

## AÐ SINNA SJÚKLINGUM Á ÞEIRRA FORSENDUM:

### Reykleysismeðferð í hjúkrunarfræðilegu samhengi

#### Útdráttur

Skaðsemi tóbaksnotkunar verður sífellt fyrirferðarmeiri í umræðum um heilbrigðan lífsstíl og lífsgæði. Samtímis má búast við því að þeir sem reykja finnast sem þeir verði æ meiri hornrekur í samskiptum við annað fólk. Aðstoð til reykleysis þarf því að efla verulega og sníða að flóknum veruleika fólks sem reykir. Í þessari grein er reifuð saga reykleysismeðferðar á Íslandi og tilgreind helstu atriði hefðbundinnar reykleysismeðferðar. Lögð er áhersla á að reykleysismeðferð hjúkrunarfræðinga þurfi að byggjast á grundvallargildum hjúkrunarstarfsins: tengslum sem einkennast af umhyggju, nærveru, jafnræði og virðingu fyrir reynsluheimi skjólstæðinga. Lýst er niðurstöðum meðferðarrannsóknar fyrir fólk með lungnasjúkdóma. Allt að 52% sjúklinga voru reyklus ári eftir að þeir hófu meðferð á sjúkrahæð. Meginstef í reynslu sjúklinga og hjúkrunarfræðinga var: Að vera maður sjálfur og gera sitt besta - Að sinna sjúklingum á þeirra forsendum. Á Íslandi hefur fólk, sem reykir, fækkað á undanförunum árum. Engu að síður eru allt of margir sem enn reykja. Reykleysismeðferð er hagkvæm og árangursrík og ættu heilbrigðisyfirvöld að kappkosta að gera öllum landsmönnum kleift að fá öflugna og aðgengilega reykleysismeðferð.

**Lykilorð:** Reykleysismeðferð, hjúkrunarfræði, hjúkrunar-meðferð, „transtheoretical model“, lungnasjúklingar.

#### Abstract

The risk of disease and premature death is gaining increased attention in relation to health life style and quality of life. Concurrently those who still smoke may be expected to find themselves in a tight corner. Assistance to smokers needs to be increased considerably and tailored to the needs of individual smokers. In this paper a brief overview of the history of smoking cessation treatment in Iceland is given, in addition to an overview of conventional smoking cessation treatments. Attention is drawn to smoking cessation provided by nurses and that they place them within core values in nursing: the nurse-patient relationship, characterized by caring, presence, equality and respect for patients experiences. Results form a study on an intervention for people with lung diseases are presented showing 52% abstinence 12 months from the beginning of the treatment. The main theme in the patients' and nurses'

experiences was: Being oneself and doing to one's best - Meeting patients where they are. The number of people in Iceland who smoke is decreasing. Still, there are far too many who still smoke. Smoking cessation treatment is cost-effective. Health authorities should put effort into making effective and accessible smoking cessation treatment possible for all citizens.

**Key words:** Smoking cessation treatment, nursing interventions, transtheoretical model, lung patients

#### Inngangur

Skaðsemi tóbaksnotkunar verður sífellt fyrirferðarmeiri í umræðum um heilbrigðan lífsstíl og lífsgæði. Beinn og óbeinn kostnaður vegna tóbaksnotkunar er einnig betur þekktur en áður var (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 2003). Með vaxandi andstöðu við reykingar og reykingabanni á opinberum stöðum og víðar má búast við því að þeir sem reykja finnast þeir enn frekar en nú er reknir út í horn. Aðstoð til reykleysis þarf að efla verulega þar sem líklegt er að vandi þeirra sem reykja þrátt fyrir verulega fyrirstöðu í samfélaginu sé mikill og flókinn. Samhliða vaxandi viðurkenningu á skaðsemi tóbaksnotkunar aukast meðferðarúrræði fyrir þá sem nota tóbak. Hjúkrunarfræðingar eru sem óðast að tileinka sér þekkingu og efla með sér færni til að aðstoða fólk til reykleysis. Frumlegar útfærslur á reykleysismeðferð má þegar finna á þó nokkrum stöðum á Íslandi.

Meðferð við tóbaksfíkn hefur fyrst og fremst verið þróuð í öðrum fræðigreinum en hjúkrunarfræði. Því tel ég sérlega mikilvægt að lögð sé áhersla á hjúkrunarfræðileg gildi og að þau séu í fyrirrúmi þegar hjúkrunarfræðingar veita reykleysismeðferð. Þá á ég einkum við að hjúkrunarfræðingar ræði um reykingar við skjólstæðinga á jafnréttisgrundvelli; að þeim sé liðsinnt á þeirra forsendum á leið sinni til lífs án tóbaks og að tekið sé mið af einstaklingsbundnum þörfum, aðstæðum og fyrri reynslu þeirra. Slíkar umræður eru grundvallaðar á tengslum við skjólstæðinga, umhyggju og virðingu fyrir sérstöðu hvers og eins.

Í þessari grein drep ég á sögu reykleysismeðferðar á Íslandi<sup>1</sup>, fjalla um meginforsendur meðferðar til reykleysis og útfærslu á þeim í hjúkrun, segi frá rannsókn á reykleysismeðferð fyrir lungnasjúklinga, sérstaklega eigindlegum niðurstöðum á reynslu sjúklinga og hjúkrunarfræðinga af meðferð. Að lokum velti ég fyrir mér framtíð reykleysismeðferðar.

<sup>1</sup>Reykleysismeðferð vísar hér til meðferðar við tóbaksfíkn óháð því hvernig tóbaksins er neytt.

### Brot úr sögu reykleysismeðferðar á Íslandi

Skipulögð reykleysismeðferð hefur verið veitt á Íslandi frá miðjum níunda áratug síðustu aldar, lengst af á lungna- og berklavarnadeild Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur undir stjórn Þorsteins Blöndals yfirlæknis og Ingileifar Ólafsdóttur og síðar Dagmarar Jónsdóttur hjúkrunardeildarstjóra. Meðferðin var veitt almenningi og skilaði umtalsverðum árangri eða allt að 40% reykleysi eftir eitt ár (Blöndal o.fl. 1999; Blöndal o.fl., 1997; Dagmar Jónsdóttir og Helga Jónsdóttir, 2000; Jonsdottir og Jonsdottir, 2001). Um árabíl hefur reykleysismeðferð verið veitt sem hluti af endurhæfingu á Reykjalundi. Þátttakendur þurfa að vera hættir að reykja þegar þeir leggjast inn og eru allt að 55% þátttakenda reyklausir einu ári frá upphafi meðferðar (Jónína Sigurgeirsdóttir, munnleg heimild 29. desember 2005). Á Heilsustofnun Náttúruvækningsfélags Íslands í Hveragerði er veitt meðferð til reykleysis. Annars vegar er um að ræða hópa, sem leggjast inn í viku og er fylgt eftir í eitt ár, og hins vegar einstaklinga sem eru á stofnuninni vegna annarrar meðferðar og fá stuðning til reykleysis. Allt að 45% einstaklinga eru reyklausir einu ári frá upphafi meðferðar. Um 31% einstaklinga, sem eru á stofnuninni vegna annarrar meðferðar og frá stuðning til reykleysis, eru reyklausir einu ári frá upphafi meðferðar (Bee McEvoy, munnleg heimild 20. desember 2005). Krabbameinsfélag Reykjavíkur hefur um árabíl haldið námskeið fyrir einstaklinga sem vilja hætta að reykja. Að námskeiði loknu er þátttakendum fylgt eftir í heilt ár. Samhliða námskeiðum fyrir almenning hefur félagið boðið fyrirtækjum ráðgjöf og námskeið fyrir starfsmenn (Halla Grétarsdóttir, munnleg heimild 5. janúar 2006). Frá árinu 2001 hafa hjúkrunarfræðingar á Heilbrigðisstofnun Þingeyinga veitt símaráðgjöf þeim sem stefna að því að hætta eða eru hættir að reykja undir heitinu Ráðgjöf í reykbindindi (Dagbjört Bjarnadóttir, 2002). Allt að þriðjungur þeirra sem fengið hafa ráðgjöf er reyklaus 12 mánuðum frá fyrsta viðtali (Dagbjört Bjarnadóttir, munnleg heimild 15. desember 2005). Á Vífilsstaðaspítala hófst skipulögð reykleysismeðferð árið 2000 á lungnadeild og húðeild. Rannsókn á meðferðinni á lungnadeildinni sýndi að allt að 52% sjúklinga voru reyklausir ári eftir að þeir útskrifuðust af spítalanum (Jonsdottir o.fl., 2004). Sá árangur leiddi m.a. til þess að á lyfjasviði I á LSH var stofnuð sérstök reykleysismiðstöð árið 2003 og ráðinn hjúkrunarfræðingur í 50% starf.

Árið 2002 var fræðsluritið Tært loft gefið út af ýmsum samtökum sem láta sig tóbaksvarnir varða (Percival, 2002). Ritið er þýðing á sams konar riti sem gefið var út af breska hjúkrunarfræðingafélaginu, en staðfært og aukið verulega. Auk þessa rits hafa minni fræðslurit verið gefin út á íslensku (Rakel Valdimarsdóttir, 2000).

Reykleysismeðferð hefur skipulega verið kennd hjúkrunarfræðinimum í Háskóla Íslands síðustu 5 árin. Nokkur námskeið hafa verið haldin á umliðnum árum í þeim tilgangi að kenna heilbrigðisstéttum að veita reykleysismeðferð. Námskeiðin hafa mestmegnis verið sótt af hjúkrunarfræðingum og í minna mæli ljósmæðrum. Síðasta námskeiðið var í mars 2005 en það var meistarastignnámskeið haldið í samvinnu hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands, Endurmenntunarstofnunar Háskóla Íslands og reykleysismiðstöðvar á Landspítala-háskólasjúkrahúsi (LSH). Hérlendis hafa að undanförunni verið haldnar ráðstefnur

tileinkaðar tóbaksvörnum annað hvort ár. (Guðrún Árný Guðmundsdóttir, 2003) og verður sú næsta haldin á Suðurnesjum á haustmánuðum 2006. Má segja að nú sé til orðinn nokkur hópur öflugra heilbrigðisstarfsmanna, einkum hjúkrunarfræðinga og einnig nokkurra ljósmæðra, sem er vel í stakk búinn að veita reykleysismeðferð. Á þó nokkrum stöðum er nú boðið upp á reykleysismeðferð annaðhvort sem hluta af stærri meðferð eða sem sérstaka starfsemi.

### Meðferð við tóbaksfíkn

Tóbaksnotkun er margslungið fyrirbæri sem tengist líffræðilegum, andlegum, félagslegum og efnahagslegum hliðum manneskjunnar. Þó vani skipti máli þá er fíknin í tóbak grundvallaratriði. Þannig þarf aðstoð við að hætta notkun tóbaks að grundvallast á þekkingu á fíkn og meðhöndlun hennar. Annars vegar þarfnast fólk aðstoðar við að hætta og hins vegar aðstoðar við að halda tóbaksbindindi (Fiore o.fl., 2000; Fisher o.fl., 1993). Reykleysismeðferð þarf að vera samsett úr mörgum þáttum og hefur verið flokkuð í lyfjameðferð, atferlismeðferð, heilbrigðisfræðslu og einstaklings- og hópráðgjöf (Fiore o.fl., 2000; Fisher o.fl., 1993; Wewers og Ahijevych, 1996). Annars vegar er um að ræða stutta meðferð, jafnvel innan við 3 mínútur, og hins vegar yfirgrípsmeiri meðferð sem stendur lengi, oft í eitt ár (Fiore o.fl., 2000; Percival, 2002). Gert er ráð fyrir að allir heilbrigðisstarfsmenn geti veitt stutta reykleysismeðferð en langtímameðferð er yfirleitt í höndum sérhæfðra starfsmanna og sérfræðinga. Nú er í vaxandi mæli gerð krafa um að allir skjólstæðingar heilbrigðisþjónustunnar sem reykja fái reykleysismeðferð á einhverju formi. Það ætti að vera réttur þeirra þar sem reykbindindi er oft mikilvægasta aðgerðin til betri heilsu.

Þúsundir rannsókna hafa verið gerðar á reykleysismeðferð. Þær liggja til grundvallar gagnreyndum klínískum leiðbeiningum sem samdar hafa verið bæði fyrir stutta og langa meðferð (Fiore o.fl., 2000; Mundt o.fl., 2001; World Health Organization, 2001). Nikótínlyfjameðferð hefur mikið verið rannsökuð en tilkoma nikótínlyfjanna olli straumhvörfum í árangri meðferðar til reykleysis. Nikótínlyfjameðferð er hins vegar ekki fullnægjandi meðferð ein og sér og er samþætting lyfjameðferðar og faglegs stuðnings nauðsynleg til að hámarka árangur. Faglegur stuðningur, m.a. ráðgjöf, fræðsla og leiðbeiningar um atferlisbreytingar, er grundvallaratriði, auk þess sem nýjar rannsóknir sýna að stuðningur fjölskyldu, vana og vinnufélaga skiptir verulegu máli (Fiore o.fl., 2000). Fjöldi aðferða, sem notaðar eru í reykleysismeðferð skiptir máli, jafnframt því sem meðferð löguð að einstaklingbundnum þörfum, fjölda samskipta meðferðaraðila við þátttakendur, tími sem meðferðin varir og notkun persónulegra samskipta, bæði á einstaklings- og hópgrundvelli, eykur líkur á reykleysi. Hagkvæmni reykleysismeðferðar er ótvíræð. Um er að ræða ódýra meðferð í samanburði við þann heilsufarslega árangur sem næst við að fólk hætti að nota tóbak (Fiore o.fl. 2000; Raw o.fl., 2005).

Algennt er að reykleysismeðferð sé byggð á svonefndu „transtheoretical model“, einnig nefnt gormlíkanið, sem er sálfræðikenning og fjallar um það ferli sem á sér stað þegar

**Tafla 1. Áhersluatriði reykleysismeðferðar með hliðsjón af gormlíkani Prochaska og félaga**

Stig	Einkenni stiga	Meðferðarúrræði
<b>FYRIRSTÖÐUSTIG (Precontemplation)</b>	Engin áætlun hefur verið gerð um að hætta að reykja. Sumir eru jafnvel ekki meðvitaðir um hættuna sem stafar af reykningum. Viðnám gegn því að viðurkenna tilvist vandans og afneitun eru einkennandi.	Styrkja þekkingu um hættuna af reykningum og ávinninginn af því að hætta. Leiðréttá ranghugmyndir. Þjóða annað viðtal og lýsa möguleikum á meðferð ef óskað er.
<b>UMHUGSUNARSTIG (Contemplation)</b>	Fólk ihugar möguleika þess að hætta en hefur ekki enn þá tekið ákvörðunina.	Ræða tvíbentar tilfinningar og hugsanir. Hjálpa sjúklingi að átta sig á því hvers vegna hann reykir. Tengja breytingar á heilsufari við reykningar ef við á. Reyna að komast að því hvers vegna hann/hún er óákveðin(n). Ræða meðferðarmöguleika.
<b>UNDIRBÚNINGSSTIG (Preparation)</b>	Fólk ætlar að hætta að reykja en hefur ekki gert áætlun um hvernig það skuli gert. Það hefur einnig gert einhverjar breytingar, s.s. að draga úr reykningum eða leita sér upplýsinga eða aðstoðar. Samt vantar að láta til skarar skriða.	Reyklaus dagur er ákveðinn. Undirbúin er breyting á lífsstíl, sérstaklega hvernig brugðist skuli við hugsanlegum vandamálum, m.a. löngun í sigarettu við erfiðar aðstæður og hvar stuðnings sé að vænta. Þjóða lyfjameðferð og upplýsingar um frekari þjónustu.
<b>FRAMKVÆMDASTIG (Action)</b>	Á þessu stigi breytir fólk hegðun, hugsun og umhverfi til að yfirvinna fíknina. Breytingin verður öðrum ljós og fólk hlýtur viðurkenningu fyrir hana. Um greinilega breytingu er að ræða ásamt því að erfiðir samfara henni er augljóst.	Rifja upp hvernig forðast skuli fallgildrur og fyrirbyggja afturhvarf til reykninga. Hrósa fyrir árangur og benda á jákvæð áhrif reykleysis á eigin heilsu og fjölskyldu. Þjóða nikótínlyf. Hvetja sjúkling til að sækja hópfunði og þjóða ættingjum með.
<b>VIÐHALDSSTIG (Maintenance)</b>	Unnið er frekar að því að fyrirbyggja fall og festa í sessi ávinning af því að hætta. Þetta tímabil getur varað frá 6 mánuðum til lífstíðar.	Sama og á framkvæmdastigi. Venjast þarf návist reykjandi fólks.

fólk breytir óæskilegri hegðun (Prochaska og DiClemente, 1983; Prochaska o.fl., 1992; Prochaska o.fl., 2002). Kenningin var sett fram með því að samþætta margar kenningar um sálslækingar og atferlisbreytingar og hefur síðan verið prófuð og fínþussuð í fjölda rannsókna á ólíkum hópum fólks. Breyting á atferli fer fram í fimm stigum: fyrirstöðustigi, umhugsunarstigi, undirbúningsstigi, framkvæmdastigi og viðhaldsstigi. Þannig er tími mikilvægt fyrirbæri og lögð áhersla á að varanleg breyting á hegðun geti tekið langan tíma og að henni geti einnig þurft að viðhalda ævina á enda. Samhliða stígumum fimm er lýst tíu leiðum, eða ferlum, sem fólk tileinkar sér sjálft eða heilbrigðisstarfsmaður leiðbeinir um til að ná fram breyttri hegðun. Þessar leiðir eru notaðir, þó mismikið, á ólíkum stigum í breytingaferlinu. Dæmi um leiðir eru: að auka skilning og þekkingu, endurmeta sjálfan sig og leita félagslegs stuðnings. Tilgreint er hvaða leiðir á að nota á hvaða stigi og er það talið skilyrði til að færast áfram á milli stiga í átt að lokatakmarkinu – viðhaldsstiginu. Í töflu 1 er stigum breytingaferlisins og viðeigandi meðferðarúrræðum gróflaga lýst.

Með gormlíkaninu er lögð áhersla á að hver og einn skuli meðhöndlaður með hliðsjón af því á hvaða stigi hann er. Tiltækin úrræði eru ákveðin fyrir fram á hverju stigi. Fæstum tekst að hætta endanlega að reykja í fyrstu tilraun. Þegar fólk fellur og byrjar aftur að reykja færast það til baka í breytingaferlinu, stundum á fyrirstöðustig, en mun oftast á undirbúnings- eða framkvæmdastig. Mikilvægt er að draga lærdóm af hverju falli og nýta það í næstu tilraun. Þannig er „fall“ ekki réttnefni, fremur ætti að tala um að á þeirri stundu sé viðkomandi ekki búinn að ná markmiðinu um reykleysi.

Gormlíkanið er ein allra algengasta kenningin sem notuð er í meðferð sem ætlað er að breyta hegðun fólks (Glanz o.fl., 2002), þar með talin meðferð sem hjúkrunarfræðingar veita.

Þó nokkrar rannsóknir hjúkrunarfræðinga hafa stuðst við líkanið en það sjaldnast verið prófað tölrfræðilega (Andersen og Keller, 2002). Gagnýni á kenninguna hefur vaxið á undanförunum árum (Sutton, 2001; West, 2005). Einn af vanköntum kenningarinnar er að fólk er flokkað í ákveðin stig í breytingaferlinu og síðan er gert ráð fyrir að því sé veitt stöðluð meðferð á hverju stiganna fimm. Einnig er gert ráð fyrir að fólk fari eftir línulegu ferli og vissum tímaramma stig af stigi í gegnum breytingaferlið, flestir oftast en einu sinni. Í ljós hefur komið að ferlið er ekki endilega línulegt og að tímaramminn er misjafn. Fólk getur farið mjög fljótt af umhugsunarstigi á framkvæmdastig svo dæmi sé tekið (Jonsdóttir o.fl., 2004; West, 2005).

Þrátt fyrir vankanta eru þrjú atriði kenningarinnar mikilvæg og hafa verið notuð við uppbyggingu þeirrar reykleysismeðferðar fyrir lungnasjúklinga sem fjallað verður um síðar í þessari grein. Þessi atriði eru: 1. Það að hætta að reykja er ferli, sem tekur langan tíma, fremur en afmarkaður atburður. 2. Fólk þarfnast ólíkrar aðstoðar við að hætta að reykja eftir því hversu tilbúið það er. 3. Fall í reykbindindi er lærdómsferli fremur en gagnslaus tilraun til reykleysis.

### Reykleysismeðferð grundvölluð á tengslum hjúkrunarfræðings og sjúklings

Meginmarkmið hjúkrunar er að stuðla að heilbrigði og vellíðan sjúklings á forsendum þeirra sjálfrá. Þessi gildi hafa verið útfærð á ýmsan veg. Í samstarfi mínu við hjúkrunarfræðinga á Vífilsstaðaspítala var það gert með skírskotun til tengsla hjúkrunarfræðings og sjúklings sem einkennast af umhyggju, nærveru, jafnræði og virðingu fyrir reynsluheimi sjúklings (Jonsdóttir o.fl., 2004). Þessar forsendur liggja til grundvallar samræðum um reykningar og byggjast að nokkru leyti á skrifum Margaret Newman (1986, 1997), skrifum um „partnership as practice“ (Jonsdóttir o.fl., 2003, 2004), auk fleiri skrifa m.a.

um mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingur þekki sjúkling og geti með því komið til móts við einstaklingsbundnar þarfir hans (Tanner o.fl., 1993).

Samræður með þessum formerkjum hafa það að markmiði að skoða reykingar sjúklings í samhengi við líf hans. Sá skilningur, sem til verður á reynsluheimi sjúklings, skapar hið sértæka framlag hjúkrunar í reykleysismeðferðinni. Þannig er lítið á reykingar í mun víðara samhengi en sem fyrirbærið atferli enda er atferli sem afmarkað fyrirbæri sálfræðilegt viðfangsefni. Í samræðunum leggur hjúkrunarfræðingurinn sig fram um að skilja reynsluheim skjólstæðingsins og einblínr á hvað skjólstæðingurinn ber fyrir brjósti og tengist heilbrigði hans án þess að leggja mat á hvað sé gott eða slæmt, rétt eða rangt. Því má ekki rugla saman við þá þekkingu sem til er um reykingar og segir til um hvað sé gott og hvað ekki fyrir heilsu fólks. Talið er að það hafi sérstakt meðferðargildi fyrir skjólstæðinginn að hann finni að hjúkrunarfræðingurinn leggi sig fram um að skilja þá glímu sem hann háir við eigin heilsufarsvanda (Benner og Wrubel, 1989). Þessi nálgun í starfi er jafnframt almennt talin grundvallaratriði í hágæðahjúkrun (Fjelland og Gjengedal, 1994).

Hjúkrunarfræðingurinn byggir á þekkingu og reynslu um samskipti við skjólstæðinga, þar með talinni sérstakri viðtalstækni, „motivational interviewing“ sem þróuð hefur verið í meðferð fólks sem glímir við fíkn, tóbaksfíkn, fráhrarfseinkenni og viðbrögð við þeim, þekkingu á sjúkdómum og viðbrögðum og reynslu fólks sem glímir við alvarlega sjúkdóma og ótal mörgu fleira (Jonsdóttir o.fl., 2004). Hjúkrunarfræðingurinn hefur hins vegar ekki fyrirframgefna áætlun um atriði sem hann verður að fræða skjólstæðinginn um, verk sem hann þarf að framkvæma til að fyrirframsett markmið náist. Hjúkrunarfræðingurinn upplýsir, útskýrir, hvetur, leitar frekari skýringa og styður við hugmyndir þegar þær koma fram í samræðunum þar sem við á. Hann dregur saman og umorðar það sem fram hefur komið í samræðum til að skýra fyrir sér og sjúklingi það sem sagt hefur verið. Dæmi um upphaf samræðna gæti verið: „Ég sé að þú hefur reykt í þó nokkuð mörg ár. Hefurðu velt fyrir þér að hætta því?“ eða „Ég sé að þú hefur margoft reynt að hætta að reykja. Geturðu sagt mér hvernig það hefur gengið fyrir sig?“ Þegar skjólstæðingarnir hafa notað nikótínlyf er reynsla þeirra af lyfjunum skoðuð, sérstaklega hvað hefur reynst vel og hvað ekki, komið er með uppástungur um notkun ef við á og síðan sameiginlega komist að samkomulagi sem sjúklingur er sáttur við og sem er í sem bestum takti við gagnreyndar leiðbeiningar um lyfjanotkun.

Þegar meðferð er skipulögð á þessum forsendum er ekki sjálfgefið hvað það er sem stuðlar að heilbrigði og vellíðan sjúklings. Þannig verður skilgreining á árangri meðferðar afstæð. Grundvallarforsenda er að það er sjúklingurinn sem reykir og það er hann sem hættir því, enginn lætur hann hætta, en hjúkrunarfræðingurinn myndar tengsl og skapar aðstæður sem stuðla að því að sjúklingurinn getur tekist á við reykingarnar. Reykingar valda flestum miklu hugarangri og út af því þurfa þeir aðstoð. Þess er jafnan vænst að sem flestir verði reyklausir, að skilningur fólks á reykingum og samspili

þeirra við líf þeirra og heilsu aukist og að fólk færist fram í breytingaferlinu og verði tilbúið að reyna að hætta, jafnvel ekki fyrr en einhvern tíma síðar. Ekki hafa allir forsendur til að verða reyklausir og þá er mikilvægt að vinna að því að þeir finni lausn sem þeir eru sáttir við. Sú lausn getur verið að minnka reykingar, að sætta sig við stöðuna eða hvaðeina sem sjúklingurinn verður sáttur við.

### Reykleysismeðferð fyrir lungnasjúklinga

Að framan var getið rannsóknar á reykleysismeðferð fyrir lungnasjúklinga sem veitt var á lungnadeild Víflsstaðaspítala síðustu misserin sem deildin var rekin þar (Jonsdóttir o.fl., 2004; Helga Jónsdóttir o.fl., 2001). Meðferðin var byggð á forsendum um tengsl hjúkrunarfræðings og sjúklings sem fjallað hefur verið um hér að framan og var löguð að daglegri starfsemi á sjúkradeildinni. Þannig veittu flestir hjúkrunarfræðingarnir meðferðina þótt hún væri borin uppi af sérþjálfuðum teymi sex hjúkrunarfræðinga. Meðferðin studdist við gormlíkanið, sem að framan er getið, fylgdi fyrirbyggjandi leiðbeiningum um lyfjameðferð, heilbrigðisfræðslu og einstaklings- og hópráðgjöf eða -stuðning, auk reynslu sem fengist hefur á Íslandi, sérstaklega á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur og endurhæfingardeild fyrir lungnasjúklinga á Reykjalundi. Meginniðurstöður rannsóknarinnar varðandi árangur meðferðar, fúsleika og nikótínfíkn hafa verið birtar áður (Jonsdóttir o.fl., 2004) og verða einungis reifaðar stuttlega. Öðrum þáttum rannsóknarinnar hafa ekki verið gerð skil opinberlega fyrr en þeir voru annars vegar að lýsa reynslu þátttakenda af meðferðinni og hins vegar reynslu hjúkrunarfræðinganna af því að veita meðferðina. Í þessari grein er leitað svara við eftirfarandi rannsóknarspurningum:

1. Hvert er hlutfall reyklausra þátttakenda í fjölþættri meðferð til reykleysis einu ári eftir útskrift af sjúkrahúsi?
2. Er tölfræðilega marktækt samband á milli fúsleika til að hætta að reykja og reykleysis við lok meðferðar?
3. Er tölfræðilega marktækt samband á milli nikótínfíknar og reykleysis við lok meðferðar?
4. Hefur þátttaka í reykleysismeðferðinni breytt líðan þátttakenda að þeirra mati?
5. Hvaða þættir reykleysismeðferðarinnar voru þátttakendum mikilvægastir?
6. Hver er reynsla hjúkrunarfræðinga af því að veita reykleysismeðferð?

Stuðst var við framvirkt (prospective) rannsóknarsnið við að meta árangur reykleysismeðferðarinnar (n=69) (rannsóknarspurningar 1-3) og hálf-staðlað viðtal til að meta áhrif meðferðar á líðan þátttakenda og því hvað þeir töldu mikilvægustu þætti meðferðar (n=27) (rannsóknarspurningar 4 og 5). Kosið var að taka viðtöl við einungis hluta þátttakenda í rannsókninni vegna tímaskorts rannsakenda. Þannig var um þægindaúrtak að ræða í viðtalsrannsókninni sem fór fram samtímis lokameðferðarviðtali þegar eitt ár var liðið frá upphafi meðferðar. Reynsla hjúkrunarfræðinganna var rannsökuð með viðtalsrannsókn sem fólst í hópsamræðum fjögurra hjúkrunarfræðinga (rannsóknarspurning 6). Fóru hópsamræðurnar fram í tvígang

samhliða gagnasöfnun við rannsóknarspurningar 1-3. Stuðst var við frásagnargreiningu (narrative analysis) (Polkinghorne, 1995) við greiningu viðtalsgagnanna (rannsóknaspurningar 4-6). Frásagnargreining er gerð til þess að öðlast þekkingu á hlutbundnum atvikum sem skýra og auka skilning á reynslu fólks við sérstakar aðstæður og á tilteknum tíma. Skrifuð er heildstæð frásögn þar sem leitast er við að tengja saman atburði, athafnir og viðbrögð mikilvægra einstaklinga, greina og skýra mikilvægi þeirra og hlutdeild í lyktum atburðarásarinnar þannig að úr verði merkingarbær heild.

Rannsóknargagna var aflað á tímabilinu janúar 2000 til desember 2002. Siðanefnd Landspítala-háskólasjúkrahúss veitti leyfi fyrir rannsókninni og einnig var hún tilkynnt til Persónuverndar. Öllum sjúklingum, sem lögðust inn á lungnadeild Vífilsstaðaspítala og reyktu, var boðin þátttaka í meðferðinni. Helstu einkennum þátttakenda er lýst í töflu 2. Fjöldi kvenna er töluvert meiri en karla og endurspeglar það breytingar sem nú eiga sér stað á kynjahlutföllum meðal þeirra sem glíma við langvinna lungateppu (Pórarinn Gíslason og Helgi Tómasson, 1994; Lilja S. Jónsdóttir, 4. júní 2004). Fúsleikinn til að hætta (M=2,3) gefur til kynna að flestir voru á umhugsunarstigi en það segir að þátttakendur hafi í raun ekki verið tilbúnir til að hætta þó þeir hafi gert tilraunir til þess, en þátttakendur höfðu að meðaltali fimm sinnum reynt að hætta. Hægt er að líta á þessar niðurstöður sem þversögn: Þátttakendur höfðu margsinnis reynt að hætta að reykja en voru í raun ekki tilbúnir til þess. Einnig er hægt að líta á þessar niðurstöður sem vísbendingu um vandann sem fólk með reykingatengdan sjúkdóm stendur frammi fyrir. Það verður að hætta að reykja til að hindra framgang sjúkdóms en getan til að gera það er ekki til staðar.

### Árangur reykleysismeðferðar fyrir lungnasjúklinga

Niðurstöður leiddu í ljós að 39% þátttakenda sögðust ekkert hafa reykt frá upphafi meðferðar og 52% voru reyklaus í lok hennar (Jonsdóttir o.fl., 2004). Enginn kynjamunur kom fram á þeim breytum sem til rannsóknar voru. Ekki reyndist samband á milli fúsleika til að hætta við upphaf meðferðar og árangur reykleysismeðferðar. Hins vegar höfðu þátttakendur færst marktækt áfram í breytingaferlinu frá því að vera að meðaltali á undirbúningsstigi við upphaf meðferðar til þess að vera á framkvæmdastigi við lok hennar. Ekki reyndist heldur samband á milli nikótíníknar og árangurs reykleysismeðferðar. Nikótíníkn minnkaði hins vegar marktækt á meðferðartímabilinu.

### Reynsla af reykleysismeðferðinni: Að vera maður sjálfur og gera sitt besta - Að sinna sjúklingum á þeirra forsendum

Afstaða sjúklinganna til gagnsemi reykleysismeðferðar og hvaða þættir hennar voru þeim mikilvægastir, ásamt reynslu hjúkrunarfræðinganna, var greind og sett fram á frásöguformi. Meginþræðir beggja sjónarhorna eru tvinnnaðir saman í frásögninni: *Að vera maður sjálfur og gera sitt besta - Að sinna sjúklingum á þeirra forsendum*. Einnig kom fram önnur frásögn sem á við mun færri sjúklinga en sú fyrri. Hún nefnist: *Að vera út*

*úr korti - Að horfast í augu við ofjarl sinn*. Sú frásaga varð fyrst og fremst til í tengslum við meðferð heimilisláusra og þeirra sem glímdu við alvarleg geðræn vandamál. Þessi saga er ekki síður mikilvæg en þarfnast ýtarlegri umfjöllunar en hér er rúm fyrir.

Við upphaf meðferðar kom fljótt fram gagnsemi þess að sinna sjúklingum á þeirra forsendum. Það fólst einkum í því að hjúkrunarfræðingarnir sýndu vilja til að hjálpa á þann hátt sem sjúklingunum hentaði: Hjúkrunarfræðingarnir voru til taks fyrir sjúklingana til að ræða við þá um hvaðeina sem þeim lá á hjarta og snerti reykingarnar. Slíkt birtist ekki eingöngu í aðstoð við að hætta að reykja heldur einnig í því að auka skilning sjúklinga á eigin reykingum, undirbúa þá fyrir að hætta seinna og jafnvel að sætta sig við að reykleysi væri ekki raunhæft markmið, en slíkt fól jafnan í sér að minnka reykingar. Fyrri reynsla, fjölskylduaðstæður og það sem sjúklingarnir báru fyrir brjósti er varðaði lungnasjúkdóminn og aðra alvarlega sjúkdóma voru rauðir þræðir í samræðunum. Tæpur helmingur þátttakenda hafði engan til að styðja sig í að verða reyklaus og sumir bjuggu við reykingar aðstandenda heima fyrir. Hjá sumum var fjárhagur þröngur og það hafði áhrif á kaup á nikótínlyfjameðferð en gat líka verið hvati til að ná langtímareykleysi.

Reykingar höfðu verið óaðskiljanlegar daglegu lífi sjúklinganna þar til þeir hófu meðferðina og það að yfirgefa „besta vininn“ var gífurlegt átak. En nú var tíminn kominn, þetta var „spurning um líf eða dauða“; þeir voru komnir í öngstræti. Sjúklingarnir þáðu því boð um meðferð með þökkum og töldu sig fá einstakt tækifæri á meðan þeir lágu á sjúkrahúsinu. Þeir kunnu sérstaklega vel að meta að meðferðin var sniðin að þörfum hvers og eins og þeir lögðu sig fram um að gera það sem þeir gátu hverju sinni. Þannig tók hver og einn á sínum málum út frá eigin aðstæðum. Dæmi: Samskipti við konu með alzheimersjúkdóminn voru takmörkuð en meðferð hennar var skipulögð í samráði við fjölskylduna. Tóbak var fjarlægð úr umhverfi hennar á sama tíma og tryggt var að hún fengi meðferð við fráhrarfseinkennum og því fylgst sérstaklega með hegðun hennar. Konan hætti að reykja og „alltaf þegar ég talaði við hana þá var hún hin hressasta með þetta, langaði ekki í sigarettur,“ sagði hjúkrunarfræðingur hennar.

Vonleysi, skömm og sektarkennd dró úr ákafanum við að hætta að verða reyklaus enda höfðu flestir oftsinnis reynt að hætta. Kaldhæðni og dylgjur um að vera veikgeðja og áhugalausir um sinn alvarlega lungnasjúkdóm var vel þekkt meðal sjúklinganna. Því var það óendanlega mikilvægt fyrir þá að vera tekið eins og þeir voru: Virðing var borin fyrir þeim og reynslu þeirra, þeir voru ekki dæmdir fyrir reykingarnar, þeim var heldur ekki stjórnað eða þrýst á þá að hætta. Með samræðunum urðu sjúklingarnir smátt og smátt móttækilegri fyrir að prófa nýja hluti. Þeir sem hættu voru sérlega ánægðir með þann stuðning og hvatningu sem þeir fengu: „Það er dýrlegt að geta sagst vera hætt að reykja,“ sagði ein. Þeir sem enn reyktu fundu sumir fyrir sektarkennd en aðrir reyndu að draga lærdóm af fallinu og halda áfram. Einn hjúkrunarfræðingurinn sagði frá sjúklingi: „Ein kona, sem lagðist aftur og aftur inn, féll alltaf þegar hún fór heim, enda

Tafla 2. Einkenni þátttakenda (N=69)

	N (%)	Aldur	Pakkaár	Reykja núna	Fjöldi tilrauna til að hætta	Fúsleiki til að hætta	Nikótínfíkn
<b>Kona</b>	43 (62,8)	M 62,4	M 40,3	M 19,8	M 5,8	M 2,3	M 4,7
<b>Karl</b>	26 (37,2)	66,1	57,2	17,4	4,0	2,4	4,0
<b>Samtals</b>	69 (100)	63,8	46,7	18,8	5,1	2,3	4,4

M = meðaltal.

Pakkaár vísar til heildarmagns reykinga yfir ævina. Gert er ráð fyrir að einstaklingur, sem hefur eitt pakkaár að baki, hafi reykt 20 sigarettur á dag í eitt ár. Önnur tóbaksnotkun er umreiknuð í sigarettureykingar.

Reykja núna vísar til fjölda sigarettanna sem reyktar eru á dag.

Fúsleiki til að hætta er mældur á kvarðanum 1-5. Vísar 1 til fyrirstöðustigs og 5 til viðhaldsstigs.

Nikótínfíkn er mæld með Fagerströmkvarðanum og er á bilinu 0 til 10.

ein og einmana. Svo um leið og hún kom aftur leið henni vel og byrjaði strax í meðferðinni. Það kom ekkert annað til greina en að hætta. Henni fannst gott að við tókum alltaf vel á móti henni þó hún hefði fallið. Henni fannst skömm að geta ekki staðið sig en hún gat alltaf talað við okkur.“

Sjúklingafræðsla tók á sig sérstaka mynd í samræðum við sjúklingana. Samræður um það sem hverjum og einum lá á hjarta voru í fyrirrúmi og fróðleiksmolum bætt inn þar sem við átti. Hjúkrunarfræðingarnir höfðu viss þekkingaratriði til að styðjast við og beittu þeim þegar við átti. Þannig var hvorki predikað né fyrirskipað heldur veittar upplýsingar um það sem skipti máli hverju sinni. Tilhneiging var til þess að mynda sterkari tengsl við þá sjúklinga sem nutu meðferðarinnar heldur en hina sjúklingana. Þessir sjúklingar leituðu einnig frekar til hjúkrunarfræðinganna, sem þeir þekktu svo vel úr reykleysismeðferðinni, um ýmislegt annað sem á þeim hvíldi.

Samræðurnar um reykingar fengu meira vægi ef hjúkrunarfræðingarnir boðuðu sjúklingana sérstaklega til samræðnanna heldur en ef þær voru óformlegar, t.d. við morgunaðhlyningu. Hópfundir fengu einnig nýtt form. Fræðslufundir með ákveðnum fyrirlestrum þróuðust yfir í samræður þar sem fróðleik var bætt inn þar sem við átti. Að deila reynslu í hópi sjúklinga og fá viðbrögð frá fólki í svipuðum vanda veitti öryggi og hughreystingu sem efldi von og kraft til að halda áfram.

Allir sjúklingar fengu einhvers konar reykleysismeðferð og fór innihald hennar eftir því hvar þeir voru staddir á leið sinni til reykleysis. Þeir sem voru ekki tilbúnir að hætta fóru stundum í varnarstöðu þegar þeir voru spurðir út í reykingarnar og töldu sig vita allt og vildu ekki samræður. Einn hjúkrunarfræðingurinn sagði: „Hún [sjúklingur] sagði: „Nei, ég vil ekkert ræða þessi mál, ég veit alveg allt um þetta.“ ... Svo ræddum við saman alveg heillengi og hún opnaði sig.“ Slíkar samræður leiddu gjarna til þess að sjúklingarnir öðluðust nýja sýn á reykingarnar enda virtust þeir oft ekki hafa hugsað mikið um hvernig þeir ætluðu að takast á við samspil sjúkdóms og reykinga.

Þátttaka í reykleysismeðferðinni breytti lífi margra. Það veitti hjúkrunarfræðingunum mikla ánægju að fá tækifæri til að efla sig í starfi og að sjá áþreifanlegan árangur verka sinna. Þegar fram liðu stundir öðluðust þeir einnig dýpri skilning á baráttunni

við tóbaksfíknina. Einn sagði: „Við skiljum núna að við vitum ekki hvað það er að reykja. ... Maður gerði sér ekki grein fyrir hvað þetta var fyrir en maður heyrði fólki tala um þessa reynslu.“ Samspil reykinga og félagslegrar virkni vakti áhuga. Hjá einum sjúklingi þýddi það að hætta að reykja að hann myndi missa þann litla félagsskap sem hann hafði. Fyrir einmana einstakling gat það verið of mikið. Hjá mörgum sjúklingum batnaði líðanin umtalsvert. Átti það fyrst og fremst við þá sem hættu alveg að reykja, en hjá þeim minnkuðu andþyngsli og hósti, og hreyfigeta, sjálfsvirðing og stolt jukust. Að hætta að reykja þýddi einnig að verða laus við ólykt en hún olli þátttakendum umtalsverðri skömm. Hjá nokkrum stuðlaði reykleysi að því að súrefnisnotkun frestaðist eða varð óþörf. Hjá örfáum þýddi reykleysi að þeir máttu hafa súrefni heima og bætti það líðan. Upp úr stóð þó, að þeir sem hættu að reykja voru lausir undan ægivaldi tóbaksfíknarinnar sem hafði ginið yfir þeim í „djöfulslíki“. Þeim sem hættu ekki að reykja var mikilvægast að virðing var borin fyrir þeim eins og þeir voru. Von um að framtíðin bæri í skauti sér nýja möguleika sveif yfir vötnunum.

### Framtíðarsýn

Í þessari grein er gerð tilraun til að fjalla um reykleysismeðferð frá hjúkrunarfræðilegu sjónarhorni þar sem umhyggja og virðing fyrir reynsluheimi skjólstæðinga er í forgrunni, en þróun reykleysismeðferðar hefur fyrst og fremst byggst á forsendum náttúruvísinda og hún verið rannsökuð með þar til gerðu tilraunasniði. Tóbaksfíkn og notkun tóbaks er geysilega margslungið viðfangsefni og mikilvægt að nálgast það með það í huga bæði í klínísku starfi og rannsóknum. Það vekur því upp þegar skoðaðar eru vel metnar klínískar leiðbeiningar um reykleysismeðferð að þar er einhliða áhersla lögð á að byggja meðferð á rannsóknaniðurstöðum þar sem tilraunasniði með slembiúrtaki hefur verið beitt (Fiore o.fl., 2000). Sem dæmi má nefna að þessar tilteknu leiðbeiningar kveða á um að sams konar meðferðarúrræði séu gagnleg báðum kynjum nema barnshafandi konum. Það er í sjálfu sér rétt en mjög takmarkað er fjallað um fjölda rannsókna þar sem notaðar hafa verið annars konar rannsóknáðferðir og sem hafa leitt í ljós mun á konum og körlum, bæði hvað varðar reykingar og það að hætta að reykja (Hunter, 2001; Samet og Yoon, 2001).

Mikilvægasta langtímamarkmið í tóbaksvörnum er að koma í veg fyrir að fólk byrji nokkru sinni að reykja. Hins vegar er

mikilvægt að átta sig á því að öflug meðferð við tóbaksfíkn er grundvallarforsenda þess að árangur náist í að draga úr skaðlegum áhrif tóbaks á allra næstu áratugum (Koop, 2004). Sá gífurlegi ávinningur fyrir líf, heilsu og útgjöld til heilbrigðisþjónustunnar, sem næst við það að fólk hættir að reykja og það hversu fjótt slíkur árangur kemur fram, ætti að vera okkur öllum hvatning til að leggja málinu frekara lið. Þess má því vænta að meðferð við tóbaksfíkn eigi eftir að vaxa fiskur um hrygg á næstu árum og verða enn veigameiri þáttur í daglegum störfum hjúkrunarfræðinga. Það er mikilvægt viðhorf að allir sjúklingar, sem reykja, þarfnist meðferðar. Það getur falið í sér allt frá 3ja mínútna samræðum, þar sem heilsufarsvandi viðkomandi er tengdur við reykingasögu hans, eða honum bent á hvar frekari aðstoðar megi vænta, til langvarandi og fjölþættrar reykleysismeðferðar. Líklegt er að til að veita langvarandi og fjölþætta reykleysismeðferð þurfi meiri sérhæfingu en hinn almenni hjúkrunarfræðingur býr yfir og hefur tíma til í daglegum störfum (West, 2002). Það dregur hins vegar ekki úr mikilvægi þess að hver og einn leggi sitt af mörkum með stuttri meðferð. Samtímis því að efla slíka meðferð þarf að leggja sérstaka rækt við að skipuleggja meðferð fyrir þá sem eiga hvað erfiðast með að hætta að reykja. Vegna vaxandi almennrar andstöðu við reykingar verður staða þeirra sífellt erfiðari og þörfin fyrir aðstoð meiri.

Árangur reykleysismeðferðar er í vissum skilningi afstæður. Vitað er að fólk gerir margar tilraunir til að hætta að reykja áður en því tekst að verða reyklaut. Þátttaka í meðferð getur verið mjög mikilvæg þegar til lengri tíma er litið þó reykbindindi náist ekki í fyrstu eða annarri atrennu. Langtímarannsóknir, þar sem lögð er áhersla á ferlið sem fólk gengur í gegnum á leið sinni til reykleysis, eru því sérlega áhugavert viðfangsefni.

Aukin vitund um hve tóbaksnotkun er varasöm og hve hagkvæmt er að fólk hætti að reykja hefur leitt til þess að stjórnvöld í milljónasamfélögum hafa sett verulega fjármuni í sérstök átaksverkefni til að draga úr tóbaksnotkun. Aðgerðir í ensku heilbrigðiskerfi undanfarin ár vekja eftirtekt en sérstökum fjármunum var varið til þessa átaks í 4 ár og síðan fellt inn í almennar fjárveitingar til heilbrigðiskerfisins (McNeill o.fl., 2005; Raw o.fl., 2005). Aðgerðirnar miðuðu að því að draga úr reykingum hjá börnum og ungu fólki og aðstoða barnshafandi konur og þá sem erfiðast eiga með að hætta að reykja við að drepa í fyrir fullt og allt. Margþættrar opinberar stjórnvaldaaðgerðir voru teknar upp, s.s. bann við auglýsingum, hækkun á verði tóbaks, aðgerðir til að draga úr reykingum á vinnustöðum, fyrirbygging óbeinna reykinga barna og sérstök áhersla var lögð á reykleysismeðferð en það var nýjung í ensku heilbrigðiskerfi. Heilbrigðisstarfsmenn fengu þjálfun í reykleysismeðferð, gagnreyndar leiðbeiningar voru samdar og gerðar aðgengilegar og fólki gert auðveldara að komast í meðferð, m.a. með því að reykleysismeðferð varð hluti af heilbrigðisþjónustunni, reykleysismiðstöðvar voru stofnaðar mjög víða og lyf við nikótínfíkn urðu gjaldfrjáls um tíma og síðan seld á lágu verði sem hvert annað lyf. Við lok átakstímabilsins var til orðið nýtt verklag í tóbaksvörnum á Englandi. Árangurinn var góður, meðferð var mjög hagkvæm og reykleysismeðferð var orðin viðurkennd sem eðlilegur og nauðsynlegur hluti heilbrigðisþjónustunnar.

Reykleysismeðferð er í vaxandi mæli álitin skyldumeðferð hjá öllum sem reykja (Fiore o.fl., 2000). Á Íslandi mætti hugsa sér að þessari skyldu verði komið á meðal heilbrigðisstarfsfólks á sama hátt og starfsmenn eru skyldaðir til að endurnýja reglulega færni sína í endurlífgun og skrá lágmarksheilsufarsupplýsingar innan sólarhrings frá innlögn sjúklings á sjúkrahús. Það eitt að spyrja skjólstæðing hvort hann reyki og hvort hann hafi hugsað sér að hætta því er mikilvæg reykleysismeðferð. Sýnt hefur verið fram á að u.þ.b. 3% þeirra sem njóta slíkrar meðferðar ná að hætta að reykja (Fiore o.fl., 2000). Áður en til þess kemur að skylda heilbrigðisstarfsmenn til að veita öllum sem reykja reykleysismeðferð þarf þeim að sjálfsögðu að vera kleift að efla eigin færni í að veita slíka meðferð.

Reykingar á Vesturlöndum fara almennt minnkandi. Svo er hins vegar ekki í öllum heimshlutum og þurfum við að láta okkur tóbaksnotkun um allan heim varða. Mikilvægt er að átta sig á því hverjir eru líklegastir til að byrja að reykja og hverjir það eru sem enn reykja í vestrænum löndum. Í báðum tilvikum eru konur og þeir sem höllum fæti standa í meirihluta. Líklegt er að svo sé einnig á Íslandi. Sem dæmi má nefna að dánartíðni kvenna af völdum langvinnrar lungnateppu, sem fyrst og fremst orsakast af reykingum, hefur margfaldast á síðustu áratugum á Íslandi (Þórarinn Gíslason og Helgi Tómasson, 1994; Lilja S. Jónsdóttir, 4. júní 2004). Breskar rannsóknir sýna að þeir sem fátækastir eru reykja allt að þrisvar sinnum meira en þeir sem best standa fjárhags- og félagslega. Jafnframt kemur fram við samanburð á tíðni reykinga árin 1973 og 1998 að reykingar meðal þeirra sem best hafa það hafa minnkað um allt að helming en standa að mestu í stað meðal þeirra sem lakast standa ( McNeill o.fl., 2005). Líkt og í Bretlandi eru reykingar á Íslandi mun fátíðari á meðal fólks með háskólamenntun (9,5%) heldur en meðal annarra (22,5%). Á síðustu áratugum hefur Íslendingum, sem reykja, fækkað verulega. Það á að einhverju leyti við um alla hópa og er því ólíkt því sem gerst hefur í Bretlandi, en þarfnast samt frekari athugunar (Lýðheilsustöð, 2005).

Markmið íslensku heilbrigðisáætlunarinnar til 2010 kveða á um að hlutfall reykingafólks á aldrinum 18-69 ára verði undir 15% (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000). Árið 2005 reykti 25% fólks í þessum aldurshópi (Lýðheilsustöð, 2005). Til samanburðar má benda á að árið 1999 reyktu 27% *daglega* en sú tala hefur lækkað í 21% árið 2005. Daglegar reykingar karla og kvenna eru þær sömu en ívið fleiri konur en karlar reykja sjaldnar en daglega (4,8% í samanburði við 3%). Umtalsverður árangur hefur því náðst í tóbaksvörnum á undanförfum árum. Ein af leiðunum að 15% markmiðinu, sem lögð var til í heilbrigðisáætluninni, er að fólki verði gert auðveldara að komast í reykleysismeðferð. Opinberar aðgerðir í þá veru eru enn sem komið er ekki nægilegar og bæði lyf við tóbaksfíkn og meðferð fólki töluvert kostnaðarsöm. Af opinberum aðgerðum má helst benda á símaráðgjöfina Ráðgjöf í reykbindindi. Þó staðan á Íslandi sé betri en víða annars staðar er hún langt frá því að vera viðunandi. Á það sérstaklega við um kostnað og aðgengi að meðferðarráðgjöf.

## Lokaorð

Það er von mín að hjúkrunarfræðingar haldi áfram að skipuleggja árangursrík og frumleg meðferðarform við tóbaksfíkn sem löguð eru að sértækum þörfum skjólstæðinganna. Vona ég að hver og einn fái tækifæri til að nýta þekkingu, hæfileika og frjóa hugsun til að útfæra reykleysismeðferð á eigin forsendum. Slík meðferð þarf að vera hluti af daglegum störfum hjúkrunarfræðinga. Því hefur verið haldið fram að það að láta sig reykningar skjólstæðinga ekki varða feli í sér umhyggjuleysi. Mörgum er það ný hugsun sem vert er að gaumgæfa.

Árangur af reykleysismeðferð getur birst á fjölmarga vegu. Hluti skjólstæðinga fær upplýsingar og uppörvun sem þeir nýta frekar síðar, hluti breytir afstöðu sinni til eigin reykninga, sumir ákveða að hætta og leita leiða eða þiggja meðferð þar að lútandi, aðrir hætta samstundis, enn aðrir hætta og byrja aftur og sumir hætta ekki en draga úr tóbaksnotkun. Þeir eru einnig til sem ekki breyta reykningum sínum en ná að horfast í augu við vandamálið og takast á við samviskubit og vanlíðan sem reykningar valda oft, einkum þeir sem glíma við reykingatengda sjúkdóma. Þannig er mikilvægt að líta á allar aðgerðir í tóbaksvörnum sem árangur. Fræjum er stöðugt sáð og þau skjóta rótum víðs vegar, stundum fjarri sáðmanninum.

## Heimildir

- Andersen, S., og Keller, C. (2002). Examination of the transtheoretical model in current smokers. *Western Journal of Nursing Research*, 24(3), 282-294.
- Benner, P., og Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley Publ. Comp.
- Blöndal T., Franzon, M., og Westin, A. (1997). A double-blind randomized trial of nicotine nasal spray as an aid in smoking cessation. *European Respiratory Journal*, 10, 1585-1590.
- Blöndal, T., Gudmundsson, L.J., Olafsdóttir, I., Gustavsson, G., og Westin, A. (1999). Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up. *British Medical Journal*, 318, 285-288.
- Dagbjört Bjarnadóttir (2002). Ráðgjöf í reykbindindí. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 78(4), 209-210.
- Dagmar Jónsdóttir og Helga Jónsdóttir (2000). Líkamsrækt til viðbótar við hefðbundna reykleysismeðferð: Áhrif á reykbindindí og þyngdaraukningu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 76(5), 249-256.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., o.fl. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Rockville, Maryland, Bandaríkjunum.
- Fisher, E.B., Lichtenstein, E., Haire-Joshu, D., Morgan, G.D., og Rehberg, H.R. (1993). Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. *Annual Review of Medicine*, 44, 481-513.
- Fjelland, R., og Gjengedal, E. (1994). A theoretical foundation for nursing as a science. Í Benner, P. (ritstj.), *Interpretive phenomenology. Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (bls. 3-25). California: Addison-Wesley Publ. Comp.
- Glanz, K., Rimer, B.K., og Lewis, F.M. (ritstj.) (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3. útg.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Guðrún Árný Guðmundsdóttir (2003). Loft 2002. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 79(2), 42-47.
- Hagfræðisstofnun Háskóla Íslands (2003). *Kostnaður vegna reykninga á Íslandi árið 2003*. (Skýrsla til Tóbaksvarnarmenningar nr. C03:04), Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2000). *Íslensk heilbrigðisáætlun til 2010*. Reykjavík: Höfundur.
- Helga Jónsdóttir, Kristlaug Sigríður Sveinsdóttir, Þóra Geirsdóttir, Rósa Jónsdóttir, Edda Steingrimsdóttir og Þórunn Sigurðardóttir (2001). Að tala við fólk um reykningar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 77(3), 161-166.
- Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands (2.-5. mars 2005). *Námskeið um meðferð til reykleysis*. Sótt 5. ágúst 2005 á <http://www.hi.is/nam/hjukrun/Reykleysi/>.
- Hunter, S. MacD. (2001). Quitting. Í J.M. Samet og S-Y. Yoon (ritstj.), *Women and the tobacco epidemic*. Challenges for the 21st Century (bls. 121-146).

- The World Health Organization. Sótt 5. ágúst 2005 á <http://www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf>.
- Jónsdóttir, D., og Jónsdóttir, H. (2001). Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain?: An intervention study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15; 275-282.
- Jonsdottir, H., Litchfield, M., og Pharris, M.D. (2003). Partnership in practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 17(3), 51-63.
- Jonsdottir, H., Litchfield, M., og Pharris, M.D. (2004). The relational core of nursing: Practice as it unfolds. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 241-250.
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirsdottir, Th., Sveinsdottir, K.S., og Sigurdardottir, Th. (2004). Multi-component, individualized smoking cessation intervention for lung patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 594-604.
- Koop, C.E. (2004). Tobacco: The public health disaster of the twentieth century. Í P. Boyle, N. Gray, J. Henningfield, J. Seffrin., og W. Zatonski, (ritstj.), *Tobacco and public health: Science and policy* (iv-xvii). Oxford, England: Oxford University Press.
- Lilja S. Jónsdóttir (4. júní 2004). *Inngangsróð*. Fyrirlestur fluttur á málþingi á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis um reykningar og konur. Þarf kynbundna nálgun í forvörnum og reykleysismeðferð? Grand hóteli, Reykjavík.
- Lýðheilsustöð (2005). *Umfang reykninga. Samantekt 2005*. Sótt 15. janúar 2006 á [www.lydheilsustod.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir/reykingas-kyrsla\\_2005](http://www.lydheilsustod.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir/reykingas-kyrsla_2005).
- McNeill, A., Raw, M., Whybrow, J., og Bailey, P. (2005). A national strategy for smoking cessation treatment in England. *Addiction*, 100 (viðauki 2), 1-11.
- Mundt, K., Fugleholm, A.M., Hedegaard, M.A., og Jepsen, J.M. (2001). *Rygeophor på sygehus - fakta, metoder og anbefalinger*. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Sótt 5. ágúst 2005 á <http://www.bispebjerghospital.dk/BBHKliniskSygdomsforebyggelse.nsf/ResponseDokumenter/99EDE4B469C1C6B6C1256C4B00248172>.
- Newman, M.A. (1986). *Health as expanding consciousness*. Mosby Comp, St. Louis, Bandaríkjunum.
- Newman, M.A. (1997). Evolution of the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 22-25.
- Percival, J. (2002). *Tært loft. Reykleysismeðferð og tóbaksvarnir* (ritstjóri Rósa Jónsdóttir, þýtt, staðfært). Reykjavík: Samtök hjúkrunarfræðinga gegn tóbaki, Krabbameinsfélagið, Hjartavernd, fagdeild lungnahjúkrunarfræðinga, fagdeild hjartahjúkrunarfræðinga og fagdeild hjúkrunarfræðinga á krabbameinssviði. (Upphaflega gefið út af Royal College of Nursing).
- Polkinghorne, D. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. Í J.A. Hatch og R. Wisniewski (ritstj.), *Life history and narrative* (bls. 5-23). London: The Falmer Press.
- Prochaska J.O., og DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., og Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., og Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. Í K. Glanz, B.K., Rimer og F.M. Lewis, (ritstj.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3. útg.) (bls. 99-120). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rakel Valdimarsdóttir (2000). *Losnum við reykinn - Öndum léttar* (2. útg.). Reykjavík: Landspítali - háskólasjúkrahús.
- Raw, M., McNeill, A., og Coleman, T. (2005). Lessons from the English treatment services. *Addiction*, 100 (viðauki 2), 84-91.
- Samet, J.M., og Yoon, S-Y. (ritstj.) (2001). *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. The World Health Organization. Sótt 5. ágúst 2005 á <http://www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf>.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, 175-186.
- Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C., og Gordon, D.R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 273-280.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039.
- West, R. (2002). Helping patients in hospital to quit smoking. *British Medical Journal*, 324, 64.
- Wewers, M.E., og Ahijevych, K.L. (1996). Smoking cessation interventions in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, 14, 75-93.
- World Health Organization, Europe (2001). *Partnership to reduce tobacco dependence. WHO Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence for Health Care Systems in Europe*. World Health Organization, Europe.
- Þórarinn Gíslason og Helgi Tómasson (1994). Dánartíðni vegna astma, langvinnrar berkjubólgu og lungnaþembu. *Læknablaðið*, 80, 239-243.