



Motivasjon for røykeslutt hos
hode/hals- og lungekreftpasienter

Motivation for smoking cessation in head/neck and lung
cancer patients.

Kandidatnummer: 18

VID vitenskapelige høgskole

Campus Oslo

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i Kreftsykepleie

Kull: Heltid 22

Antall ord: 4050

ABSTRAKT

Innledning: Røyking og hode/hals- og lungekreft har en klar sammenheng. Denne pasientgruppen kan derfor være lite motivert til røykeslutt siden 'skaden allerede er skjedd'. For å hjelpe pasientgruppen med røykeslutt er det nødvendig å utforske hvilke opplevelser de har med motivasjon til røykeslutt.

Problemstilling: Hvordan opplever hode/hals- og lungekreftpasienter motivasjon til røykeslutt?

Metode: Systematisk litteraturstudie ble anvendt. Det er utført søk i databasene CINAHL, PUBMED og MEDLINE, med relevante søkeord i ulike kombinasjoner. Relevante forskningsartikler ble valgt ut og analysert. Videre ble disse drøftet mot hverandre og annen relevant faglitteratur før implikasjoner for klinisk praksis ble identifisert.

Resultat: Fire hovedfunn kan trekkes ut fra analysen. Disse omhandler og beskriver hvordan hode/hals- og lungekreftpasienter opplever motivasjon til røykeslutt. Hovedfunnene er: 1) Helseeffekter, 2) Psykososial miljø, 3) Skyld og stigmatisering og 4) Hjelpemidler og støtte.

Konklusjon: Litteraturstudiet konkluderer med at motivasjon til å slutte å røyke er bedre helseeffekter, støtte fra familie og venner, ressurser, ikke bli møtt med stigmatisering, jobbe med skyldfølelse, hjelpemidler og støtte fra helsepersonell.

Key words: Lungekreft, Hode/halskreft, motivasjon, røykeslutt, opplevelse

ABSTRACT

Introduction: Smoking and head/neck and lung cancer are clearly linked. This patient group may lack motivation to quit smoking since 'the damage has already been done'. In order to help this patient group with smoking cessation, it is necessary to explore their experiences with motivation to quit.

Problem: How do head/neck and lung cancer patients experience motivation to quit smoking?

Method: A systematic literature study is used. Searches have been carried out in the databases CINAHL, PUBMED and MEDLINE, with different search terms in different combinations. Relevant research articles were chosen and analysed. Furthermore, these were discussed against each other, as well as against specialist literature and what implications the findings have for clinical practice was established.

Result: Four main findings is highlighted from the research articles. These findings describe how head/neck and lung cancer patients experience motivation to quit smoking. The main findings are: 1) Health effects, 2) Psychosocial environment, 3) Guilt and stigmatization and 4) Aids and support.

Conclusion: The literature study concludes that motivation to quit smoking is better health effects, support from family and friends, resources, not being met with stigma, working with feelings of guilt, aids and support from healthcare professionals.

Key words: Lung cancer, Head/neck cancer, motivation, smoking cessation, experience

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Hensikt	2
2. Metode.....	2
2.1 Litteratursøk.....	2
2.2 Utvalgelse av artikler	3
2.3 Analyse.....	4
3. Resultat	5
3.1 Helseeffekter.....	5
3.2 Psykososialt miljø.....	6
3.3 Skyld og stigmatisering	7
3.4 Hjelpemidler og støtte	8
4. Diskusjon	9
4.1 Helseeffekter.....	9
4.2 Psykososialt miljø.....	10
4.3 Skyld og stigmatisering	11
4.4 Hjelpemidler og støtte	11
5. Konklusjon.....	12
Litteraturliste	13

Vedlegg 1 PICO skjema

Vedlegg 2 Litteraturmatrise

Vedlegg 3 Likheter og ulikheter

1. Innledning

Lungekreft er en av de hyppigst forekommende kreftformene i Norge, og ligger som nest hyppigst både hos kvinner og menn (Brustugun, 2017, s. 488). Røyking er årsaken til 90 % av alle tilfeller av lungekreft (Schjøberg, 2017, s. 342). Ved hode- halskreft er omtrent 75 % tilknyttet bruk av tobakk (Amdal & Bjordal, 2017, s. 540). Både passiv og aktiv røyking utgjør en risiko for lungekreft og kreft i munnhule og strupen (Brustugun, 2017, s. 489; Schjøberg, 2017, s. 333).

Røyking er svært avhengighetsskapende, noe som gjør det utfordrende å slutte. Desto flere pakke-år (omregnet i hvor mange år du har røyket 20 sigaretter daglig, 1 pakke= 20 sigaretter) pasienten har hatt, desto vanskeligere er det å slutte, og desto større er sannsynligheten for uheldige bivirkninger (Schjøberg, 2017, s. 343).

Generelt sett har kreftpasienter som slutter å røyke bedre prognose av behandlingen. Røykeslutt reduserer dødeligheten hos kreftpasienter med over 45 %, kontra de som ikke slutter å røyke ved diagnostidspunktet (Health & Services, 2020, s. 8). Hypoksiske celler er relativt strålesensitive, og røyking kan gjøre at kreftceller kan bli mer motstandsdyktige mot strålebehandlingen (Langberg, 2018, s. 89). Røyking under cytostatika- og immunterapibehandling gjør det vanskeligere for medisinen å nå frem til kreftcellene grunnet dårligere sirkulasjon. Det kan føre til flere bivirkninger av behandlingen grunnet høyere doser av både stråle og kreftmedisin. I tillegg er det større risiko for tilbakefall av kreft (Health & Services, 2020, s. 6-7).

Det er naturlig at hode/hals- og lungekreftpasienter som røyker føler på skyld og skamfølelse ved diagnostidspunktet (Thune, 2017, s. 510). Kreftpasienter kan derfor synes det er vanskelig å søke hjelp om røykeslutt grunnet stigma fra helsepersonell. Lungekreft oppdages som regel ganske seint, og har derfor ofte dårlig prognose (Brustugun, 2017, s. 497). I hode/hals-regionen oppdages kreften også ofte seint grunnet vage symptomer i en tidlig fase (Evensen, 2018, s. 210). Langtidsoverlevelsen er dårlig, spesielt for de pasientene med lymfeknutespredning til hals (Evensen, 2018, s. 215). Denne pasientgruppen kan derfor være lite motivert til røykeslutt fordi pasienten allerede har fått påvist kreft.

1.1 Problemstilling

Hvordan opplever hode/hals- og lungekreftpasienter motivasjon til røykeslutt?

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å finne ut hva som motiverer hode/hals- og lungekreftpasientene til røykeslutt. Hvilke opplevelser har denne pasientgruppen med røykeslutt, og hva må til for å slutte å røyke? Pasientgruppen er valgt fordi en stor overvekt av krefttilfellene skyldes røyking og at disse pasientene derfor kan oppleve mer skam og skyld sammenlignet med andre kreftdiagnoser hvor årsakssammenhengen mellom røyking og kreft ikke er like klar. Avgrenses til å ikke skrive om forebygging eller røykeslutt i en palliativ fase.

Det er viktig for mitt fag fordi økt kunnskap om hva hode/hals- og lungekreftpasienter trenger av oppfølging og støtte til røykeslutt kan gjøre det lettere for pasienten å slutte og øke effekten av kreftbehandlingen. Bevisstgjøringen på skam og skyld hos lungekreftpasienten og kreftsykepleiers egen holdning kan være med på å motivere/hjelpe hode/hals- og lungekreftpasienter til røykeslutt (Thune, 2017, s. 511).

2. Metode

For å belyse problemstillingen har det blitt brukt litteraturstudie som metode. Metoden er å søke etter relevant forskning og deretter analysere studiene systematisk (Dalland & Keeping, 2020, s. 56). Studiene som er brukt er kvalitative enkeltstudier. Det å kombinere og sammenstille resultater fra flere studier bidrar til å få overblikk over ett tema og er mer overbevisende og nyttig enn enkeltstudier (Aveyard, 2019, s. 4).

2.1 Litteratursøk

PICO modellen ble brukt for å finne relevante søkeord til min oppgave (Vedlegg 1), samt MeSH som er brukt for å kategorisere søkene mine. Det er flere databaser som er aktuelle. Jeg har brukt CINAHL, PUBMED og MEDLINE gjennom bibliotekets hjemmeside. Relevante søkeord som er brukt på CINAHL er «lung cancer» OR «lung neoplasm», antall treff ble da 68 960. «Smoking cessation» OR «quit smoking» ga 29 807 treff. Kombinere disse med AND, ble det 595 treff. Da var ingen artikler eldre enn 10 år. Etter å ha ekskludert artiklene med

kvantitativ metode og lung screening program, altså hvordan motivere til røykeslutt før man utvikler kreft, fant jeg 4 studier som synes relevante for min problemstilling.

Søkeordene som er brukt i *PUBMED* er «lung cancer» OR «lung neoplasm», AND «smoking cessation» treff på 1456. Kombinert med “qualitative” med treff på 65. Etter å ha lest igjennom abstraktene og ekskludert de som handlet om «lung screening program» endte søket med 1 relevant artikkel.

I *MEDLINE* er søkeord som er brukt «lung cancer» OR «lung neoplasm» AND «smoking cessation OR smoking» da kom 978 treff. De fleste av disse benyttet kvantitative studier. Derfor kombinerte jeg nøkkelordet «kvalitativ». Da fikk jeg opp 14 treff. Av disse var det flere artikler jeg allerede hadde fra tidligere søkerunder, så det ble lagt til 2 relevante artikler.

For å utvide søket mitt valgte jeg å inkludere motivasjon og generell kreft i *MEDLINE*. Søkeord som ble brukt er “smoking cessation» OR “quit smoking” OR “stop smoking” AND “cancer” OR “neoplasm”, AND tekstordet “motivation”. Fikk da treff på 299 artikler. Etter å identifisere de som er publisert innen de siste 10 årene på engelsk kom det opp 159 treff. Da fant jeg én ekstra relevant artikkel. Også her var det stor overlapp med søk i andre databaser.

2.2 Utvelgelse av artikler

En oversikt over utvalgte artikler er lagt inn i en litteratormatrise, og viser kort hvorfor artikkelen er relevant for min oppgave (vedlegg2). Alle artiklene er systematisert etter tittel og nøkkelord, videre gjennom å lese abstraktet. Ved vitenskapelig forskning, kreves det at forskerne har fulgt etiske prinsipper. «Det handler om å ivareta personvern og sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland & Keeping, 2020, s. 168).» Det er benyttet sjekklister for kvalitetsvurdering av kvalitativ forskning og undersøkt at alle artiklene følger etiske retningslinjer. Artiklene er også publisert i etablerte tidsskrifter, har gjennomgått fagfelleevaluering og er godkjent av etiske nasjonale komitéer.

Alle artiklene benytter intervjuer som datainnsamlingsmetode, enten motiverende intervju, semi-strukturert intervju, eller fokusgrupper. Fem artikler er om lungekreftpasienter og tre er om hode/halskreftpasienter. De åtte artiklene som er inkludert i litteraturstudien er

engelspråklige. Deltakerne er fra land som Storbritannia, Sverige, Danmark, Canada, USA og Australia som antas å ha en overføringsverdi til Norge. Artikkene er ikke mer enn 10 år gamle og spenner seg fra 2014-2021.

I Smith et al. (2021) sin studie brukes det multimetode, altså at studien benytter en kombinasjon av kvantitativ og en kvalitativ metode. Jeg har allikevel valgt å inkludere denne artikkelen ettersom de kvalitative og kvantitative resultatene er presentert separat i artikkelen og de kvalitative funnene er relevant til min oppgave. Hajdarevic et al. (2018) handler det om lungekreftpasienter som røyker/har tidligere røyket og når de tok kontakt med helsevesenet på grunn av symptomer, altså før de har blitt diagnostisert med kreft. Selv om intervjuene handler om før de fikk diagnosen har jeg valgt å inkludere studien fordi den omhandler stigmatisering og skyldfølelse hos lungekreftpasienten, og hvorfor det er vanskelig å søke om hjelp til røykeslutt.

2.3 Analyse

Resultatene i artiklene ble lest nøye flere ganger, for så å streke under de viktigste nøkkelfunnene. Det ble gjort en tematisk analyse der nøkkelfunnene ble delt inn ulike temaer. Når temaene var indentifisert og resultatene fra artiklene sammenstilles slik at det er lettere å definere et mønster i funnene (Aveyard, 2019, s. 142). Deretter ble resultatdelene lest på nytt og satt inn i en tabell med fargekoder for å få en bedre oversikt. Tabellen viser også likheter og ulikheter mellom studiene (Vedlegg 3). Analysen viste fire gjentakende temaer:

1. Helseeffekter
2. Psykososialt miljø
3. Skyld og stigmatisering
4. Hjelpemidler og støtte

Temaene fra analysen brukes til å presentere resultatene fra studiene i kapitlet under.

3. Resultat

3.1 Helseeffekter

Et av temaene som har vært sentralt i motivasjon til røykeslutt er helseeffekter. Resultatene i flere av studiene viste at kreftdiagnosen i seg selv har vært en motivasjon til å slutte å røyke (Abdelrahim et al., 2018; Khodadadi et al., 2021; Smith et al., 2021). Også de som ikke hadde sluttet ved diagnosetidspunktet, ønsket å slutte og beskrev sjokket av å få diagnosen som et vendepunkt, og at de ikke hadde klart å slutte hvis de ikke hadde fått diagnosen (Abdelrahim et al., 2018, s. 58). I studien til Weiss et al. (2020) var økt kunnskap som bedre effekt av behandling, bedre livskvalitet, og økt risiko for å få en ny krefttype motiverende momenter til å slutte å røyke. Bedre helse ble også trukket frem i studien til Khodadadi et al. (2021). Pasientene som ikke fortsatte å røyke etter behandling i studien til Rowland et al. (2016) opplevde mindre bivirkninger av behandlingen enn de deltakerne som fortsatte å røyke. Deltakerne som fortsatte å røyke opplevde dårligere livskvalitet grunnet strevsomme symptomer, isolering og frykt for smitte (Rowland et al., 2016, s. 37). I studien til Smith et al. (2021) klarte flere å slutte under kreftbehandlingen, spesielt ved stråleterapi da dette kunne forverre prognosen. I tillegg var flere så uvel under behandlingen at det ikke fristet å røyke grunnet sideeffektene av strålebehandling (Smith et al., 2021, s. 236). Dette uttrykte også deltakerne i studien til Abdelrahim et al. (2018), de opplevde smerter og tørrhet i munnen etter strålebehandlingen som gjorde det vanskeligere å røyke.

I studien til Farley et al. (2016) og Khodadadi et al. (2021) fortalte flere deltakere om effekten røyking hadde på den psykiske helsen, og påpekte at fordeler med å røyke var at det var angst- og stressdempende. Det vil si at noen deltakere synes det var en stressfaktor å være i behandling, og røykingen ble en måte å komme seg igjennom behandlingen (Farley et al., 2016, s. 315). Andre begrunnet røykingen med at de følte det gjorde dem mindre tungpustet, og at de var redde for å gå opp i vekt dersom de sluttet å røyke (Farley et al., 2016, s. 315).

3.2 Psykososialt miljø

Et annet sentralt tema er hvordan det psykososiale miljøet har en effekt på røykeslutt hos både hode/hals- og lungekreftpasientene. I studien til Rowland et al. (2016) opplevde de fleste deltakerne god støtte fra familie og venner. I noen tilfeller var det venner som holdt avstand grunnet stigma, som igjen førte til isolasjon og depresjon, og gjorde det enda mer utfordrende å slutte. De deltakerne som hadde en åpen dialog med familien sin om abstinenser og byrder hadde et bedre samarbeid med tanke på røykeslutt (Rowland et al., 2016, s. 37). I studien til Weiss et al. (2020) opplevde også deltakerne god støtte i familie og venner. God støtte fra familie bekreftes også i studien til Khodadadi et al. (2021), hvor en deltaker forteller «Hvis det ikke var for familien min hadde jeg fortsatt å røyke. Spesielt barna har vært en viktig motivasjon for å slutte» (Khodadadi et al., 2021, s. 763).

I Abdelrahim et al. (2018) beskriver deltakerne sosial motivasjon som et viktig tema til å både slutte og fortsette å røyke. De fleste deltakerne hadde røyket hele livet, og startet å røyke fordi det var sosialt. Hvis de var i omgivelser de vanligvis pleide å røyke, var det ekstra vanskelig å ikke sprekke. Også i resultatene her ble det trukket fram at deltakerne som fikk moralsk støtte fra familie hadde enklere for å slutte, spesielt om de hadde barn. Men hvis venner og familie også røyket var det utfordrerne, spesielt ved voksne barn som røyket (Abdelrahim et al., 2018, s. 58). Liknende funn finnes også i studien til Lehto (2014) og Smith et al. (2021) hvor flere deltakere synes det var utfordrende når ektefellen fortsatt å røyke. Familie og venner hjalp med å tolerere abstinensene bedre (Smith et al., 2021, s. 237).

I studien til Abdelrahim et al. (2018) påpekte deltakerne at de visste at røyking var galt og sosialt uakseptert, men at det var vanskelig å forandre livsstil og omstille seg til et liv uten tobakk. Hvis røyking og drikking hadde vært en stor del av livet var det enda vanskeligere å slutte (Abdelrahim et al., 2018, s. 57). Deltakerne som hadde lite ressurser strevde mer med å slutte å røyke enn de som ikke hadde det (Khodadadi et al., 2021, s. 764). Smith et al. (2021) viste at det å være arbeidsledig eller ikke ha muligheten til å jobbe etter behandling gjorde det vanskeligere å slutte å røyke. Ensomhet gjorde det også vanskeligere å slutte å røyke (Farley et al., 2016, s. 313).

3.3 Skyld og stigmatisering

Opplevelsen av skyld og stigmatisering er også et gjentakende tema i motivasjon til røykeslutt. Lehto (2014) fant at lungekreftpasienter opplever en ekstra belastning ved å ha en sykdom som offentligheten så på som selvforskyldt. Alle deltakerne i studien fortalte om frykten for å ikke få like god hjelp av helsevesenet, og var redd for at helsepersonell klandret dem. Noen pasienter beskrev at de følte seg ukomfortable i møte med helsepersonell grunnet deres røykehistorie (Lehto, 2014, s. 318). Flere av pasientene gikk på antidepressiva og forklarte at mye av grunnen var skyldfølelse som førte til depresjon. Skyldfølelsen gjorde det enda vanskeligere å slutte å røyke (Lehto, 2014, s. 319). I studien til Abdelrahim et al. (2018) rapporterte hode-halskreft pasientene mye skyldfølelse og skam for å ikke klare å slutte å røyke. Liknende funn fins i Rowland et al. (2016) der flere av deltakerne uttrykte at de følte seg stigmatisert hvis de fortsatte å røyke etter diagnosen.

I studien til Hajdarevic et al. (2018) fortalte deltakerne at helsepersonell som har hatt en vennlig tilnærming og unngått personskyld var lettere å snakke med om røyking og symptomer. Resultatene i den samme studien viste også at deltakerne fra England opplevde mer stigmatisering enn i Danmark og Sverige og at røykere generelt kontaktet legen sjeldnere enn ikke-røykere. Noen deltakere hadde gått med symptomer lenge før de turte å oppsøke hjelp på grunn av frykt for stigmatisering (Hajdarevic et al., 2018, s. 4). I tre av studiene følte deltakerne seg ikke sosialt akseptert, men forteller at åpenheten fra helsepersonell hadde hjulpet dem å slutte med røykingen (Rowland et al., 2016; Smith et al., 2021; Weiss et al., 2020).

3.4 Hjelpemidler og støtte

Et siste tema i litteraturstudien er at hjelpemidler og støtte fra helsepersonell er en motivasjon til røykeslutt. Flere av deltakere syntes at nikotinerstatninger som plaster og tabletter var en god motivasjon til å slutte å røyke (Abdelrahim et al., 2018, s. 59; Smith et al., 2021, s. 236-237). Alle deltakerne som ble tilbudt et pilotrøykesluttprogram synes det var svært effektivt, men flere strevde med å slutte etter dette var ferdig (Abdelrahim et al., 2018, s. 59). I Smith et al. (2021) fortalte de fleste deltakerne at å få profesjonell hjelp, og støtte av behandlingsteamet var en god motivasjon til røykeslutt. Røyketelefon og individuell hjelp var effektivt, og at helsepersonell møtte pasienter der hen er (Smith et al., 2021, s. 236-237).

Farley et al. (2016) fant at de fleste deltakerne sluttet å røyke etter sykehusinnleggelsen, men flere sprakk da de kom hjem. Alle deltakerne mente at helsepersonell burde informere om viktigheten av røykeslutt. Deltakerne ønsket røykeslutt-støtte fra helsepersonell, men ikke alle fikk tilbud om dette. De ønsket hjelp i starten av og den første tiden etter diagnosen (Farley et al., 2016, s. 314). Noen synes det var ukomfortabelt når helsepersonell spurte dem om røykevanene deres. Noen ble aldri spurt under innleggelsen (Farley et al., 2016, s. 315-316). I Khodadadi et al. (2021, s. 764) hadde alle deltakerne blitt informert om at de burde slutte å røyke, men mange hadde glemt hva legen sa og var ikke klar over hvilke hjelpemidler som fantes (Khodadadi et al., 2021, s. 764).

I studien til Rowland et al. (2016, s. 38) viste resultatet at de deltakerne som hadde møtt helsepersonell med en usympatisk tilnærming synes det var vanskeligere å spørre om hjelp til røykeslutt. Dette ble også påpekt i studien til Hajdarevic et al. (2018). Andre forteller om god støtte fra sykepleierne, men hvis pasienten hadde sluttet å røyke og gikk på en sprekk, var de redd for at sykepleierne skulle bli skuffet over dem og ta det personlig (Rowland et al., 2016, s. 38). Deltakerne i Smith et al. (2021) synes det var en god motivasjon å få profesjonell hjelp gjennom undervisning, og skriftlig informasjon.

4. Diskusjon

I denne delen drøftes opplevelsen om hvordan hode/hals- og lungekreftpasienter motiveres til røykeslutt. Temaene i resultatdelen legger grunnlag for drøftingen og i tillegg trekkes det frem hvilke implikasjoner funnene har for klinisk praksis.

4.1 Helseeffekter

Et gjennomgående funn var at bedre helse var en stor motivasjon for å slutte å røyke. Spesielt bedre effekt av behandlingen, mindre bivirkninger og risikoen for en ny krefttype kom frem som motivasjon til å slutte i studiene til Abdelrahim et al. (2018); (Rowland et al., 2016; Smith et al., 2021; Weiss et al., 2020). Dette bekreftes også av Degerfält et al. (2008, s. 246), at røyking øker risikoen for en ny kreftsykdom, redusert livskvalitet, komplikasjoner under kreftbehandlingen og redusert overlevelse. I tillegg er røykeslutt helsefremmende uansett alder (Health & Services, 2020, s. 7). Oksygenfattige celler er relativt resistente mot strålebehandling. Derfor anbefales det å slutte å røyke helt under behandling (Degerfält et al., 2008, s. 246). Til tross for dette røyker hver femte kreftpasient som går til behandling i Norge (Kvaavik et al., 2021, s. 35), dette er uheldig fordi det kan føre til at ikke alle får like god effekt av behandlingen. Samtidig er det forståelig fordi flere av funnene viser at røyking hadde en positiv effekt på den psykiske helsen, og at flere opplevde røyken som angst- og stressdempende (Farley et al., 2016; Khodadadi et al., 2021). Det kan være overveldende å gå i behandling og i tillegg håndtere abstinenser og stresset i forbindelse med dette. For noen var røyking en måte å komme seg igjennom behandlingen på (Farley et al., 2016, s. 315). Dette kan være nyttig kunnskap til helsepersonell for å motivere hode/halskreft og lungepasientene til røykeslutt.

I praksis informeres kreftpasientene rutinemessig om bedre effekt av kreftbehandlingen ved røykeslutt av stråleterapeut og behandlende onkolog. De anbefalte retningslinjene til OUS viser til at helsepersonell har ansvar for å gi kunnskapsbasert informasjon om at røyking påvirker effekten av kreftbehandlingen, tilby tilpasset veiledning og røykeavvenningsbehandling (Larsen, 2010). Samtidig viser rapporten til Health og Services (2020) at kun halvparten fikk oppfølging/hjelp til å slutte å røyke. Grunnen til at dette ikke ble prioritert var tidspress, kunnskap, og ressurser (Health & Services, 2020). Egen erfaring tilsier at oppfølgingen av røykeslutt i kreftbehandlingen er minimal fordi det tenkes til at dette er behandlende onkolog og stråleterapeut sitt ansvar.

4.2 Psykososialt miljø

Det psykososiale miljøet rundt pasienten påvirker motivasjonen til røykeslutt. På den ene siden opplevde de fleste god støtte fra familie og venner (Khodadadi et al., 2021; Rowland et al., 2016; Weiss et al., 2020). På den andre siden var det svært utfordrende for dem som hadde andre familiemedlem som røyket (Abdelrahim et al., 2018; Lehto, 2014; Smith et al., 2021). I tillegg har røyking vært en del av deres livstil i mange år, og det kan derfor være vanskelig å omstille til et liv uten tobakk (Abdelrahim et al., 2018, s. 57).

Pasienter som hadde lite ressurser strevde mer med røykeslutt (Khodadadi et al., 2021, s. 764). Ifølge Larsen og Myklebust (2018) har de med lavere utdanning og inntekt større risiko for hode/hals- og lungekreft. Dette kan gi oss en pekepinn på at mange i denne pasientgruppen har mindre ressurser og støtte rundt seg til å slutte å røyke. For eksempel at det sosiale miljøet rundt pasienten er møteplasser der andre røyker (Abdelrahim et al., 2018, s. 58). I tillegg er arbeidsledighet eller å ikke ha muligheten til å jobbe under behandling en utfordring for røykeslutt (Smith et al., 2021, s. 237). I en av studiene beskriver en deltaker at røykingen hjalp mot depresjon og ensomhet, samtidig fortalte flere av deltakerne at besøk av familie og venner har hjulpet mot ensomheten og at det får tankene bort fra røyken (Farley et al., 2016, s. 313).

Imidlertid er det psykososiale miljøet rundt pasienten er ikke så lett å endre på, men kartleggingen av pasientens ressurser kan bevisstgjøre hvem som trenger ekstra støtte til røykeslutt. Samtidig kan sykepleier hjelpe å dempe plagene på depresjon og engstelse ved å kartlegge og gi informasjon om ulike tilbud som finnes. I kommunehelsetjenesten arrangeres det flere kurs i depresjonsmestring, og pasienten kan også henvises psykiatrisk sykepleier og kreftkoordinator (Borge & Oksholm, 2021, s. 175).

4.3 Skyld og stigmatisering

Opplevelse av skyld og stigmatisering har en påvirkning på motivasjon til røykeslutt. Skyld og skam grunnet røyking og kreft kan hindre pasienten i å oppsøke hjelp fra helsevesenet (Thune, 2017, s. 510). Dette underbygges i studiet til Lehto (2014) der alle lungekreftpasientene forteller om frykten for å bli stigmatisert fordi de røyker og at de er redd for at helsepersonell skal klandre dem for posisjonen de er i. Flere av pasientene følte på mye skyld og skam for å ikke klare å slutte å røyke (Abdelrahim et al., 2018; Rowland et al., 2016). Dette viser at å moralisere om røyking ikke er en effektiv metode dersom man vil hjelpe noen å slutte (Degerfält et al., 2008, s. 249). Egen erfaring tilsier at det også er en frykt for helsepersonell å spørre om røyking fordi man er redd for å stigmatisere pasienten. Ved hode/hals- og lungekreft er skaden allerede skjedd, og kreftdiagnosen er ikke reversibel. Det tilsier at helsepersonell må bruke strategier for å hjelpe å skyve bort skam og skyldfølelse. Dette kan hjelpe pasienten til å fokusere mer på effekten røykeslutt har på behandlingen.

Det kan være belastende for pasienten å snakke om sin skam og skyldfølelse (Thune, 2017), og for noen kan skyldfølelsen føre til depresjon som igjen gjør det vanskeligere å slutte å røyke (Lehto, 2014, s. 319). Imidlertid viser mine funn at flere av pasientene som har opplevd helsepersonell med en åpenhet, vennlig tilnærming og som ikke setter søkelys på personskyld har vært lettere å spørre om hjelp til røykeslutt (Hajdarevic et al., 2018; Rowland et al., 2016; Weiss et al., 2020). Dette underbygges av Thune (2017) som belyser at sykepleier bør ha en aksepterende og fordomsfri holdning, samt uttrykke trygghet og medmenneskelighet i samtalen.

4.4 Hjelpemidler og støtte

Ifølge Helsedirektoratet (2023) bør alle som ønsker røykeslutt få tilbud om strukturell hjelp til avvenning og vurderes med tanke på bruk av legemidler til røykeslutt. Mine funn viser at de som fikk bli med i røykesluttprogram synes dette var en god motivasjon (Abdelrahim et al., 2018; Smith et al., 2021). Imidlertid var det flere pasienter som ikke fikk tilbud om dette (Farley et al., 2016). Nikotinerstatninger ble også trukket frem som en god støtte til å slutte (Abdelrahim et al., 2018; Smith et al., 2021). Forskning viser at personer som bruker nikotinerstatninger har dobbel så stor sjanse for å lykkes med røykeslutt enn de som ikke anvender slike hjelpemidler (Degerfält et al., 2008, s. 252). I en norsk studie fra

Folkehelseinstituttet fant de en positiv effekt på å tilby kreftpasienter i behandling et røykesluttprogram basert på veiledning og gratis nikotinerstatningsprodukt (Kvaavik et al., 2021, s. 35). Resultatene i studien antydde til at rundt 10 % flere ville sluttet å røyke dersom de tok imot et tilbud som dette (Kvaavik et al., 2021, s. 34).

Funn i litteraturstudien viser også ulik støtte fra helsepersonell, men de som fikk det angir at dette ga en god motivasjon til å slutte. Spesielt ved å få profesjonell hjelp gjennom undervisning, og skriftlig informasjon (Rowland et al., 2016; Smith et al., 2021). Egen erfaring tilsier at sykepleiere er gode på å tilby nikotinerstatninger under innleggelsen, men ikke vet om hvilke undervisningstilbud som finnes etter behandling. I rapporten til Health og Services (2020) påpekes det viktigheten av at institusjoner og helsepersonell har et standard røykeslutteprogram for å sikre oppfølging også etter behandlingslutt (Health & Services, 2020).

5. Konklusjon

Selv om de fleste slutter å røyke etter en kreftdiagnose er det en av fem kreftpasienter i behandling som røyker i Norge. Røykeslutt reduserer dødeligheten hos kreftpasienter med over 45 %. Den gjennomførte litteraturstudien viste at gjentakende temaer med tanke på motivasjonen blant hode/hals- og lungekreftpasienter for røykeslutt er bedre helseeffekter, støtte fra familie og venner, ressurser, ikke bli møtt med stigmatisering, jobbe med skam- og skyldfølelse, hjelpemidler og støtte fra helsepersonell.

Denne kunnskapen kan hjelpe helsepersonell til å motivere hode/hals- og lungekreftpasienter til røykeslutt med å tilby veiledning, hjelpemidler og samarbeid, samt kartlegge pasientens ressurser. Det er behov for mer kunnskap på individuelt røykeslutteprogram i kreftbehandlingen og oppfølging etter behandling.

Litteraturliste

- Abdelrahim, A., Balmer, C., Jones, J., Mehanna, H. & Dunn, J. (2018). Considerations for a head and neck smoking cessation support programme; A qualitative study of the challenges in quitting smoking after treatment for head and neck cancer. *European Journal of oncology nursing*, 35, 54-61.
- Amdal, C. D. & Bjordal, K. (2017). Kreft i øre-, nese- og halsregionen. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 538-549). Cappelen Damm akademisk.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Borge, C. R. & Oksholm, T. (2021). *Lungesykepleie* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Brustugun, O. T. (2017). Lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 488-499). Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Degerfält, J., Moegelin, I.-M. & Sharp, L. (2008). *Strålbehandling* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Evensen, J. F. (2018). Svulster i nese, munnhule, pharynx og larynx. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer : en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 205-219). Gyldendal.
- Farley, A., Aveyard, P., Kerr, A., Naidu, B. & Dowswell, G. (2016). Surgical lung cancer patients' views about smoking and support to quit after diagnosis: a qualitative study. *J Cancer Surviv*, 10(2), 312-319. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0477-4>
- Hajdarevic, S., Rasmussen, B. H., Overgaard Hasle, T. L. & Ziebland, S. (2018). Qualitative cross-country comparison of whether, when and how people diagnosed with lung cancer talk about cigarette smoking in narrative interviews. *BMJ Open*, 8(11), e023934-e023934. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023934>
- Health, U. D. o. & Services, H. (2020). Smoking cessation: a report of the Surgeon General. *Atlanta: US Department of Health and Human Services*.
- Helsedirektoratet. (2023). *Røykeavvenning*. Hentet 24. mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/sammendrag>
- Khodadadi, A. B., Carroll, W., Lee, E. L., Hansen, B. & Scarinci, I. C. (2021). It Takes Two to Tango: Patients' and Providers' Perspectives in Tobacco Cessation and Head/Neck

- Cancer. *The oncologist (Dayton, Ohio)*, 26(9), 761-770.
<https://doi.org/10.1002/onco.13856>
- Kvaavik, E., Helleve, A., Grøtting, M. W., Hov, D. H. & Dolgner, T. K. (2021). *Røykeslutt i kreftbehandling. Evaluering av et røykesluttprogram* (Prosjektnummer:50036). Folkehelseinstituttet, Avdeling for rusmidler og tobakk.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/roykeslutt-i-kreftbehandling-2021.pdf>
- Langberg, C. W. (2018). Strålebehandling. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer : en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 86-94). Gyldendal.
- Larsen, B. (2010). *Røyking ved kreftbehandling. Anbefalinger for røykeslutt*. Hentet 29.mai 2023 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/52862>
- Larsen, I. K. & Myklebust, T. Å. (2018, 24.mai). *Sosial ulikhet og kreft*. Kreftregisteret.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/sosial-ulikhet-og-kreft/>
- Lehto, R. H. (2014). Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: a focus group perspective. *European Journal of oncology nursing*, 18(3), 316-322.
- Rowland, C., Danson, S. J., Rowe, R., Merrick, H., Woll, P. J., Hatton, M. Q., Wadsley, J., Ellis, S., Crabtree, C., Horsman, J. M. & Eiser, C. (2016). *Quality of life, support and smoking in advanced lung cancer patients: a qualitative study* [35-42].
- Schjølberg, T. K. (2017). Forebygging av kreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4 utg., s. 331-345). Cappelen Damm akademisk.
- Smith, J., Woolley, T., Brown, A., Vangaveti, V. & Chilkuri, M. (2021). Smoking cessation in head and neck cancer patients: Factors influencing successes and failures. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 65(2), 233-241.
- Thune, I. (2017). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 500-512) (Sykepleieutfordringer ved lungekreft). Cappelen Damm akademisk.
- Weiss, Y., Bristow, B., Karol, D. L., Fitch, M., McAndrew, A., Gibson, L., Court, A., Curle, E. & Di Prospero, L. (2020). Exploring tobacco use and smoking cessation best practices from the perspectives of individuals with lung cancer and health care professionals. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 51(1), 62-67.

Vedlegg 1
PICO skjema:

Problemstilling		
P: Pasient/ problem	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Lunge- og Hode/hals kreftpasienter.
I: Intervensjon	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Røykeslutt
C: Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (For eksempel dagens praksis)?	Brukes ikke begrenser søket.
O: Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Motivasjon Opplevelser

I kolonnen nedenfor setter du inn de engelske termene for PICO-en din. Husk å supplere med synonymer etter hvert som du blir mer kjent med den engelske terminologien. Dette gjør du før du skal gjennomføre søket ditt.

P Person/ Pasient/ Problem	I Intervensjon/ eksponering	C Evt sammenligning	O Utfall
«cancer» OR «lung cancer» OR «lung neoplasm» OR “head and neck cancer”	“smoking cessation» OR “quit smoking” OR “stop smoking”		“Motivation”

Eventuelle andre kommentarer som kan være nyttige å opplyse om:

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Metode og utvalg. Datainnsamling	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Farley, A., Aveyard, P., Kerr, A., Naidu, B., & Dowswell, G. (2016). Surgical lung cancer patients' views about smoking and support to quit after diagnosis: a qualitative study. <i>Journal of Cancer Survivorship</i>, 10(2), 312–319.</p> <p>https://doi.org/10.1007/s11764-015-0477-4</p>	<p>Undersøke kirurgiske lungekreftpasienters syn på røyking og hva som motiverer dem til å slutte.</p>	<p>Kvalitativt intervju med 22 pasienter som har operert for lungekreft, med en røykehistorie. (alle hadde røyket eller røyket regelmessig. Hjemme intervju, semistrukturert i UK. 12 var menn. Gjennomsnittsalder 69.</p>	<p>For mange av deltakerne var diagnosen i seg selv en motivasjon til å slutte, noen fortsatte å røyke og andre sprakk etter kort tid. Alle deltakerne mente at helsepersonell burde informere om viktigheten av røykeslutt. Deltakerne ønsket røykesluttstøtte fra helsepersonell men det er ikke alle som fikk tilbud om dette. De ønsket hjelp i starten av diagnosen, og den første tiden. Noen klarte å slutte tvert, men mange fikk tilbakefall og begynte å røyke igjen. Mange synes dette var vanskelig fordi de opplevde at røykingen hjalp mot angst, og at pusten ble bedre. Alle deltakerne var uansett enige om at helsepersonell har en viktig rolle for å hjelpe og motivere lungepasienter til røykeslutt, gjerne så tidlig som mulig i forløpet.</p>	<p>Støtte til røykeslutt. Vanskelig å slutte. Røyk hjelper mot angst. Helsepersonellens rolle.</p>
<p>Hajdarevic, S., Rasmussen, B. H., Overgaard Hasle, T. L., & Ziebland, S. (2018). Qualitative cross-country comparison of whether, when and how people diagnosed with lung cancer talk</p>	<p>Hensikten er å undersøke lungekreftpasienter fra tre ulike land med ulik overlevelseshastighet snakke</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervjuet innen 6 mnd etter lungekreft-</p>	<p>Deltakerne fra Sverige og Danmark var ikke avskrekket av å søke hjelp om symptomer selv om de røyket, men engelske deltakere fortalte om forsvarsmekanismer når de opplevde stigma hos helsepersonell. I alle</p>	<p>Krevende å søke om hjelp grunnet frykt for stigmatisering fra helsepersonell. Vanskeligere for de</p>

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

<p>about cigarette smoking in narrative interviews. <i>BMJ Open</i>, 8(11), e023934–e023934. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023934</p>	<p>om sigarettøyking og deres forhold til å søke hjelp. Hva hindret dem i å søke hjelp når de fikk symptomer på kreft.</p>	<p>diagnosen, 72 deltakere. I Sverige, Danmark og England.</p>	<p>tre land er sammenhengen mellom røyking og lungekreft kjent kunnskap. Denne sammenlignende analysen antyder at sammenhengen mellom en følelse av ansvar, stigma og uvilje til å konsultere ikke er unngåelig.</p>	<p>fra England enn Sverige og Danmark.</p>
<p>Artikkel 3 Rowland, C., Danson, S. J., Rowe, R., Merrick, H., Woll, P. J., Hatton, M. Q., Wadsley, J., Ellis, S., Crabtree, C., Horsman, J. M. & Eiser, C. (2016). Quality of life, support and smoking in advanced lung cancer patients: a qualitative study [35-42].</p>	<p>Hensikten med studiet er å utforske livskvalitet, støtteerfaringer og røyking blant nye diagnostiserte pasienter med avansert lungekreft.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju. HRQoL skjema. 9 deltakere. I UK.</p>	<p>Pasientene beskrev de fysiske, emosjonelle og sosiale påvirkningen av sykdommen på ett livskvalitet skjema. Frykt for å kompromittere immunsystemet og tilpasse seg relasjonsroller hadde en omfattende effekt på pasientens livskvalitet. Pasientene erkjente sammenhengen mellom røyking og lungekreft, men noen fortsatte å røyke. De var sensitive ovenfor helsepersonells meninger om røyking, spesielt de som fortsatt røyket eller nylig sluttet. Pasientene mente helsepersonell bør gi klarere råd om de negative konsekvensene av å fortsette å røyke. Diagnosen i seg selv hjalp mange til å røykeslutt og støtte fra familie.</p>	<p>Dårligere livskvalitet av røyking. Vanskelig å ta det opp med helsepersonell fordi de er redd for stigmatisering. Helseeffekter av røykeslutt hjalp dem å slutte, men også støtte fra familie</p>
<p>Artikkel 4 Weiss, Y., Bristow, B., Karol, D. L., Fitch, M., McAndrew, A., Gibson, L., Court, A., Curle, E. & Di Prospero, L. (2020). Exploring tobacco use and smoking cessation best practices from the perspectives of individuals with lung cancer and health care professionals.</p>	<p>Hensikten med studien er å identifisere ulike perspektiver blant lungekreftpasienter og helsepersonell om hvilken tilnærming/metode som er best når man tilbyr</p>	<p>Kvalitativ metode. Fokusgrupper med 16 helsepersonell. Intervjuer med 19 pasienter. Narrative analyser.</p>	<p>Tre temaer ble kategorisert av pasienter: 1) Kunnskap (eks: røykingens innvirkning på sykdom, og hvorfor de ikke bør røyke). 2) Individuell beslutning om å slutte (Motivasjonsfaktorer) 3) Ikke sosialt akseptert. Temaene kategorisert av helsepersonell var indentifisering av røykere, utløsende faktor for å starte en</p>	<p>Kunnskap om helseeffekter. Motivasjonsfaktorer. Finne ut hvorfor det er så vanskelig å slutte.</p>

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences, 51(1), 62-67.	pasientene å bli med i et røykeslutteprogram/ røykeavvenningstjenester	I Canada.	samtale, tilnærming til pasienten og hvilke hindringer gjør det vanskelig å slutte.	
Artikkel 5 Lehto, R. H. (2014). Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: a focus group perspective. European Journal of oncology nursing, 18(3), 316-322.	Hensikten med denne artikkelen er å beskrive fokusgruppediskusjoner med pasienter om opplevelsen av lungekreft i forhold til opplevd stigmatisering, røykeatferd og sykdomsårsaker, og å diskutere implikasjonene av disse funnene i forhold til rollen til disse funnene i forhold til sykepleierens rolle som pasientforkjemper.	Kvalitativ metode. Elleve voksne lungekreftpasienter deltok i fokusgrupper med lydopptak. I USA.	Seks hovedtemaer fra den kvalitative analysen ble inkludert: 1) samfunnets holdninger; 2) institusjonelle praksiser og erfaringer; 3) negative tanker praksis og erfaringer; 3) negative tanker og følelser som skyld, selvbebreidelse, anger og sinne; 4) faktiske stigmatiseringserfaringer; 5) røykeslutt: personlige valg versus avhengighet 6) årsaks attribusjoner.	Helsepersonellens holdning: Stigmatisering Skyld. Samfunnets holdninger og pasientens nettverk.
Artikkel 6 Abdelrahim, A., Balmer, C., Jones, J., Mehanna, H. & Dunn, J. (2018). Considerations for a head and neck smoking cessation support programme; A qualitative study of the challenges in quitting smoking after treatment for head and neck cancer. European Journal of oncology nursing, 35, 54-61.	Hensikten med studien er å finne ut hva Hodehals pasientene mener om røykeslutt og støtte av helsepersonell.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju med elleve pasienter. I UK.	Deltakerne ga detaljerte beskrivelser av sin røykehistorie. To hovedtemaer og fire sammenhengende temaer ble funnet. 1) Den skyldige uvanen, 2) Barriere å slutte, 3) kunnskap, 4) Sosial motivasjon til å både slutte og fortsette å røyke. Studie fremhever behovene denne gruppen pasienter har til å få hjelp og støtte til å slutte å røyke. Det er nå store hull i den støtten som nå er tilgjengelig.	Røykeslutteprogram, støtte av helsepersonell. Sosial motivasjon: -Nettverk -stigma

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

<p>Artikkel 7 Smith, J., Woolley, T., Brown, A., Vangaveti, V. & Chilkuri, M. (2021). Smoking cessation in head and neck cancer patients: Factors influencing successes and failures. <i>Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology</i>, 65(2), 233-241.</p>	<p>Hensikten er å undersøke røykeatferd og røykeslutt hos pasienter med hodehalskreft, og deres utfordringer og muligheter for røykeslutt.</p>	<p>Kombistudie med kvalitativ og kvantitativ data. Hodehalskreft pasienter som er røykere rundt tidspunktet for kreftdiagnosen. Spørreundersøkelse før behandlingen startet. Semi-strukturerte intervju etter behandling. I Australia.</p>	<p>Den kvalitative analysen avdekket fem hovedtemaer forbundet med røykeslutt: Læremomentet: Bedre prognose av behandling, viljestyrke, hjelpemidler for røykeslutt, psykososialt miljø, forholdet til alkohol og marijuana, og helsekunnskap om røyking og kreft.</p>	<p>Kunnskap om effektene av røykeslutt. Psykososialt miljø.</p>
<p>Artikkel 8 Khodadadi, A. B., Carroll, W., Lee, E. L., Hansen, B. & Scarinci, I. C. (2021). It Takes Two to Tango: Patients' and Providers' Perspectives in Tobacco Cessation and Head/Neck Cancer. <i>The oncologist</i> (Dayton, Ohio), 26(9), 761-770. https://doi.org/10.1002/onco.13856</p>	<p>Hensikten med denne studien er å forstå barrierer/motivasjon til tobakksavvenning blant pasienter med hodehalskreft og helsearbeiderne. Målet var å utvikle ett personrettet tobakksavvenningsprogram.</p>	<p>Kvalitativ metode. Dypgåendeintervjuer med 10 helsepersonell og 21 pasienter med hodehalskreft. Pasientene var nåværende eller tidligere røykere.</p>	<p>Helse var en vanlig motivasjonsfaktor for pasientene til å slutte å røyke. Selv om helsepersonell rådet dem til å slutte var mange uvitende om tilbudene/ressursene som fantes. Forslag til ett tobakksavvenningsprogram er å også inkludere tidligere røykere, involvering/rådgivning fra helsepersonell, støtte i form av skriftlig informasjon, og oppfølging/støtte fra familie. Helsepersonell belyste tre utfordringer med pasientbehandling og røykeslutt;</p>	<p>Støtte og motivasjon Helseeffekter.</p>

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

			<p>Sinne/frustrasjon nyttet til sykdommen, sosiale/demografiske problemer og dårlig livskvalitet. Helsepersonellet som ble intervjuet rapporterte at de spurte om tobakksbruk, men 70% savnet opplæring og mangel på tid til å følge opp pasientene. Forslag til ett avvenningsprogram var å ha en ansvarlig på avdelingen som hadde ekstra kunnskap, og som de kunne henvende seg til.</p>	
--	--	--	---	--

Vedlegg 3 Likheter og ulikheter

Forfatter	Design	Helse effekter	Psykososialt miljø	Stigmatisering og skyld	Hjelpemidler og støtte
Khodadadi et al. (2021)	Kvalitativ				
Smith et al. (2021)	Mixed metoth				
Abdelrahim et al. (2018)	Kvalitativ				
Letho (2014)	Kvalitativ				
Weiss et al. (2020)	Kvalitativ				
Rowland et al. (2016)	Kvalitativ				
Hadjdarevic et al. (2018)	Kvalitativ				
Farley et al. (2016)	Kvalitativ				