inte någon universalmetod att öka motivationen till förändring hos alla. I vissa fall behöver individen tydliga råd eller undervisas om färdigheter och ibland, i vissa situationer, även bli tillsagd vad han ska göra.

Miller och Rollnick (2003) menar att det finns en grundläggande anda i det motiverande samtalet, som beskrivs med termerna: *samarbete*, *framkalla* och *autonomi*. Samarbete främjar snarare än tvingar fram förändring i en positiv atmosfär, där hänsyn tas till personens egen expertis och perspektiv. Det är mycket viktigt att rådgivaren är medveten om sina egna

intressen och åsikter. Framkalla innebär att man identifierar den egna motivationen till förändring hos individen och stödjer den. Slutligen menar författarna att autonomi innebär att personen själv uttalar sina skäl för förändring.

## Rökavvänjning som livsstilsförändring

På Sahlgrenska Universitetssjukhusets hemsida finns dokumentet ”Riktlinjer för ett rökfritt sjukhus” (2006) där man kan läsa att *”rökavvänjning betraktas som en prioriterad fråga inom SU och ekonomiska resurser satsas därför på åtgärder som visat sig kunna leda till att fler personer slutar röka”*. Vidare anges att chefens ansvar är att se till att det finns personal som kan ge patienten professionellt rökavvänjningsstöd, medarbetarna har skyldighet att informera patienterna om att rökavvänjning finns att tillgå. Hälso- och sjukvårdslagen fastslår att sjuksköterskan är skyldig att förse patienten med information så att patienten kan ta ställning till sin sjukdom och behandling. *”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns”* (SFS, 1982:763, 2b§). I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att motivera patienten till livsstilsförändringar (SOSFS, 1995:5). I ICN under ”Sjuksköterskan och yrkesutövandet” beskrivs sjuksköterskans skyldighet att hålla sig à jour med utvecklingen. *”Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och för att genom livslångt lärande behålla sin yrkeskompetens”* (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Att motivera patienten till ett eget beslut är nödvändigt för att denne ska kunna lyckas med ett rökstopp. Beslutet är mycket svårt för de flesta, men det är viktigt att sjukvårdspersonal markerar betydelsen av att sluta röka genom att ta upp frågan (Dresler & Gritz, 2001; Gilljam, 2006; Holm Ivarsson, 2004). Sjuksköterskeutbildningen prioriterar generellt sett inte undervisning i hälsofrämjande arbete vilket gör att sjuksköterskor ofta känner en kunskapsbrist i metoder för livsstilsförändringar (Cooley, Sipples, Murphy & Sarna, 2008; Kearney & Richardson, 2006; Sarna et al, 2000). Hälsofrämjande arbete kan delas in i olika nivåer: primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention har som mål att förhindra uppkomst av sjukdom. Sekundär prevention utgörs av screeningverksamhet för tidig upptäckt. Syftet med tertiär prevention är att undvika att komplikationer uppstår från behandling eller sjukdomen i sig, att minska risken för återfall i sjukdom eller att en sekundär cancer ska uppstå (Kearney & Richardson, 2006; Ringborg et al, 2008).

Sjukvårdspersonal bör använda ett patientcentrerat och empatiskt förhållningssätt och genom motiverande samtal inrikta sig på patientens beteende snarare än att förmedla kunskaper och tillrättavisa (Miller & Rollnick, 2003). Enligt World Health Organization (2006) är tobaksberoende en sjukdom, eftersom nikotin är en drog, och klassificeras som en sådan enligt *International Classification of Diseases* (ICD-10). Tobaksbruk ska diagnostiseras och journalföras (klassifikationskod: F-17), liksom andra medicinska problem och inte ses som ett moraliskt problem (Gilljam, 2006; Hjalmarsson, 2006). Patienten kan behöva information om t.ex. hur rökning påverkar sjukdom och behandling eller vad man kan göra för att lindra abstinenssymptom vid rökstopp. Det är då viktigt att ge denna information på ett neutralt sätt utan att lägga in egna värderingar. Genom ett aktivt, intresserat lyssnande uppmuntras patienten att väga för- och nackdelar med att sluta röka. Om patienten kommer fram till att fördelarna med ett rökstopp överväger nackdelarna underlättar det för patienten att ta beslutet att sluta röka. Människor har ett behov av att själva bestämma och lyckas oftast med att genomföra en förändring när de har förankrat den i första hand i sig själva. Forskning visar att uppmuntran och stöd stärker människan i sitt initiativtagande (Holm Ivarsson, 2004; Klang Söderkvist, 2008; Miller & Rollnick, 2003). Att genomföra livsstilsförändringar är svårt och krävande för patienten speciellt då det saknas professionellt stöd. Vid rökavvänjning är det viktigt att erbjuda patienten läkemedel, vilket kan lindra abstinenssymptom, som ett komplement till samtalsstöd (Browning & Wewers, 2003; Condon & McCarthy, 2005; Giarelli, Ledbetter, Mahon & McElwain, 2004).

## **Aktuellt forskningsläge**

En litteratursökning genomfördes i databasen Scopus enligt Tabell 1. De begränsningar som användes var: dokumenttyp: "article or review" samt att artiklarna inte var äldre än från år 2000. De artiklar som ansågs motsvara syftet med aktuell studie valdes ut. Eftersom sjuksköterskors kunskap om rökning i samband med strålbehandling är en del av vårt syfte togs även artiklar som beskrev förhållandet mellan rökning och strålbehandling ur olika aspekter med. Några av artiklarna kom upp i flera av våra sökningar och redovisas då som använda artiklar på samtliga ställen. Kompletterande manuell sökning gjordes, exempelvis via referenslistor.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal använda artiklar
Scopus	”Smoking Cessation” AND Oncology	136	6
	Radiotherapy AND Smoking	1301	
	Radiotherapy AND Smoking AND Nursing	13	6
	Smoking AND “Breast Cancer” AND Radiotherapy	115	5
	Smoking AND “Cervical Cancer” AND Radiotherapy	18	2
	Smoking AND “Head and Neck Cancer” AND Radiotherapy	114	5
	Smoking AND “Prostate Cancer” AND Radiotherapy	48	2
	Nursing AND “Motivational Interviewing”	80	
	Nursing AND “Motivational Interviewing” AND Cancer	2	1
	“Information Needs” AND Nursing	227	
	“Information Needs” AND Nursing AND Participation	14	1
	Attitudes AND “Smoking Cessation” AND Cancer	317	
	Attitudes AND “Smoking Cessation” AND Cancer AND Knowledge	128	3
	Empowerment AND “Patient Perspectives”	22	1
	“Lifestyle Changes” AND “Patients Perspectives”	8	1

**Tabell 1.** Litteratursökning.

## Risker med rökning i samband med strålbehandling

Den evidens som finns idag visar att riskerna med rökning i samband med strålbehandling är olika beroende på vilken diagnos patienten har. Vid behandling av bröstcancer ökar risken att senare i livet få lungcancer på den bestrålade sidan och hjärtinfarkt vid vänstersidig behandling. Dessa samband mellan lungcancer, hjärtinfarkt och strålbehandling vid bröstcancer ses inte alls hos icke-rökare (Ford et al, 2003; Jagsi, Griffith, Koelling, Roberts & Pierce, 2007; Kaufman, Jacobson, Hershman, Desai & Neugat, 2008; Prochazka, Granath, Ekbom, Shields & Hall, 2002; Prochazka et al, 2005). Vid strålbehandling för gynekologisk cancer är risken större att få komplikationer från tarm och blåsa samt en förkortad överlevnad (Eifel, Jhingran, Bodurka, Levenback & Thames, 2002; Waggoner et al, 2006).

Patienter med head- & neckcancer (H & N-cancer) har också en ökad risk för förkortad överlevnad, men även en ökad risk för sekundära primärtumörer, återfall av sjukdom samt sämre lokal kontroll. Studier visar även att rökare kräver fler vård dagar inom slutenvården under strålbehandlingstiden då rökare i större utsträckning än icke-rökare får komplikationer i form av mukositis, pharyngeala strikturer och osteoradionekros. Rökande patienter har också ett större behov av näringssond och behöver denna under längre tid jämfört med icke-rökare

(Franchin et al, 2003; Zevallos et al, 2009). Patienter med lungcancer har en ökad risk för förkortad överlevnad, framför allt vid diagnos i tidigt sjukdomsstadie, men även för återfall av sjukdom och sämre lokal kontroll (Chen et al, 2010; Fox, Rosenzweig & Ostroff, 2004; Videtic et al, 2003). Rökare och före detta rökare har en ökad risk att utveckla metastatisk sjukdom vid prostatacancer (Pantarotto, Malone, Dahrouge, Gallant & Eapen, 2006; Zu & Giovannucci, 2009). Dessutom visar Pantarotto et al (2006) att rökare är yngre vid diagnos. Patienter med prostatacancer liksom patienter med diagnoserna bröst-, H & N- och kolorektalcancer har även en ökad risk för hudbiverkan (Kearney & Richardson, 2006; Lilla et al, 2007; Porock, Nikoletti & Cameron, 2004).

### **Sjuksköterskan som rökavvänjare**

Lally et al (2008) visade att de flesta sjuksköterskor (80 %) kände sig bekväma med att fråga sina patienter om rökning, men endast 23 % ansåg det vara sjuksköterskans uppgift och bara hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna samtalade om rökavvänjning med patienten. 74 % uppgav att de frågade patienterna om deras rökvanor, endast hälften av sjuksköterskorna diskuterade dock rökstopp med de patienter som rökte. I en studie av Sarna et al (2000) framkom att sjuksköterskor ofta frågade om och dokumenterade patientens rökvanor samt bedömde patientens vilja att bli rökfri och erbjöd patienten rökavvänjningsstöd. Uppfattningar om att patienten inte var motiverad att sluta röka var det vanligaste hindret för att sjuksköterskan skulle stödja patienten till rökstopp. Denna studie visade även att tidsbrist och kunskapsbrist var vanligt förekommande upplevda hinder. Sharp och Tishelman (2005) beskrev de faktorer som sjuksköterskor ansåg möjliggjorde eller hindrade rökavvänjningsstöd, såsom patientens insikt om rökning, viljan till beteendeförändring, motivation samt effekten av sociala relationer. Sharp, Johansson, Fagerström och Rutqvist (2008) visade i sin studie att av de 41 patienter som levde vid ettårsuppföljningen var 28 (68 %) rökfria. Utav dessa hade 21 patienter (51 %) varit rökfria vid alla nio kontrolltillfällen under året som gått. Bland de patienter som återföll till att röka visade det sig att de använt nikotinersättningsmedel under betydligt kortare tid än de som slutat helt, i genomsnitt 12 veckor jämfört med 32 för de patienter som fortfarande var rökfria.

Endast 30 % av sjuksköterskorna i McCarty, Hennrikus, Lando och Vesseys (2001) studie gav alltid eller nästan alltid kända rökare rådet att sluta röka, 41 % uppgav att de ibland gav rökande patienter rådet att sluta, medan 29 % aldrig eller nästan aldrig tog upp rökning med patienterna. Studien visade även att de sjuksköterskor som själva rökte var de som var minst benägna att råda patienter att sluta röka. 59 % av sjuksköterskorna ansåg att det är sjuksköterskans skyldighet att råda patienten att sluta röka. Dock menade 15 % att patienterna behövde fortsätta röka som ett sätt att hantera stress. I Wetta-Hall et als (2005) studie ansåg 86 % av sjuksköterskorna att det borde ingå i deras arbetsuppgifter att uppmana patienter att sluta röka. Ungefär 50 % av sjuksköterskorna tyckte att tobaksavvänjning var en del av deras arbetsuppgifter. De ansåg att de hade tillräckligt med tid att avsätta till rökavvänjningssamtal, att de hade tillräcklig tillit till sin egen förmåga att hjälpa patienter till rökstopp samt att de hade tillräckligt stöd från sjukhusledningen för att kunna implementera rökavvänjning i sitt arbete. Sjuksköterskor var mer benägna att ta upp frågan om rökavvänjning om de hade fått utbildning och kände att de hade rätt kompetens.

Kunskapsbrister hos sjuksköterskor om rökningens hälsorisker visas i en studie av Borelli och Novak (2007). Av sjuksköterskorna i studien trodde 40 % att light- eller ultralight-cigarett var mindre farliga och 14 % skulle rekommendera dessa till patienter som ett sätt att hjälpa patienten att reducera hälsoriskerna med att röka. Att skära ner sin rökning till fem cigaretter om dagen menade 81 % av sjuksköterskorna skulle förbättra hälsan. Vidare beskrevs att 60 % trodde att nikotin orsakar cancer och 72 % trodde att nikotinplåster orsakar hjärtinfarkt. Studien visar även att de sjuksköterskor som själva rökte i större utsträckning än icke-rökare ansåg att riskerna med rökning var överdrivna (Borelli och Novak, 2007). I Lawvere et als (2003) studie påtalade 61 % av sjuksköterskorna att de kände sig ha tillräcklig tillit till sin egen förmåga att hjälpa patienter till rökstopp, men endast 49 % arbetade på en arbetsplats där det fanns klara rutiner för att identifiera rökare vid varje besök. Denna studie visade även på sjuksköterskors bristande kunskap när det gällde andra läkemedel för tobaksavvänjning än nikotinplåster.

En kort, strukturerad, rådgivning är a och o för att hjälpa rökare till rökstopp. Genom att alltid fråga patienter om deras tobaksvanor visar sjukvårdspersonal på ett tydligt sätt att hälso- och sjukvården tar ohälsobeteendet på största allvar (Browning & Wewers, 2003; Dresler & Gritz, 2001; Gilljam, 2006; Kearney & Richardson, 2006; SBU, 2003a). Uppmaningen om att sluta röka bör vara klar och individanpassad, varefter en kort rådgivning ges, på tio minuter eller

mindre, samt erbjudande om hjälp och uppföljning vid återbesök. Patienten ska även informeras om och erbjudas läkemedel som kan underlätta rökavvänjningen. En kort rådgivning räcker för att på ett effektivt sätt få patienter att sluta röka. Längre rådgivningar, i form av rökavvänjningsgrupper eller enskilt rökavvänjningsstöd hjälper ytterligare fler patienter till ett rökstopp (Browning & Wewers, 2003; Dresler & Gritz, 2001; Gilljam, 2006; SBU, 2003a).

Sammanfattningsvis visar det aktuella forskningsläget att rökning i samband med strålbehandling medför klara risker för patienten. Redan 1998 kom Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (1998b) fram till att patienter med cancersjukdom har en vinst av att sluta röka och att strålbehandlingens effekt blir sämre hos de patienter som röker under behandlingen. Vid genomsökning av befintliga vårdprogram: nationellt vårdprogram för lungcancer, regionala medicinska vårdprogrammen för bröst- och lungcancer samt regionala omvårdnadsprogrammet för omvårdnad av kvinnor med bröstcancer, fanns ingen information om rökning relaterat till behandlingsresultat eller biverkningar i samband med strålbehandling (Onkologiskt centrum, 2001a; Onkologiskt centrum, 2001b; Onkologiskt centrum, 2004; Onkologiskt centrum, 2006). Inte heller i omvårdnadslitteratur av Reitan och Schölberg (2003) nämns något om rökningens påverkan på biverkningsfrekvens eller biverkningsgrad vid strålbehandling. Aktuell forskning visar också att sjuksköterskor är intresserade av att ta upp frågan om patienters rökvanor, men att många känner sig obekväma i rollen som rökavvänjare. Tidsbrist och kunskapsbrist, både om riskerna med rökning men även om rökavvänjningsmetoder, nämns av sjuksköterskorna som de största upplevda hindren för att erbjuda rökavvänjning. Vi vill belysa att evidens finns om rökningens negativa påverkan vid strålbehandling, men att kunskapen av någon anledning bristfälligt används i praktiken.

## **Syfte**

Syftet med aktuell studie är att beskriva kunskap och attityder hos sjuksköterskor som arbetar med patienter med cancersjukdom gällande rökning och rökstopp inför eller under pågående strålbehandling.

## Frågeställningar

- Hur ser sjuksköterskor på rökavvänjning och upplever de det som en del av sina arbetsuppgifter?
- Vet sjuksköterskor om att rökning under pågående strålbehandling påverkar behandlingsresultatet negativt samt ger fler och värre biverkningar?
- Vad upplever sjuksköterskor som hindrande för att motivera patienten till rökstopp?

## Metod

### Urval

Deltagarna kommer att väljas ut på så sätt att de enheter som remitterar patienter för strålbehandling på Sahlgrenska Universitetssjukhuset identifieras. Bland dessa kommer sedan de enheter som remitterar flest patienter att tillfrågas, i tur och ordning, tills önskat antal respondenter har inkluderats. Anledning till detta förfaringssätt är att de sjuksköterskor som besvarar enkäten ska ha största möjliga erfarenhet av patienter som får strålbehandling. Av de sjuksköterskor som arbetar vid dessa enheter kommer 200 att väljas ut för att svara på enkäten. Vår bedömning är att en urvalsundersökning kommer att ge svar motsvarande vårt syfte, men en statistiker kommer att kontaktas för att säkerställa att forskningsfrågan besvaras korrekt samt får statistisk signifikans.

### Datainsamling

Vid utdelandet av enkäten kommer ett informationsbrev, forskningspersonsinformation (Bilaga 1), att bifogas som beskriver studien. Ansvarig vårdenhetschef (Vec) på de enheter som inkluderas i studien kommer att kontaktas så att ett besök kan ombesörjas på deras enhets arbetsplatsträff (APT), där information om studien ges och utdelning av enkäten sker. På de enheter där enkäten delas ut kommer mappar att placeras i vilken sjuksköterskorna kan lägga sina ifyllda enkäter. Vid enhetens nästkommande APT genomförs en återkoppling, genom att vi tackar de som redan har fyllt i och påminner dem som ännu inte hunnit, men önskar fylla i



enkäten, att snarast göra det. Två veckor efter det andra APT-besöket inhämtas slutligen enkäterna. Alla som vill fylla i enkäten kommer då rimligen att ha gjort så. Genom att personligen besöka enheterna hoppas vi på en hög svarsfrekvens.

## **Analys för den fullskaliga studien**

I den fullskaliga studien kommer delar av enkätsvaren att analyseras kvantitativt med hjälp av SPSS. De öppna frågorna kommer att analyseras med kvalitativ innehållsanalys, så som Malterud (2009) beskriver analys av kvalitativa data.

Kvalitativ innehållsanalys innebär abstraktion och generalisering där ett mindre antal informanter används för att få en uppfattning om en större massa. Genom att systematiskt gå igenom texten i flera led jämförs materialet mot den teoretiska referensramen, vilket utgör analysproceduren. Textkondensering genomförs för att få en hanterbar mängd text. Information från flera olika respondenter sammanfattas i s.k. tvärgående analys. Vid genomläsning kommer fokus att ligga på gemensamma drag, vi efterfrågar alltså inte variationsbredd, det är beskrivningar av kunskap och attityder som eftersöks. Med utgångspunkt i de uttryck som framkommit återvänds sedan till texten för att identifiera meningsenheter, d.v.s. text som beskriver det studien avser att undersöka. Meningsenheterna kondenseras och koder identifieras. Koderna bildar därefter eventuella underkategorier och slutligen kategorier. De uppkomna kategorierna kontrolleras avslutningsvis mot texten som helhet, kontext, för att säkerställa att vi har varit trogna den ursprungliga texten (Malterud, 2009).

## **Forskningsetiska överväganden**

Forskning inom hälso- och sjukvård syftar framför allt till att förbättra metoder kring behandling och öka kunskap om hur sjukdomar kan förebyggas (Hansagi & Allebeck, 1994). Att forska på kolleger ställer krav på eftertanke så att man inte kränker dem som visat förtroende genom att delta i studien. Respondenterna hade säkerligen inte ställt sig till förfogande om de trott att de riskerade att framställas på ett negativt sätt eller upplevde att deras tid slösades bort (Hansagi & Allebeck, 1994; Malterud, 2009). Enkätens respondenter måste vara informerade

om studiens syfte och analysmetoder, vem som är ansvarig för studien, att all medverkan sker på frivillig basis samt att man när som helst kan avbryta sitt deltagande (SFS, 2003:460; Sykepleiernes samarbeid i Norden [SSN], 2006). Respondenterna i pilotstudien har informerats via en forskningspersonsinformation (Bilaga 1) om ovanstående. Vidare skriver SSN (2006) i den etiska principen om autonomi att studiens deltagare ska garanteras full konfidentialitet angående de uppgifter de lämnar till forskaren. Enkäterna förvaras säkert inlåsta och respondenternas integritet kommer att respekteras vid såväl analys som resultatrapportering. Av hänsyn till respondenternas integritet redovisas inte specifika enheter enskilt i resultatet.

Intervju- och enkätfrågor kan upplevas integritetskränkande (Hansagi & Allebeck, 1994). Syftet med frågorna i enkäten var att beskriva kunskap och attityd hos sjuksköterskor som arbetar med patienter med cancersjukdom gällande rökning och rökstopp inför eller under pågående strålbehandling. Vid framtagandet av frågorna i enkäten ägnades speciell vikt vid att formulera frågorna på ett sådant sätt att själva frågan i sig inte skulle upplevas värderande eller kränkande av respondenten i enlighet med SSN's (2006) etiska princip om att inte skada. Vår erfarenhet är att sjuksköterskor generellt sett har bristande kunskap om rökning och rökavvänjning under pågående strålbehandling, vilket också stöds av aktuell forskning. Föreliggande studie avser att påvisa denna brist så att sjuksköterskor i framtiden skall ges förutsättningar för att tillhandahålla omvårdnad i enlighet med SSN's (2006) etiska princip om att göra gott. I SSN's (2006) etiska princip om rättvisa framhålls att alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden kan motverkas och lindras genom kunskapsutveckling. Detta menar vi stöder att även patienter med cancersjukdom ska erbjudas rökavvänjning.

Ansökan om etikprövning av föreliggande studie behöver inte göras då den inte faller under någon av etikprövningsnämndens anvisningar över vilken typ av forskning som kräver etikprövning (Etikprövningsnämnden, 2003).

## **Pilotstudie**

### **Urval**

Datansamlingen för pilotstudien genomfördes på tre olika onkologenheter på ett universitetssjukhus. Vec kontaktades på en onkologisk öppenvårdsavdelning och två onkologiska slutenvårdsavdelningar. Syftet med studien förklarades och en förfrågan om deltagande ställdes som innebar att Vec skulle dela ut enkäten till fem till tio av sjuksköterskorna på avdelningen. Alla accepterade att delta och enkäter lämnades således till respektive Vec för utdelning på den egna enheten, tillsammans med forskningspersonsinformation och blankett för informerat samtycke (Bilaga 1). Sammantaget utdelades 20 enkäter och dessa samlades in efter en vecka.

### **Datansamling**

Datansamling med enkät valdes eftersom vi med denna studie ville få en beskrivning av kunskap och attityder hos sjuksköterskor angående rökning och rökavvänjning under pågående strålbehandling. Enkäten bestod av 10 frågor, som ställdes utifrån syftet med studien. De sex första frågorna hade svarsalternativ ”Ja” eller ”Nej”. Fråga sju och åtta hade också svarsalternativ ”Ja” och ”Nej” men respondenten ombads även att motivera sitt svar. Vi ansåg att enbart frågor med förutbestämda svarsalternativ skulle ge en för onyanserad beskrivning och valde därför att komplettera med två öppna frågor där respondenten fritt gavs möjlighet att uttrycka sig. Respondenten fick på detta sätt tillfälle att lämna svar som inte på förhand hade formulerats genom forskarnas egna förförståelse. Det finns dock alltid en risk att frågeformuläret i sin helhet och frågornas inbördes placering i enkäten hämmar respondentens möjlighet till fria svar (Malterud, 2009; Trost, 2007).

### **Analys för pilotstudien**

Pilotstudiens syfte var att testa användbarheten av frågorna i enkäten. Fråga 1 till 8 analyserades kvantitativt och redovisas statistiskt i form av tabell och fråga 7 till 10 analyserades med hjälp av en form av kvalitativ innehållsanalys. Fråga 6 och 7 redovisas alltså ur två

aspekter då vi efterfrågat dels ”Ja” eller ”Nej” men även ombett respondenten att motivera sitt svar. De öppna frågorna har en induktiv ansats och de frågorna med fasta svarsalternativ en beskrivande, deduktiv ansats.

Såsom Malterud (2009) beskriver lästes texten i sin helhet flera gånger och ur det framkom uttryck i texten som svarade på studiens frågeställningar. Fokus för analysen var att hitta gemensamma nämnare i texten för att kunna beskriva kunskap och attityder, hos sjuksköterskor som arbetar med patienter med cancersjukdom, gällande rökning inför eller under pågående strålbehandling. Det som framkom då texten lästes i sin helhet var: *”Tidsbrist”*, *”Känslor av skuld”*, *”Egna initiativ”*, *”Hänvisa rökavvänjning till andra”*, *”Positiv attityd till rökavvänjning”* samt *”Negativ attityd till rökavvänjning”*. Med dessa valda uttryck ur texten återvände vi till materialet för att hitta de gemensamma nämnare som beskrev innehållet i varje valt uttryck. Dessa gemensamma nämnare blev sedan våra meningsenheter med vilka analysen startades.

Meningsenheterna kondenserades, utom i det material som skulle komma att bli kategorin *”Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka”*, där meningsenheterna redan var kortfattade. Då meningsenheterna kondenserades eftersöktes innehåll i texten som beskrev kunskap och attityd. Genom tolkning och sammanfattning av de kondenserade meningsenheterna framkom koder då frågor ställdes till materialet med utgångspunkt från studiens syfte och frågeställningar. Koderna samlades i underkategorier, med undantag av kategorin *”Tidsbrist”* som utkristalliserade sig direkt ur koderna. De kategorier som slutligen bildades var: *”Tidsbrist”*, *”Känslor av skuld”*, *”Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka”* samt *”Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning”*. För exempel på analysprocessen se bilaga 3. Slutligen återvände vi till ursprungstexten för att säkerställa giltigheten i kategorierna. På grund av pilotstudiens begränsade material lät sig vidare analys inte göras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008; Malterud, 2009).

# Resultat

## Beskrivning av respondenterna

Sexton sjuksköterskor besvarade enkäten av de tillfrågade 20. Utav dessa valde två stycken att inte ange demografiska data överhuvudtaget. Respondenterna hade en medelålder på 37,3 år (range: 27-53 år) och medianåldern var 30 år. I genomsnitt hade respondenterna arbetat 6,6 år inom onkologi (range: två månader-15 år) och medianarbetstiden inom onkologi var 5,5 år. En svarade enbart på antal år inom onkologi. Två stycken valde att inte ange antal år inom onkologi, men besvarade övriga demografiska data och en valde att besvara demografiska data förutom examensår. Examensår varierade från 1977 till 2010. Fyra respondenter hade gått grundutbildning med 120 högskolepoäng (hp) medan åtta av respondenterna hade en grundutbildning på 180 hp. Av dem som besvarat enkäten var tolv kvinnor, en var man och tre stycken valde att inte uppge kön.

## Beskrivning av respondenternas kunskap och attityder

Först redovisas kvantitativa data i form av tabell (Tabell 2). Därefter redovisas studiens kvalitativa del där fyra kategorier framkom genom en form av innehållsanalys. (1) *"Känslor av skuld"* (sjuksköterskans upplevelse av patientens känsla av skuld, svårt att samtala om rökning), (2) *"Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka"* (hänvisa patienten till andra instanser, muntlig information, skriftlig information, egna initiativ), (3) *"Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning"* (uttalad vilja att stödja patientens rökavvänjning, positiva, för-behåll, hinder för rökavvänjningsstöd), (4) *"Tidsbrist"* (inte utrymme, tiden räcker inte till, tid måste avsättas).

Samtliga respondenter sa sig känna till SU's riktlinjer för ett rökfritt sjukhus. Majoriteten av dem som svarade på enkäten sa sig känna till att behandlingsresultatet påverkas av rökning i samband med strålbehandling (12/16) samt att biverkningsfrekvens och grad av biverkningar påverkas (10/16). De flesta sjuksköterskor brukade fråga sina patienter om deras rökvanor (10/16) och rekommenderade rökare att sluta (10/16). De ansåg även att det ingick i deras arbetsuppgifter att hjälpa patienten att sluta röka (9/16) och visste vart de kunde hänvisa

patienter för rökavvänjningsstöd (12/16). Dock menade merparten av respondenterna att de inte besatt tillräckliga kunskaper om rökavvänjning för att själva kunna motivera patienter till rökstopp (10/16).

Alla respondenter (16/16) svarade på frågorna med fasta svarsalternativ utom på fråga 7, ”Anser Du att det borde ingå i Dina arbetsuppgifter att hjälpa patienten att sluta röka?”, där en respondent ringade in båda svarsalternativen och en svarade varken ja eller nej. Majoriteten av respondenterna (15/16) valde att besvara de öppna frågorna. En respondent besvarade alla frågor, men utelämnade svar på fråga 10. I slutet av enkäten uppmanades respondenterna att komplettera med egna kommentarer om de så önskade. Två av dem som svarade på enkäten valde att göra så och i båda fallen kommenterade de fråga 5.

Fråga	Enkät svar	Ja	Nej
1	Känner Du till att rökning påverkar biverkningsfrekvensen och graden av biverkningar vid strålbehandling?	10	6
2	Känner Du till att rökning i samband med strålbehandling påverkar behandlingsresultatet?	12	4
3	Känner Du till SU's riktlinjer för ett rökfritt sjukhus?	16	0
4	Frågar Du vanligtvis Dina patienter om deras rökvanor?	10	6
5	Brukar Du rekommendera de patienter som röker att sluta?	10	6
6	Anser Du att Du besitter tillräckligt med kunskap om rökavvänjning för att kunna motivera patienter att sluta?	6	10
7	Anser Du att det borde ingå i Dina arbetsuppgifter att hjälpa patienten att sluta röka?	9	5
8	Vet du vart Du kan hänvisa patienter som vill ha hjälp att sluta röka?	12	4

**Tabell 2.** Frekvenstabell avseende fråga 1-8.

## Känslor av skuld

I vår enkät framkom att sjuksköterskor kände att det var svårt att samtala om rökning på grund av oro över att patienten då skulle känna sig skuldbelagd. Flera sjuksköterskor menade att patienterna redan mådde dåligt av sin rökrelaterade diagnos och ville därför inte diskutera rökavvänjning med patienten.

*”Upplever att vissa pat. upplever att man kanske klandrar dem.”*

*”Känns inte bra att belasta dem med mer skuld över sin rökning...”*

### **Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka**

Att hänvisa patienten vidare till andra instanser var ett sätt för sjuksköterskor att hjälpa patienten. De instanser som de hänvisade till var exempelvis strålbehandlingens rökavvänjningsmottagning, hjärtmottagningen, sjuksköterska på egna enheten som arbetade med rökavvänjning samt sluta-röka-linjen och apoteket. Några angav att de bad läkaren skriva ut läkemedel alternativt remiss för rökavvänjning. En del gav muntlig information om rökavvänjning och vissa delade även ut skriftlig information. Några sjuksköterskor beskrev att de försökte motivera patienten till rökstopp genom att relatera till bieffekter, ge positiv feedback och bestämma ”sluta-röka-datum” med patienten.

*”Till rökavvänjningspersonalen på strålbeh. Vi har informationsbroschyrer vi kan ge pat. Om det är en pat. som inte strålar vet jag inte riktigt vart jag ska vända mig.”*

*”... Erbjuder nikotinplåster samt försöker ”peppa” dom.”*

### **Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning**

De flesta sjuksköterskor var positivt inställda till rökavvänjning och uttryckte en vilja att hjälpa och stödja patienten till att bli rökfri. För att det skulle kännas bekvämt att ta upp rökavvänjning önskade dock några att initiativet då skulle komma från patienten själv. De hinder sjuksköterskor framförde för att inte tillhandahålla rökavvänjningsstöd var att de vårdade palliativa patienter, kände kunskapsbrist, korta möten samt biverkningsrisken med rökavvänjningsläkemedel.

*”... Jag önskar att vi skulle ha bättre tillgång till rökavvänjning på kliniken och önskar också mer egen kunskap i ämnet.”*

*”Jag upplever det positivt om pat. själv kommer med förslaget att sluta...”*

*”... Jag anser att hjälpa pat. sluta röka får skötas på annat sätt o av annan personal...”*

## **Tidsbrist**

Flera sjuksköterskor upplevde att det var svårt att få tiden att räcka till för rökavvänjningsstöd. De angav att utrymmet för rökavvänjning inte fanns utan att tid då måste avsättas till det.

*”Men frågan är hur tiden ska räcka till det. Pat. är ju i behov av många samtal om det.”*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Vid datainsamlingen använde vi två typer av frågor, slutna och öppna svarsalternativ, för att testa olika sätt att ställa frågor om kunskap och attityd och få en insikt i de olika analysmetoderna för de två frågetyperna. Vi ville på detta sätt öka vår kunskap om vetenskapliga metoder, både om olika typer av datainsamling och av analysmetoder. Trost (2007) beskriver två olika sätt att ställa attitydfrågor. Det första alternativet är att be respondenten att ta ställning till i vilken grad han eller hon instämmer i ett påstående. Det andra är att ställa ja och nej frågor. Vidare varnar författaren för svårigheten i att ställa öppna frågor i enkät av flera olika anledningar, bl.a. att svarsbortfallet brukar bli mycket stort. Vi valde ändå att testa denna frågetyp och få möjlighet att använda oss av innehållsanalys som metod. Öppna frågor används ofta för att ge respondenten tillfälle att utveckla sina känslor och åsikter (Hansagi & Allebeck, 1994). Att genomföra innehållsanalys var ett bra sätt att förtydliga innebörden av respondenternas svar. Då materialet var relativt litet var det inte möjligt att använda analysen fullt ut, detta tror vi dock kommer att låta sig göras i den fullskaliga studien. Hansagi och Allebeck (1994) beskriver hur man med hjälp av öppna frågor kan genomföra explorativa intervjuer för att få fram vilka begrepp sjuksköterskor använder sig av när de beskriver det vi vill utforska. Detta tillvägagångssätt hade kunnat vara en hjälp för oss när vi utformade



frågorna till vår enkät och ett alternativ till den typen av pilotstudie vi genomfört. Å andra sidan överensstämmer resultatet från vår pilotstudie väl med det aktuella forskningsläget, så vi anser att våra frågor fungerat väl i förhållande till vad vi avsåg att studera. Då det finns en risk att enkätens utformning riskerar att färga respondentens svar på de två första frågorna av informationen på enkätens framsida, avser vi att inför den fullskaliga studien ta bort informationen från enkätens framsida och endast ge den till respondenten via forskningspersonsinformationen. Validering av enkäten kommer att göras inför den fullskaliga studien.

Med tanke på att de två respondenter som valt att lämna egna kommentarer kommenterat fråga 5, borde vi kanske ha lämnat utrymme för kommentar på den frågan. I den fullskaliga studien avser vi i så fall att byta plats på fråga 5 och 6 i enkäten för att frågor där respondenten ombeds att motivera sitt svar ska hamna i en följd. I den demografiska datan ser vi att vi saknar information angående sjuksköterskornas tidigare och nuvarande rökvanor. Dessutom borde vi ha varit tydligare med vår instruktion till respondenterna att de även skulle fylla i den demografiska datan. Det skulle ha varit intressant att veta om respondenterna var specialistutbildade eller inte och i så fall utbildningsår samt inom vilken specialitet. Med tanke på att tre av 16 respondenter valt att inte uppge sin ålder, kommer vi att i den fullskaliga studien istället efterfråga födelseår. Eftersom vi inte kan se hur kön skulle kunna påverka sjuksköterskans kunskap eller attityder när det gäller att motivera patienten till rökstopp har vi funderingar kring att inte efterfråga kön i den fullskaliga studien. Detta skulle även hindra att manliga sjuksköterskor ska riskera att känna sig utpekade, då de ofta är i minoritet på vårdavdelningar. I de vetenskapliga artiklar vi har läst inför denna studie har kön redovisats i demografiska data i vissa artiklar, men inte använts vidare i resultatredovisningen. Demografiska data kan för vissa upplevas som närgångna frågor och bör enligt Hansagi och Allebeck (1994) inte finnas i inledningen av en enkät. Genom att lägga demografiska data sist i enkäten är chanserna större att de fylls i av fler respondenter. Med hänsyn till detta kommer vi i den fullskaliga studien att flytta frågor om demografiska data och lägga dem sist i enkäten med instruktionen "*Avslutningsvis vill vi be Dig fylla i nedanstående fakta om Dig själv*".

Vi inser att det kan finnas personal som själva röker och därför möjligen kan tycka att den här enkäten är jobbig att fylla i, vi ser dock inte detta som ett motiv för att studien inte skulle genomföras. Nya fakta om sjukdom och behandling presenteras kontinuerligt och vi som sjuksköterskor tvingas därför att ständigt revidera vad vi tidigare har lärt oss (ICN, 2007: SFS, 1982:763; SSN, 2006).

## Resultatdiskussion

Resultatet i vår pilotstudie har stor överensstämmelse med det som Sarna et al (2000) och Lally et al (2008) visar i sina studier. Det blir intressant att se om den fullskaliga studien kommer att visa samma slags resultat utöver att ge mer tyngd med den utökade mängden. Vi hoppas att resultatet kan komma att ligga till grund för att lyfta frågan om vikten av rökavvänjningsstöd till patienter med cancersjukdom i vår region.

### Känslor av skuld

Att diskutera rökning med en patient med cancersjukdom kan förmedla en uppfattning av att man är intresserad av personens hälsa. Att säga till patienten *"Inte ska väl du tänka på det nu"* kan ses som att frånta patienten sin framtidstro. Det är således viktigt att all personal ger samma budskap och likvärdig information angående rökning (Browning & Wewers, 2003; Dresler & Gritz, 2001; Gilljam, 2006; Kearney & Richardson, 2006; SBU, 2003a).

Watson (1993) betonar individens möjligheter till växande och utveckling i situationer av stress förorsakade av exempelvis förändringar. Litteraturen visar att många patienter är motiverade att sluta röka i samband med diagnostillfället och detta kan mycket väl vara ett utmärkt tillfälle att ta upp frågan om rökning och ett eventuellt rökstopp med patienten (Kearney & Richardson, 2006; Sharp et al, 2008; Sharp & Tishelman, 2005). Sjuksköterskan bör alltså diskutera rökning och rökavvänjning med patienten och vi menar att detta är möjligt att göra utan att värdera eller skuldbelägga. Patienten har rätt att få veta om de risker som finns med att röka i samband med strålbehandling, gällande både biverkningar och behandlingsresultat i enlighet med aktuell forskning, för att kunna ta ett välinformerat beslut. Vid motiverande samtal låter sjuksköterskan patienten styra vilken information denne vill ha (Miller & Rollnick, 2003). Genom att exempelvis ställa frågan *"Vill du att jag ska berätta på vilket sätt rökning påverkar din strålbehandling?"* visas hänsyn till patienten och dennes autonomi.

## **Vad sjuksköterskor gör för att hjälpa patienten att sluta röka**

De flesta respondenterna hänvisade till andra instanser för rökavvänjning. Sjuksköterskor behöver mer kunskap om hur de kan hjälpa patienten att hitta sin egen motivation för att bli rökfri. Sjuksköterskor inom onkologi samtalar inte om rökavvänjning i önskad utsträckning trots att vetenskaplig evidens tydligt pekar på vinsten av ett rökstopp även för de patienter som redan har en cancerdiagnos (Kearney & Richardson, 2006).

Många rökare har försökt sluta vid flertalet tillfällen med misslyckat resultat och har därför tappat tron på sin egen förmåga. Sjuksköterskans uppgift är att arbeta tillsammans med patienten, göra denne till en del av sjukvårdsteamet och måste hjälpa patienten att hitta sin egen motivation till förändring genom att frambringa en ökad självinsikt. Genom att stärka patientens tro på sin egen kompetens och egna resurser ökas den egna förmåga att bemästra sin situation, vilket stärker patientens autonomi (Edwards, 2002; Klang Söderkvist, 2008; Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004; Miller & Rollnick, 2003; Watson, 1993). I enlighet med vad vi vet har sjuksköterskan en pedagogisk uppgift t.ex. att förklara för patienten att det inte är nikotinet i en rökt cigarett som har betydelse vid strålbehandling och att det alltså inte räcker att dra ned sin cigarettkonsumtion för att få gynnsam effekt på behandlingen. Vi anser att alla sjuksköterskor behöver kunskap om hur de ska stödja patienten att hitta sin motivation för livsstilsförändringar. Det är viktigt med sjuksköterskemottagningar för rökavvänjning, men inom alla enheter behövs det korta rökavvänjningssamtalet som en omvårdnadshandling i den dagliga vården.

## **Sjuksköterskors attityder till rökavvänjning**

I ICN (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) under *"Sjuksköterskan och professionen"* återfinns följande: *"Sjuksköterskan är aktiv när det gäller att utveckla omvårdnad som vilar på evidensbaserad kunskapsgrund"*. Där står också att sjuksköterskan själv har ansvar för att behålla sin yrkeskompetens genom att hålla sig à jour med utvecklingen. Detta tillsammans med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) tolkar vi som att sjuksköterskan är skyldig att hålla sig uppdaterad och implementera de ny rön som framkommer via forskning. De flesta sjuksköterskor i vår pilotstudie var positivt inställda till rökavvänjning, men vissa ansåg att det inte ingick i deras arbetsuppgifter att tillhandahålla rökavvänjning. Aktuell forskning visar

på liknande resultat d.v.s. att sjuksköterskor i varierande utsträckning inte anser att rökavvänjning är en del av deras arbetsuppgifter (Lally et al, 2008; McCarty et al, 2001; Wetta-Hall, 2005). Vi menar att rökavvänjning, liksom stöd vid andra livsstilsförändringar, bör ingå i sjuksköterskans arbetsuppgifter. Detta stöds också av Sahlgrenska Universitetssjukhusets [SU] (2006) policydokument *"Riktlinjer för ett rökfritt sjukhus"*. Detta dokument borde användas mer i kliniken. Sjuksköterskor borde dra nytta av de beslut som sjukhuset faktiskt har tagit och se till att de resurser som behövs också görs tillgängliga på den egna enheten.

Aktuell forskning visar att de vanligaste hinder som sjuksköterskan upplevde för att bedriva rökavvänjning var tidsbrist och kunskapsbrist. Kunskapsbristen kunde innefatta exempelvis missuppfattningar som att light-cigaretter var mindre farliga i jämförelse med vanliga cigaretter eller att nikotinet är det ämne i cigaretten som orsakar cancer. Det påvisades även bristande kunskaper när det gäller nikotinersättningsläkemedel och andra läkemedel vars syfte är att lindra abstinens vid rökstopp (Borelli & Novak, 2007; Lawvere et al, 2003). Det framkom också att sjuksköterskor trodde att patienterna inte var motiverade eller att de behövde fortsätta röka för att lindra stress (McCarty et al, 2001; Sarna et al, 2000).

Vi ser rökavvänjning som en tertiär prevention och sjuksköterskan har en skyldighet att erbjuda patienten denna omvårdnadshandling i syfte att höja patientens livskvalitet (SOSFS, 1995:5; SU, 2006). Målet med tertiär prevention är att begränsa morbiditet och mortalitet för patienter med cancer. Tertiär prevention inkluderar att undvika att komplikationer uppstår från behandling eller sjukdomen i sig, att minska risken för återfall i sjukdom eller att en sekundär cancer ska uppstå (Kearney & Richardson, 2006; Ringborg et al, 2008). Allt detta kan uppnås genom rökstopp för patienten, så självklart ska vi sjuksköterskor stödja och hjälpa våra patienter att hitta sin motivation för att komma till ett rökstopp.

### **Tidsbrist**

Flera sjuksköterskor upplevde att tiden inte räckte till för att de själva skulle hjälpa patienten med rökavvänjningsstöd. Upplevd tidsbrist är inte nödvändigtvis detsamma som faktisk tidsbrist. Att uttrycka tidsbrist kan också vara en omedveten förevändning för att inte behöva beträda en arena där man känner sig osäker, vilket är förståeligt. Litteraturen visar att även en kort intervention ger tillfredsställande resultat när det gäller rökavvänjningsstöd (Browning &

Wewers, 2003; Dresler & Gritz, 2001; Gilljam, 2006; Kearney & Richardson, 2006; SBU, 2003a; Sharp et al, 2008). Dessutom har sjuksköterskan stöd i hälso- och sjukvårdslagen, kompetensbeskrivning för sjuksköterskor samt SU's riktlinjer för ett rökfritt sjukhus och kan med hjälp av dessa dokument peka på att tid behöver avsättas på arbetsplatsen för rökavvänjningsstöd (SFS, 1982:763; SOSFS, 1995:5; SU, 2006). Silverberg (2006) påtalar att om medarbetarna ska kunna följa sjukhusledningens uttalade målsättning måste förutsättningar för detta skapas. Exempel på åtgärder kan vara att utbilda fler, skapa tid för både korta och mer avancerade rökavvänjningssamtal och se till att de med rökavvänjningsutbildning får möjlighet att praktisera sina kunskaper. Alla sjuksköterskor behöver inte bedriva rökavvänjningsmottagningar, men alla måste vara kapabla att samtala om rökning och rökavvänjning och se till att patienten får erforderlig vård.

Arbetet med uppsatsen har varit mycket intressant och lärorikt. Litteratursökningar gjordes gemensamt, men litteraturen lästes enskilt. Allt övrigt arbete såsom analys, diskussion och skrivande har vi arbetat med tillsammans.

## **Konklusion**

Vår pilotstudie visar att sjuksköterskor är intresserade av att hjälpa patienter med rökavvänjning, men känner i många fall att de saknar kunskap i ämnet och tid för uppgiften. Därför hänvisades ofta patienter vidare till andra instanser. De resultat vi har fått fram i vår pilotstudie överensstämmer med den begränsade, befintliga forskningen i ämnet. Sjuksköterskor tillskriver patienter en känsla av skuld, men frågan är om skulden ökas av att bli erbjuden rökavvänjning. Möjligtvis skulle patienter kunna uppleva en lättnad över att bli erbjudna stöd vid livsstilsförändringen. Det hade varit intressant att genom intervjuer ta reda på patientens upplevelse av att erbjudas hjälp till livsstilsförändring. Mer forskning behövs på patienter som röker i samband med strålbehandling för att ytterligare stärka evidensen om att de får fler och värre biverkningar samt sämre behandlingsresultat. Rökavvänjning inför strålbehandling är essentiell och med en ökad tyngd i forskningen kan sjukvården inte blunda för faktum.

Det borde ingå i vår utbildning, åtminstone på avancerad nivå, att få verktygen för att kunna stödja patienter vid livsstilsförändring. Det behövs mer forskning på de rökavvänjningsmetoder som finns, för att utröna vilka metoder som är mest effektiva (Cooley et al, 2008; de Moor, Elder & Emmons, 2008; Kagan, 2009; Pinto & Floyd, 2008; Pinto & Trunzo, 2005). För framtiden skulle det vara intressant att göra en studie baserad på motiverande samtal som metod för att hjälpa patienter med cancersjukdom att sluta röka. Det är anmärkningsvärt lite som har hänt när det gäller att föra ut befintlig kunskap i klinisk verksamhet sedan SBU-rapporten kom 1998. Att vårdprogrammen inte tar upp rökningens påverkan på behandlingsresultat, biverkningsfrekvens och biverkningsgrad vid strålbehandling och anger att patienten ska rekommenderas rökstopp inför strålbehandling är för oss mycket förvånande.

## Referenslista

- Borelli, B., & Novak, S. P. (2007). Nurses' Knowledge About the Risk of Light Cigarettes and Other Tobacco "Harm Reduction" Strategies. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(6), 653-661.
- Browning, K. K., Wewers, M. E., Ferketich, A. K., Otterson, G. A., & Reynolds, N. R. (2009). The Self-Regulation Model of Illness Applied to Smoking Behaviour in Lung Cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), E15-E25.
- Browning, K. K., & Wewers, M. E. (2003). Smoking Cessation and Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 19(4), 268-275.
- Chen, J., Jiang, R., Garces, Y. I., Jatoi, A., Stoddard, S. M., Sun, Z., et al. (2010). Prognostic Factors for Limited-Stage Small Cell Lung Cancer: A study of 284 Patients. *Lung Cancer*, 67(2), 221-226.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle Changes Following Acute Myocardial Infarction: Patients Perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44.
- Cooley, M. E., Sipples, R. L., Murphy, M., & Sarna, L. (2008). Smoking Cessation and Lung Cancer: Oncology Nurses Can Make a Difference. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(1), 16-26.
- Degerfält, J., Moegelin, I-M., & Sharp, L. (2008). *Strålbehandling*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- de Moor, J. S., Elder, K., & Emmons, K. M. (2008). Smoking Prevention and Cessation Interventions for Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 180-192.
- Dresler, C. M., & Gritz, E. R. (2001). Smoking, Smoking Cessation and the Oncologist. *Lung Cancer*, 34, 315-323.
- Edwards, C. (2002). A Proposal That All Patients Be Considered Honorary Members of the Healthcare Team. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 340-348.
- Eifel, P. J., Jhingran, A., Bodurka, D. C., Levenback, C., & Thames, H. (2002). Correlation of Smoking History and Other Patient Characteristics with Major Complications of Pelvic Radiation Therapy for Cervical Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(17), 3651-3657.
- Ekman, A. (Chefred.). (2010). Empowerment. I *Nationalencyklopedin*. Hämtat 9 april, 2010, från Nationalencyklopedin: [www.ne.se](http://www.ne.se).
- Eriksson, K. (1991). *Broar: Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Åbo Akademi.
- Etikprövningsnämnden. (2003). *Vad ska etikprövas?*. Hämtat 22 maj, 2010, från Etikprövningsnämnden: [www.epn.se](http://www.epn.se).

- Ford, M. B., Sigurdson, A. J., Petrusis, E. S., Ng, C. S., Kemp, B., Cooksley, C., et al. (2003). Effects of Smoking and Radiotherapy on Lung Carcinoma in Breast Carcinoma Survivors. *American Cancer Society*, 98, 1457-1464.
- Fox, J. L., Rosenzweig, K. E., & Ostroff, J. S. (2004). The Effect of Smoking Status on Survival Following Radiation Therapy for Non-Small Cell Lung Cancer. *Lung Cancer*, 44, 287-293.
- Franchin, G., Minatel, E., Gobitti, C., Talamini, R., Vaccher, E., Sartor, G., et al. (2003). Radiotherapy for Patients with Early-Stage Glottic Carcinoma. *American Cancer Society*, 98, 765-772.
- Giarelli, E., Ledbetter, N., Mahon, S., & McElwain, D. (2004). "Not Lighting Up": A Case Study of a Woman Who Quit Smoking. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), E54-E63.
- Gilljam, H. (2006). *Rökavvänjningspraktika*. Södertälje: AstraZeneca Sverige AB.
- Hansagi, H., & Allebäck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjalmarsson, A. (2006). *En handledning för tobaksavvänjning*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Holm Ivarsson, B. (2004). *Det motiverande samtalet om tobaksvanor* (2004:51). Hämtat 28 mars 2010, från Statens folkhälsoinstitut: [www.fhi.se](http://www.fhi.se)
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Koelling, T., Roberts, R., & Pierce, L. J. (2007). Rates of Myocardial Infarction and Coronary Artery Disease and Risk Factors in Patients Treated with Radiation Therapy for Early-Stage Breast Cancer. *American Cancer Society*, 109(4), 650-657.
- Kagan, S. (2009). The Influence of Nursing in Head and Neck Cancer Management. *Current Opinion in Oncology*, 21, 248-253.
- Kaufman, E. L., Jacobson, J. S., Hershman, D. L., Desai, M., & Neugut, A. I. (2008). Effect of Breast Cancer Radiotherapy and Cigarette Smoking on Risk of Second Primary Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(3), 392-398.
- Kearney, N., & Richardson, A. (Eds.). (2006). *Nursing Patients with Cancer: Principles and Practice*. London: Churchill Livingstone.
- Klang Söderkvist, B. (Red.). (2008). *Patientundervisning*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is Important for Patient Centred Care? A Qualitative Study about the Perceptions of Patients with Cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 582-589.
- Lally, R. M., Chalmers, K. I., Johnson, J., Kojima, M., Endo, E., Suzuki, S., et al. (2008). Smoking Behavior and Patient Education Practices of Oncology Nurses in Six Countries. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 372-379.



- Lawvere, S., Mahoney, M. C., Englert, J. J., Murphy, J. M., Hyland, A., Klein, S. B., et al. (2003). Nurses Practitioners' Knowledge, Practice and Attitudes about Tobacco Cessation & Lung Cancer Screening. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(8), 376-381.
- Lejsgaard Christensen, S., & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientundervisning* (H. Karman, övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Lilla, C., Ambrosone, C. B., Kropp, S., Helmbold, I., Schmezer, P., von Fournier, D., et al. (2007). Predictive Factors for Late Normal Tissue Complications Following Radiotherapy for Breast Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 106, 143-150.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 159-171). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (2:a uppl.) (M. Midenstrand, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2003.).
- McCarty, M. C., Hennrikus, D. J., Lando, H. A., & Vessey, J. T. (2001). Nurses' Attitudes Concerning the Delivery of Brief Cessation Advice to Hospitalized Smokers. *Preventive Medicine*, 33, 674-681.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motiverande samtal*. (C. Å. Farbring, övers.). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 2002).
- Onkologiskt centrum. (2001a). *Lungcancer: Nationellt vårdprogram*. Hämtat 28 mars, 2010, från Onkologiskt centrum: [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)
- Onkologiskt centrum. (2001b). *Omvårdnad av kvinnor med bröstcancer: Regionalt vårdprogram 2001*. Hämtat 28 mars, 2010, från Onkologiskt centrum: [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)
- Onkologiskt centrum. (2004). *Regionala vårdprogram/riktlinjer 2004: Lungcancer*. Hämtat 28 mars, 2010, från Onkologiskt centrum: [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)
- Onkologiskt centrum. (2006). *Regionala vårdprogram/riktlinjer 2006: Bröstcancer*. Hämtat 28 mars, 2010, från Onkologiskt centrum: [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)
- Pantarotto, J., Malone, S., Dahrouge, S., Gallant, V., & Eapen, L. (2006). Smoking is Associated with Worse Outcomes in Patients with Prostate Cancer Treated by Radical Radiotherapy. *BJU International*, 99, 564-569.
- Pinto, B. M., & Floyd, A. (2008). Theories Underlying Health Promotion Interventions among Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 153-163.
- Pinto, B. M., & Trunzo, J. J. (2005). Health Behaviours During and After a Cancer Diagnosis. *American Cancer Society*, 104(11 Suppl.), 2614-2623.

Porock, D., Nikoletti, S., & Cameron, F. (2004). The Relationship between Factors That Impair Wound Healing and the Severity of Acute Radiation Skin and Mucosal Toxicities in Head and Neck Cancer. *Cancer Nursing*, 27(1), 71-78.

Prochazka, M., Granath, F., Ekblom, A., Shields, P. G., & Hall, P. (2002). Lung Cancer Risks in Women With Previous Breast Cancer. *European Journal of Cancer*, 38(11), 1520-1525.

Prochazka, M., Hall, P., Gagliardi, G., Granath, F., Nilsson, B. N., Shields, P. G., et al. (2005). Ionizing Radiation and Tobacco Use Increases the Risk of a Subsequent Lung Carcinoma in Women With Breast Cancer: Case-Only Design. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7467-7474.

Reitan, A. M., & Schölberg, T. Kr. (Red.). (2003). *Onkologisk omvårdnad: Patient – problem – åtgärd* (L. Jones, övers.). Stockholm: Liber AB. (Originalarbete publicerat 2000).

Ringborg, U., Dalianis, M., & Henriksson, R. (Red.). (2008). *Onkologi* (2:a uppl.). Stockholm: Liber AB.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2006). Riktlinjer för ett rökfritt sjukhus. Hämtat 28 mars, 2010, från Sahlgrenska Universitetssjukhusets intranät: <http://intra.sahlgrenska.se>

Sarna, L. P., Brown, J. K., Lillington, L., Rose, M., Wewers, M. E., & Brecht, M-L. (2000). Tobacco Interventions by Oncology Nurses in Clinical Practice. *American Cancer Society*, 89(4), 881-889.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtat 28 mars, 2010, från Sveriges Riksdag: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtat 28 mars, 2010, från Sveriges Riksdag: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)

Sharp, L., Johansson, H., Fagerström, K., & Rutqvist, L. E. (2008). Smoking Cessation Among Patients with Head and Neck Cancer: Cancer as a 'Teachable Moment'. *European Journal of Cancer Care*, 17, 114-119.

Sharp, L., & Tishelman, C. (2005) Smoking Cessation for Patients with Head and Neck Cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 226-235.

Silfverberg, G. (Red.). (2006). *Nya vägar i vårdetiken*. Lund: Studentlitteratur.

SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor i hälso- och sjukvården*. Hämtat 9 Maj, 2010, från Socialstyrelsen: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (1998b). *Metoder för rökavvänjning* (SBU-rapport 138). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003a). *Metoder för rökavvänjning: Sammanfattning och slutsatser*. Hämtad 2 maj, 2010, från Statens beredning för medicinsk utvärdering: [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003b). *Strålbehandling vid cancer: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport 162). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens medicinsk-etiska råd. (1994). *Etiska vägmarken 6: Människosyner*. Stockholm: Gotab.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICNs etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat 28 mars, 2010, från Svensk sjuksköterskeförening: <http://www.swenurse.se>

Sykepleiernes samarbeid i Norden. (2006). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtat 22 maj, 2010, från Sykepleiernes samarbeid i Norden: [www.ssn-nnf.org](http://www.ssn-nnf.org)

Trost, J. (2007). *Enkätboken* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Videtic, G. M. M., Stitt, L.W., Dar, A. R., Kocha, W. I., Tomiak, A. T., Truong, P. T., et al. (2003). Continued Cigarette Smoking by Patients Receiving Concurrent Chemoradiotherapy for Limited-Stage Small-Cell Lung Cancer is Associated with Decreased Survival. *Journal of Clinical Oncology*, 21(8), 1544-1549.

Waggoner, S. E., Darcy, K. M., Fuhrman, B., Parham, G., Lucci III, J., Monk, B. J., et al. (2006). Association Between Cigarette Smoking and Prognosis in Locally Advanced Cervical Carcinoma Treated with Chemoradiation: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecologic Oncology*, 103, 853-858.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap* (M. G. Thomas, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1988).

Wetta-Hall, R., Ablah, E., Frazier, L. M., Molgaard, C. A., Berry, M., & Good, M. J. (2005). Factors Influencing Nurses' Smoking Cessation Assessment and Counseling Practices. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 131-135.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

World Health Organization. (2006). *The Facts About Smoking and Health*. Hämtat 8 Maj, 2010, från World Health Organization: [www.who.int](http://www.who.int).

Zevallos, J. P., Mallen, M. J., Lam, C. Y., Karam-Hage, M., Blalock, J., Wetter, D. W., et al. (2009). Complications of Radiotherapy in Laryngopharyngeal Cancer. *American Cancer Society*, 115, 4636-4644.

Zu, K., & Giovannucci, E. (2009). Smoking and Aggressive Prostate Cancer: A Review of the Epidemiologic Evidence. *Cancer Causes Control*, 20, 1799-1810.

## Forskningspersonsinformation

### Bakgrund och syfte

Patienter som röker under pågående strålbehandling riskerar att få sämre behandlingsresultat och ökad risk för biverkningar. Därför är det viktigt att informera patienten och erbjuda stöd i form av professionell rökavvänjning innan strålbehandlingen startar. Med denna studie vill vi ta reda på sjuksköterskors kunskaper i ämnet och deras beredskap att samtala med patienter om fördelarna med att sluta röka i samband med strålbehandling.

Vi skulle därför vara tacksamma om Du ville ta dig tid att fylla i denna enkät.

### Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en enkätundersökning.

### Hantering av data

Enkäten är anonym och dina svar kommer att behandlas konfidentiellt så att inga obehöriga kommer att kunna ta del av uppgifterna. Resultatet kommer att framställas i form av text, eventuellt med utvalda aidentifierade citat.

### Sekretess

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då resultatet av denna studie presenteras kommer man inte att kunna urskilja enskilda individer.

### Information om studiens resultat

Resultatet kommer att redovisas i form av en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. Du kan ta del av resultatet genom att ta kontakt med nedan angivna personer.

### Frivillighet

Deltagandet är frivilligt och Du kan avbryta deltagandet när som helst utan att ange skäl.

### Ansvariga

Om du har några frågor eller funderingar kring studien är du välkommen att kontakta någon av nedanstående som ansvarar för studien.

Anette Kullgren                      0761-35 45 95  
Leg. sjuksköterska                      [anette.kullgren@vgregion.se](mailto:anette.kullgren@vgregion.se)

Lena Fritz-Poncica                      0702- 35 35 71  
Leg. sjuksköterska                      [lena.fritz@vgregion.se](mailto:lena.fritz@vgregion.se)

Karin Ahlberg  
Universitetslektor                      [karin.ahlberg@fhs.gu.se](mailto:karin.ahlberg@fhs.gu.se)



Samtycke att deltaga i studien:

”Rökning i samband med strålbehandling: En beskrivning av sjuksköterskors kunskaper kring vikten av rökstopp inför strålbehandlingsstart ”

Jag har muntligen och skriftligen informerats om studien och fått tillfälle att få eventuella frågor gällande studien besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är fullt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande i studien och samtycker till att delta.

Jag erhåller en kopia på mitt samtycke.

---

Ort och datum

---

Namnunderskrift

---

Namnförtydligande



# Rökning i samband med strålbehandling

## Enkätfrågor

Patienter som röker under pågående strålbehandling riskerar att få sämre behandlingsresultat och ökad risk för biverkningar. Därför är det viktigt att informera patienten och erbjuda stöd i form av professionell rökavvänjning innan strålbehandlingen startar. Med denna studie vill vi ta reda på sjuksköterskors kunskaper i ämnet och deras beredskap att samtala med patienter om fördelarna med att sluta röka i samband med strålbehandling.

### **Instruktioner**

Enkäten består av 10 frågor. På fråga 1 – 8 ska Du ringa in svaren ”ja” eller ”nej”. På fråga 7 – 8 vill vi gärna att Du kompletterar med egen kommentar. Fråga 9 – 10 har inga svarsalternativ, där svarar Du endast med egna ord.



## Frågeformulär

Kön:

Ålder:

Examensår:

Antal yrkesverksamma år inom onkologin:

1. Känner Du till att rökning påverkar biverkningsfrekvensen och graden av biverkningar vid strålbehandling?

Ja                      Nej

2. Känner Du till att rökning i samband med strålbehandling påverkar behandlingsresultatet?

Ja                      Nej

3. Känner Du till SU's riktlinjer för ett rökfritt sjukhus?

Ja                      Nej

4. Frågar Du vanligtvis dina patienter om deras rökvanor?

Ja                      Nej

5. Brukar Du rekommendera de patienter som röker att sluta?

Ja                      Nej

6. Anser Du att Du besitter tillräckligt med kunskap om rökavvänjning för att kunna motivera patienter att sluta röka?

Ja                      Nej



7. Anser Du att det borde ingå i dina arbetsuppgifter att hjälpa patienten att sluta röka?

Ja                      Nej

Motivera:

.....  
.....  
.....

8. Vet du vart Du kan hänvisa patienter som vill ha hjälp att sluta röka?

Ja                      Nej

Om ja, ge exempel:

.....  
.....  
.....

9. Vad gör Du idag för att hjälpa patienter som önskar sluta röka?

.....  
.....  
.....

10. Hur upplever Du att det är att samtala med patienter om deras rökvanor?

.....  
.....  
.....

Tack för din medverkan! Komplettera gärna med egna kommentarer på baksidan!



Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
För de flesta pat. ligger så mycket skuld i rökningen.	Mycket skuld i rökningen	Mycket skuld	Sjuksköterskans upplevelse av patientens känsla av skuld	<b>Känslor av skuld</b>
Att både starta tuff behandling samt sluta röka är inte lätt.	Sluta röka är inte lätt	Inte lätt att sluta röka		
Men en del mår dåligt av att fortsätta röka	Mår dåligt av att röka.	Patienter mår dåligt av att röka		
Ibland är pat. aggressiva när man tar upp detta.	Ibland är pat. aggressiva	Aggressivitet		
Det är ofta en mycket jobbig tid för patienten och ofta har patienten redan mycket skuldkänslor för sin rökning.	Ofta har pat. redan mycket skuldkänslor	Mycket skuldkänslor		
Vill inte alltid lägga sten på deras börda.	Inte lägga sten på deras börda.	Lägga sten på bördan		
Känns inte bra att belasta dem med mer skuld över sin rökning med den korta medianöverlevnadstiden.	Känns inte bra att belasta dem med mer skuld.	Belasta med skuld		
Många av våra pat. är traumatiserade o har ångest över att ha eller röker.	Pat är traumatiserade o har ångest	Patienten är traumatiserad	Svårt att samtala om rökning	
Det kan kännas olämpligt att ta upp rökavvänjning i denna situation.	Kan kännas olämpligt	Känns olämpligt		
Beroende var pat. är i sin bearbetningsfas av sin sjukdom kan det vara svårt att ta upp.	Det kan vara svårt att ta upp	Svårt att ta upp		
Ibland som påträngande men ofta lämnar jag endast info och sedan är det upp till dom själva.	Ibland som påträngande. Ofta lämnar jag endast info	Påträngande		
Men går ej i diskussion med pat. beroende på var de är i sin bearbetning av sin sjukdom.	Går ej i diskussion med pat	Diskuterar inte		
Jag själv vill inte tjata på pat. att sluta om de inte vill	Vill inte tjata på pat	Vill inte tjata		
Upplever att vissa pat. upplever att man kanske klandrar dem.	Upplever att man kanske klandrar dem.	Vill inte klandra		
Träffar pat. som utreds för misstänkta tumörer då svårt att prata sluta röka då de är inne i krissituationen.	Svårt att prata sluta röka	Svårt samtalsämne		
Känns då bara jobbigt. Det är klart att alla pat. vet att rökning är ohälsosamt.	Känns bara jobbigt	Känns jobbigt		

Bilaga 3 Innehållsanalys kategori: Känslor av skuld