







## **Sammendrag**

**BAKGRUNN:** Røyking er et alvorlig folkehelseproblem som både reduserer antall leveår og livskvalitet for de som røyker, og som påfører samfunnet store økonomiske utgifter. Å slutte å røyke er for mange utfordrende, og mange trenger derfor flere forsøk for å bli røykfrie.

Helsemyndighetene i Norge ønsker at færre skal begynne å røyke og flere skal slutte å røyke. Derfor har myndighetene lagt til rette for ulike hjelpetiltak for de som ønsker støtte for å slutte å røyke. Et tiltak er røykeslutt-applikasjoner. Det finnes to norske røykeslutt-applikasjoner, utviklet av Helsedirektoratet og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, henholdsvis Slutta og Røykeslutt. Applikasjoner er en programvare som kan lastes ned på smarttelefoner eller nettbrett. Røykeslutt-apper er utviklet for å kunne gjøre røykesluttprosessen lettere.

**PROBLEMSSTILLING:** Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer og opplevelser personer har når de bruker en røykeslutt-applikasjon når de skal slutte å røyke. Hvordan opplevde de å bruke en applikasjon ved livsstilsendringer? For å kunne belyse dette var det viktig å finne ut hvordan applikasjonen var blitt brukt, og hvordan motivasjonen til brukerne utviklet seg gjennom røykesluttprosessen.

**TEORI:** Tre ulike modeller/teorier har blitt vektlagt i oppgaven. Disse er konsekvensteori, brukernytteteori og en modell for endringsprosesser

**METODE:** Oppgaven bruker kvalitativ metode med forskningsintervju som design. Syv forskningsintervju er gjennomført. Informantene var syv kvinner i alderen 23-67 år som hadde røykt mellom 10-20 røyk daglig i 5-40 år. Fire var fremdeles røykfrie når intervjuene ble gjennomført. I analysen brukes Giorgis fenomenologiske analyse, modifisert i Malterud (2011). Det er også foretatt samtaler med en ansatt på en Frisklivssentral, her er kun feltnotater utarbeidet.

**EMPIRI:** Det foreligger erfaringsdata på områdene media/applikasjon og livsstilsendringer. Det finnes forskning som omhandler hvordan applikasjoner kan påvirke håndteringen av ulike sykdommer, forskning om applikasjoner kan påvirke livsstilsendringer og videre hvilke faktorer som påvirker livsstilsendringer. Imidlertid er det ikke funnet forskning på koblingen mellom de to fagfeltene, altså hvordan det oppleves å bruke applikasjon ved livsstilsendringer.

**FUNN:** Informantene hadde ulike erfaringer og opplevelser ved bruk av røykeslutt-app. Flere opplevde en stor støtte og motivasjon og en ekstra trygghet da de skulle prøve å bli røykfrie ved å benytte applikasjon. De følte at den hadde mye mer effekt enn flere massemediekampanjer og var positive til at myndighetene var blant aktørene som hadde utviklet en røykeslutt-app. Spesielt var det personene som hadde blitt røykfrie som var mest positive til bruk av røykeslutt-app. To av informantene som hadde begynt å røyke igjen var derimot mindre positive til bruken av app. De opplevde appen som masete og satt igjen med negative erfaringer ved bruk av røykeslutt-app for livsstilsendring.

**KONKLUSJON:** Hovedfunnene i studien gir innsikt i hvordan røykeslutt-app oppfattes av brukerne. Røykeslutt-app kan ha en forsterkende effekt hos de personene som klarer å slutte å røyke, de sitter igjen med positive erfaringer og opplevelser av appen. De som ikke klarer å slutte å røyke har negative opplevelser av appen, de kan oppleve den som masete og som en funksjon som tar mye av batterikapasiteten på telefonen. Men studien som er gjennomført i forbindelse med denne masteroppgaven er imidlertid for liten til å kunne beskrive fenomenet komplett.

**NØKKELBEGREPER:** Folkehelse, applikasjoner, medier, endre levevaner, røykeslutt.

## **Abstract**

**BACKGROUND:** Smoking is a serious problem for the public health. It increases the probability of early death, and reduces the quality of life for the smokers. It is also costly for the society. To quit smoking is challenging for most people, and it often requires several attempts. Health authorities in Norway are working to reduce the amount of people that starts to smoke, and help smokers to quit. They are using different measures to help people to quit smoking. One of them is smart phone applications to support the “quitters” (Smokefree Apps). There are two different Norwegian applications for this use. One of them is developed by The Norwegian Directorate of Health and is called “Slutta”. The other one is developed by “Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, and is called “Røykeslutt”. Application is software that can be downloaded on smart phones or tablets. Smokefree Apps are developed to make the process of quit smoking easier.

**OBJECTIVES:** Object of the thesis is to shed light on experiences that people got when they used an application when they tried to quit smoking. How did they experience the use of an application when they wished to change their health behavior? To shed light on this, it was also important to find out how the application was used, and how the motivation of the users developed during the process of quit smoking.

**THEORIES:** Three different models have been used in the thesis. These are Elaboration Likelihood model, The Stage model for Health Promotion, and the Use and Benefit theory.

**METHOD:** The thesis uses qualitative method with scientific research interview as design. Seven different interviews are performed. The informants are seven women in the age of 23-67 years, which had daily smoked 10-20 cigarettes the last 5-40 years. Four of the informants had succeeded in quit smoking when the interviews were performed. In the analysis, Giorgis phenomenological analysis, modified in Malterud (2011), is used. Conversation with an employee on a “Frisklivssentral” is also performed, and here only field notes are made.

**EMPIRICISM:** It exist empirical data in the area media/application and the change of health behavior. Research has been performed on how applications can influence the handling of sickness, how applications can influence the change in health behavior and what kind of conditions that influence the process of changing health behavior. There are not performed

any research on the link between the two areas of science, that is the experience that users of a health application have, when they wish to change their health behavior.

**FINDINGS:** Informants had different experience on the use of Smokefree Apps. Several of them experienced great support and motivation, and an extra safety when they tried to quit smoking. They felt that it had much more effect than several mass media campaigns and was positive to the fact that the Health authorities was involved in the development of a Smokefree App. The persons that succeeded in quit smoking, were the same persons that was most positive to the use of Smokefree Apps. Two of the informants that did not succeed, was less positive to the use of Smokefree Apps. They found the application to be fuzzy, and found it less helpful to use the Smokefree Apps for changing health behavior.

**CONCLUSION:** The main findings in the research can give an indication on how Smokefree Apps are perceived by the users. Smokefree apps might have an enhancing effect for the people that succeed in quit smoking. They have had a positive experience when using the apps. The ones that don't succeed in quit smoking, are having negative experiences after using the apps. They think it is fuzzy and a function that uses power on the smart phone. The research that is performed in this thesis is not extensive enough to draw a clear conclusion on the objective.

**KEY WORDS:** Public health, Smartphone applications, media, changing health behavior, quit smoking

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Sammendrag .....	3
Abstract .....	5
Kapittel 1 Innledning med problemstillinger .....	11
1.1 Problemstilling .....	12
Kapittel 2 Røyk og helse .....	13
2.1 Røyk .....	13
2.2 Utvikling i bruk av røyk i Europa og Norge .....	13
2.3 Skadevirkningene av røyk .....	15
2.4 Røykeslutt .....	16
2.5 Norske helsemyndigheter sin strategi for arbeidet mot tobakksskader .....	18
2.5.1 Tiltak på samfunnsnivå for arbeidet mot tobakksskader .....	18
2.5.2 Tiltak på individnivå for arbeidet mot tobakksskader .....	19
2.6 Oppsummering av kapittel 2 .....	21
Kapittel 3 Kommunikasjon og mediebruk .....	22
3.1 Kommunikasjon, avsender, budskap og mottaker .....	22
3.2 Ulike kommunikasjonsmodeller .....	23
3.3 Brukermedvirkning ved kommunikasjon .....	25
3.4 Mediebruk .....	25
3.5 Ulike teorier om medienes påvirkning .....	27
3.5.1 Konsekvensteori .....	27
3.5.2 Brukernytteteori .....	28
3.6 Oppsummering av kapittel 3 .....	29
Kapittel 4 Endre levevaner .....	30
4.1 Generelt om å endre levevaner .....	30
4.2 Modell om livsstilsendring .....	31
4.2.1 Banduras modell .....	31
4.2.2 Modell for endringsprosess .....	31
4.3 Hvilke tiltak kan hjelpe i forhold til å endre levevaner? .....	33
4.4 Oppsummering kapittel 4 .....	34
Kapittel 5 Applikasjoner og røykeslutt-appene Røykeslutt og Slutta .....	35
5.1 Applikasjoner .....	35
5.2 LHL sin app Røykeslutt .....	35
5.3 Helsedirektoratet sin app Slutta .....	37
5.3.1 Erfaring fra Helsedirektoratet om Slutta .....	39



5.4 Studier angående livsstilsendring og bruk av app .....	41
5.5 Oppsummering av kapittel 5.....	42
Kapittel 6 Metode .....	43
6.1 Kvalitativ metode og design .....	43
6.2 Informanter, inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering .....	44
6.3 Intervjuet og gjennomføring av intervjuene.....	45
6.5 Databehandling.....	46
6.6 Analyse .....	46
6.6.1 Giorgis fenomenologiske analyse .....	47
6.7 Innsamling av erfaringsbaserte data fra Frisklivssentralen.....	49
6.8 Etikk.....	49
6.8.1 Forskningsetiske retningslinjer .....	49
6.8.2 Informert samtykke .....	50
6.8.3 Konfidensialitet /taushetsplikt.....	51
6.8.4 Tilbakeføring .....	51
6.8.5 Forske på egen arbeidsplass.....	51
6.9 Oppsummering av kapittel 6.....	52
Kapittel 7 Resultater .....	53
7.1 Bakgrunnsinformasjon.....	53
7.2 Årsaker til å slutte å røyke .....	54
7.3 Appen – årsak, opplevelser og erfaringer .....	56
7.3.1 Hvorfor bruke app og valg av app .....	56
7.3.2 Funksjoner og opplevelsen av å bruke røykeslutt-app under røykesluttprosessen .....	57
7.3.3 Forslag til endringer og mening om appen kunne anbefales videre.....	60
7.4 Endre livsstil.....	61
7.5 Erfaringer fra Frisklivssentralen.....	62
7.5.1 Erfaring fra Frisklivssentralen om å endre levevaner .....	62
7.5.2 Erfaringer fra Frisklivssentralen om å bruke røykeslutt-app .....	64
7.6 Oppsummering av kapittel 7.....	65
Kapittel 8 Diskusjon .....	67
8.1 Hvorfor velge å bruke røykeslutt-app?.....	67
8.2 Appen som støtte og mulighet til å oppleve mestring .....	68
8.3 Appen ved fare for tilbakefall til gammel vane .....	71
8.4 Appen ved tilbakefall til gammel vane .....	73
8.5 Metodediskusjon .....	74
8.5.1 Intern validitet .....	75

8.5.2 Overførbarhet.....	76
8.5.3 Repeterbarhet .....	76
8.7 Oppsummering av kapittel 8.....	77
Kapittel 9 Oppsummering og konklusjon .....	79
Kapittel 10 Referanseliste .....	81

### **Innholdsfortegnelse tabeller**

Tabell 2: Andel (%) røykere av personer i Norge mellom 16- 74 år .....	14
Tabell 3: Prisindeks for tobakksvarer og konsumprisindeks 1995-2003 .....	19
Tabell 4: Andel (%) av befolkningen (9-79 år) som har brukt ulike massemedier.....	26
Tabell 5: Andel (%) med endring i røykestatus. ....	40
Tabell 6: Bakgrunnsinformasjon om informantene.....	54
Tabell 7: Oppsummering av funn i undersøkelsen.....	61

### **Innholdsfortegnelse figurer**

Figur 1: Shannon og Weaver sin kommunikasjonsmodell.....	23
Figur 2: Wilbur Schramm sin kommunikasjonsmodell.....	23
Figur 3: Kommunikasjon som interaksjon.....	24
Figur 4: Appen Røykeslutt til LHL.....	36
Figur 5: Røykeslutt-app til Helsedirektoratet .....	39

### **Innholdsfortegnelse vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsskriv om prosjektet / informert samtykke.....	86
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	87
Vedlegg 3: Tilbakemelding fra NSD.....	89



## **Kapittel 1 Innledning med problemstillinger**

Røyking av tobakksplanter har eksistert gjennom flere hundre år. På begynnelsen av 1900-tallet oppsto en tobakksindustri med masseproduksjon av sigaretter. Samtidig ble markedsføring økt og distribusjonen av sigaretter forbedret (Skretting et al., 2014). Da tobakken ble en vare som kunne kjøpes på markedet økte antall mennesker som benyttet tobakk kraftig. I 1950 røykte tre av fire menn. Fra 1970-tallet har det vært en nedgang i antall røykere i Norge, i 2013 røykte 15 % av befolkningen (Skretting et al., 2014).

Allerede i 1910 kom den første dokumentasjonen som viste at tobakk ga helseskadelige virkninger (Skretting et al., 2014). Per 2014 er røyk den enkeltfaktoren som fører til flest dødsfall i Norge (Helse og omsorgsdepartementet, 2013b). Bruk av tobakk utgjør et alvorlig folkehelseproblem i Norge, og norske myndigheter ønsker at tobakksbruken skal reduseres. Hovedstrategiene til helsemyndighetene for å redusere antall røykere i Norge er å få færre til å starte og flere til å slutte med røyk (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a). For å oppnå dette har myndighetene iverksatt flere tiltak. Eksempler på tiltak er lovgivning, særavgift på tobakksvarer, massemediekampanjer, start av kommunale frisklivssentraler og utvikling av røykesluttprogram både på internett og via applikasjoner (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a).

Å endre levevaner er utfordrende (Helsedirektoratet, 2013d). For mange er det krevende å bestemme seg for å endre levevaner, og mange opplever det som vanskelig å opprettholde endringene over tid (Helsedirektoratet, 2013d). Det er en rekke faktorer som påvirker om en person klarer å gjennomføre og opprettholde livsstilsendringer. Eksempler på faktorene er individuelle egenskaper, sosial støtte, motivasjon og opplevelse av mestring (Barth et al., 2013, Espenes and Smedslund, 2009, Major, 2011).

Samfunnet har fått nye arenaer for kommunikasjon og formidling av informasjon de siste 20 årene. En viktig del av disse arenaene er internett og sosiale medier (Haugseth, 2013, SSB, 2014b). Applikasjoner (heretter kalt apper) er programvare for smarttelefoner og nettbrett, disse betegnes som sosiale medier. 74 % av befolkningen i Norge hadde smarttelefon i 2013 (Slette-meås, 2014). Antall apper har økt kraftig de siste årene, og de har fått mange brukere (SSB, 2014b). Ifølge en undersøkelse i 2013 brukte 78 % av befolkningen internett til et eller flere helseformål, mens 18 % hadde brukt en helse-app (Sørensen et al., 2014). Det finnes flere ulike apper tilknyttet levevaner, blant annet apper for kosthold, blodsukkerregulering,

fysisk aktivitet og røykeslutt (Slette-meås, 2014). Om man søker på ordet ”røykeslutt” på iTunes får man syv treff (pr 18.9.2014). Det er stor variasjon i appenes opprinnelse og innhold. For eksempel er en for røykeslutt med hypnose, en er en lydbok og en er for bruk av nikotinerstatningspreparater. To av de syv appene er norske. Den ene er utviklet av Helsedirektoratet og heter Slutta, den andre er utviklet av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) og heter Røykeslutt.

### **1.1 Problemstilling**

Ved bruk av kvalitativ metode vil det i denne oppgaven bli studert i hvilken grad en røykeslutt-app kan påvirke prosessen til å bli røykfri. Oppgaven vil være fokusert mot informanters opplevelser av og erfaringer med å bruke appene, informantenes meninger knyttet til bruken av appene, og hvordan informantene mener at appene har påvirket prosessen med å prøve å bli røykfri.

Ledende problemstilling for masteroppgaven er:

*”Hvilke opplevelser og erfaringer har personer med bruk av røykeslutt-app som ledd i prosessen med å slutte å røyke?”*

Problemsstillingen har til hensikt å avdekke hvilke erfaringer og opplevelser brukerne av en røykeslutt-app har med bruk av denne. For å drøfte problemstillingen ble ulike momenter sentrale for å få et helhetlig bilde av prosessen. Momentene var:

- *Hvordan har informantene benyttet appen?*
- *I hvilke faser av prosessen med å prøve å bli røykfri var appen til mest/minst hjelp?*
- *Hadde appen funksjoner som påvirket dem negativt og/eller positivt?*
- *På hvilken måte har budskapet i appen påvirket prosessen med å prøve å bli røykfri?*

Momentene skal kartlegge hvordan informantene har brukt appen under prosessen, hvordan appen har påvirket atferdsendringen og når i prosessen det var viktigst for dem å bruke appen.

## **Kapittel 2 Røyk og helse**

Dette kapitlet inneholder bakgrunnsinformasjon om hva røyk er og hvilken utvikling røyk har hatt i det norske og internasjonale samfunnet. Videre blir det forklart hvilke konsekvenser røyking kan ha for helsen samt hvilke strategier og tiltak helsemyndighetene i Norge har for å redusere antall røykere i det norske samfunnet.

### **2.1 Røyk**

Røyk er en samlebetegnelse for ulike produkter som sigaretter, rullsigaretter og pipetobakk (Skretting et al., 2014). Røyk blir laget av tobakksplanter som tilhører søtvierfamilien (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). Sigarettene som selges i dag er høyteknologiske industriprodukter. De har ulik smak, innhold av nikotin og tilsetningsstoffer (Helsedirektoratet, 2013b).

I røyk er det over 4000 kjemiske forbindelser. Blant annet finnes stoffene akrolein, ammoniakk, bly, hydrogencyanid, kadmium, karbonmonoksid, kvikksølv, nitrogenholdig oksid, metyletylketon, nikkel og styren i røyken. Alle disse stoffene anses som giftig for menneske når de inhaleres ved røyking (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). Det avhengighetsskapende stoffet i røyk er nikotin. Nikotinet lammer i tillegg flimmerhårene i halsen slik at filtreringen av luften til lungene blir redusert (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000).

### **2.2 Utvikling i bruk av røyk i Europa og Norge**

Tobakksplanten kom til Europa på slutten av 1400-tallet (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). I Europa startet dyrking av tobakksplanter i Lisboa i 1518, deretter spredde dyrkingen seg utover i Europa. I Norge har det også blitt dyrket tobakk, under 2.verdenskrig ble det dyrket spesielt mye (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000).

Før 1894 ble tobakksbladene rullet sammen og surret i maisblader eller palmeblader, eller så ble tobakksbladene stappet inn i et rør, begge løsningene for videre å kunne antenne tobakken. I 1894 ble den første sigarettmaskinen lansert, og det ble etterhvert mulig å kjøpe ferdigrullet sigaretter (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). Røyk hadde en stor vekst i Europa på begynnelsen av 1900-tallet på grunn av den økende tobakksindustri som gav økt produksjon

av sigaretter. Tilsvarende som i Europa, økte også antall røykende nordmenn (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). I Norge var det menn med høyest utdanning som startet å røyke. På 1950-tallet røykte tre av fire menn (Skretting et al., 2014). Kvinnene startet senere, først på 1960-tallet ble det en stor økning i antall røykende kvinner. Fra 1970-tallet ble det færre røykende nordmenn. Det var flest menn som sluttet på 1970-tallet, nedgangen i antall røykende kvinner begynte i 1985 (Skretting et al., 2014). Etter årtusenskiftet har nedgangen i antall røykere vært hurtigere enn det var før 2000, dette skyldes både at færre starter og flere slutter med sigaretter (Skretting et al., 2014).

Per 2013 oppgav 15 % av den norske befolkningen at de røykte daglig, mens 9 % av befolkningen oppga at de røykte av og til (SSB, 2014a). Totalt utgjør dette cirka en million mennesker i Norge, hvorav 610 000 røyker daglig og 360 000 røyker av og til (SSB, 2014a). Se tabell 1 for utvikling i prosentvisandel røykere i tidsrommet mellom 2003 til 2013.

Tabell 1: Andel (%) røykere av personer i Norge mellom 16- 74 år, i perioden 2003-2013 (SSB, 2014a)

	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Begge kjønn</b>				
Andel dagligrøykere	27	21	16	15
Andel av og til røykere	11	9	10	9
<b>Menn</b>				
Andel dagligrøykere	28	21	16	15
Andel av-og-til røykere	12	10	11	10
<b>Kvinner</b>				
Andel dagligrøykere	27	21	16	14
Andel av-og-til røykere	11	9	9	7

Det er færre som røyker i 2013 enn det har vært på mange tiår, antall røykere i alle aldersgrupper har blitt redusert. Det er færrest røykere i den yngste (15-24 år) og eldste (65-74 år) aldersgruppen, mens det er flest røykere blant unge voksne (25-44 år) og middelaldrende (45-64 år) (Skretting et al., 2014).

Det er store forskjeller i antall røykere sett ut fra sosial og økonomisk status (Skretting et al., 2014). Blant personer med lang utdanning er det i underkant av 10 % som røyker, mens blant

de med kort utdanning er det i overkant av 30 % som røyker. Røyking er mest utbredt hos personer med kort utdanning, lav inntekt, de som har manuelle yrker eller de som står utenfor arbeidslivet (Skretting et al., 2014).

Det er og store geografiske forskjeller (Skretting et al., 2014). Oslo er området med lavest andel røykere med 13 %. Finnmark er fylket med høyest andel røykere med 28 % (SSB, 2014a). På Sørlandet og Vestlandet er antall røykere cirka midt i landsgjennomsnittet. Utviklingen med færre røykere er felles for alle landsdelene, samtidig som det blir mindre forskjeller mellom de ulike landsdelene (Skretting et al., 2014).

### **2.3 Skadevirkningene av røyk**

På 1910-tallet kom den første dokumentasjon på at bruk av tobakk er helseskadelig (Skretting et al., 2014). Bruk av tobakk er den enkeltfaktoren som fører til flest dødsfall i Norge og generelt i den vestlige verden (Verdens helseorganisasjon, 2009). Hvert år dør 5100 personer på grunn av røyking i Norge (Helsedirektoratet, 2013c). I den vestlige verden blir det anslått at cirka fem millioner mennesker dør for tidlig på grunn av røyking (Skretting et al., 2014). Beregninger viser at gjennomsnittlig dør de som røyker daglig 11 år tidligere enn ikke-røykere, og 25 % av de som røyker daglig dør 20-25 år tidligere enn ikke-røykere (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a). Røyking kan relateres til 45 forskjellige sykdommer, hvorav i underkant 20 av disse er dødelige (USDHHS, 2014). Halvparten av de som røyker daglig over mange år dør av tobakksrelaterte sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdom og luftveissykdommer (Helsedirektoratet, 2009b). Det blir anslått at 28 % av hjerte-karsykdommer, som er den vanligste dødsårsaken i den vestlige verden, har røyk som årsak (Skretting et al., 2014).

Røykere har dårligere livskvalitet enn ikke-røykere (USDHHS, 2014). Tall viser at personer som røyker er oftere borte fra jobben sin, bruker lengre tid på å bli frisk igjen etter sykdom, oppsøker fastlegen oftere, er hyppigere innlagt på sykehus og har flere liggedøgn på sykehuset enn ikke-røykere (Skretting et al., 2014).

Røyking kan påvirke foster hvis mor røyker (USDHHS, 2014). Det er større risiko for at barn med røykende mødre blir født med for lav vekt sammenlignet med barn med ikke-røykende



mødre. Røyking under svangerskapet kan i tillegg føre til svangerskap utenfor livmoren, for tidlig vannavgang, blødninger og for tidlig løsning av morkaken.

Det er bevist at sideveisrøyken fra en person som røyker inneholder sterkere konsentrasjoner av giftige stoffer enn den røyken som blir inhalert (Helsedirektoratet, 2011a). I Norge er det anslått at cirka 100 000 barn blir utsatt for denne sideveisrøyken, også kalt passiv røyking, i hjemmet hver dag (Helsedirektoratet, 2011a). Eksponering for passiv røyking gir økt sannsynlighet for krybbedød (Skretting et al., 2014) Barn som blir utsatt for passiv røyking har økt risiko for å få luftveissykdommer og infeksjoner. Den økte risikoen er mellom 10-50 %, det brede prosentintervallet skyldes av risikoen avhenger av hvilken diagnose de får, alder ved eksponering og om eksponeringen skjedde under svangerskapet eller som nyfødt (Kvaavik, 2011). Studier har også vist at passiv røyking fører til økt risiko for flere sykdommer hos voksne. Risikoen for hjerte-karsykdom øker med cirka 30 % og risikoen for død av lungekreft øker med cirka 20 % (Gallo et al., 2010, Taylor et al., 2007).

Helsedirektoratet har beregnet at sykdom og død forårsaket av tobakksbruk koster det norske samfunnet mellom 8 og 80 milliarder kroner årlig. Den vide bredden i estimatet skyldes at ulike faktorer inkluderes i de forskjellige beregningene. I 8 milliarder estimatet inngår det kostnader for helsevesenet og produksjonstap på grunn av økt sykkelighet og for tidlig død. Inkluderes i tillegg en økonomisk verdsetting av 150 000 – 800 000 kroner per tapte leveår, koster røyking det norske samfunnet 80 milliarder årlig (Helsedirektoratet, 2010b).

## **2.4 Røykeslutt**

De fleste som slutter å røyke gjør det på egenhånd og bruker verken legemidler, snus, e-røyk eller veiledning fra helsepersonell eller Røyketelefonen (Skretting et al., 2014). Det er vist at røykeslutforsøkene til de som ikke bruker noen form for hjelpemiddel er like eller mer vellykket, enn forsøkene for de som bruker hjelpemidler eller har oppfølging av helsepersonell eller Røyketelefonen. Imidlertid har de som oppsøker hjelp oftere et større behov for hjelp enn de som gjennomfører røykeslutt alene, dette kan være noe av grunnen til at det kan virke mer vellykket å slutte å røyke på egenhånd (Skretting et al., 2014). Fordi mange trenger flere røykeslutforsøk før de klarer å bli røykfrie har myndighetene funnet ut at de må legge til rette for at flere skal få hjelp for å slutte å røyke (Helsedirektoratet, 2012).

At det er utfordrende å slutte å røyke skyldes i hovedsak to faktorer (Helsedirektoratet, 2011b).

Den ene årsaken er det avhengighetsskapende stoffet nikotin (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). Nikotin binder seg til acetylkolin reseptorene i kroppen, når dette skjer økes mengden av signalstoffet dopamin i kroppen. Dopamin er kroppens lykkestoff og stimulerer belønningssenteret i hjernen. Røykere føler derfor glede og velvære ved inhalasjon av røyk. Disse opplevelsene husker hjernen og det skapes derfor et minne om at røyking fører til noe godt og derfor bør gjentas (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). Det er påvist at nikotinavhengigheten oppstår allerede etter at en person har røykt et par sigaretter (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2000). Når man har blitt avhengig av nikotin vil personen oppleve et røyksug når kroppen ikke har mottatt nikotin via røykingen. For at den nikotinavhengige skal få tilfredsstilt røyksuget må vedkommende røyke en sigarett slik at dopaminnivået i kroppen stiger. Hvis personen ikke tilfredsstiller røyksuget, ved eksempel røykeslutt, kan det føre til at vedkommende opplever abstinenser (Helsedirektoratet, 2011b). Abstinenser deles opp i psykologiske og fysiologiske. De hyppigst forekommende psykologiske abstinenser er irritabilitet, konsentrasjonsvansker, tristhet og uro. De mest forekommende fysiologiske abstinenser er søvnforstyrrelser, fordøyelsesbesvær, hodepine og kvalme (Helsedirektoratet, 2011b).

Den andre årsaken til at det kan være utfordrende å slutte å røyke er at røyking er en innarbeidet vane (Helsedirektoratet, 2011b). Det kan by på utfordringer når man skal endre en vane man har hatt i mange år. Det finnes mange ulike typer røykere, det som er felles for alle røykere er at de må bryte et mønster. De må gjøre en annen aktivitet når de egentlig har tenkt til å ta en røyk, og det er uavhengig av hvilken type røyker vedkommende er. Personer røyker i ulike anledninger. For eksempel er røyken for noen kos og belønning, for andre er røyken en stressdemper. Disse to gruppene av røykere må ved røykeslutt finne andre former for kos og belønning og andre metoder for stressmestring (Helsedirektoratet, 2011b).

Uavhengig om det er nikotin eller vanen som er hovedgrunnen til vedkommende røyker kan det være utfordrende å slutte å røyke fordi man sammenligner godene forbundet med røyking med godene forbundet med ikke å røyke. Når røyksuget er på det mest intense kan det føre til at personen synes at det er større goder med å røyke enn å ikke røyke. At røyken anses som et gode kan gjøre at personen begynner å røyke igjen (Mæland, 2010).

Røykesluttprosessen avhenger av hvordan personer reagerer på ulike tilnærminger (Barth et al., 2013).. Det vil derfor være viktig å utvikle ulike hjelpemidler og metoder for å kunne tilby varierte tilnærminger til røykere ved røykeslutt. Hensikten med dette er å oppnå at flere blir røykfrie (Helsedirektoratet, 2012).

## **2.5 Norske helsemyndigheter sin strategi for arbeidet mot tobakksskader**

Norske helsemyndigheter ønsker at færre skal røyke. Myndighetene sin strategi for å få færre røykere er å få flere til å slutte og færre til å starte med å bruke tobakk (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a). Norske helsemyndigheter har flere strategier og delmål for å oppnå hovedmålet om færre røykere. Gjennom nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013-2016 satte Helse- og omsorgsdepartementet seg tre hovedmål, disse er også gjentatt i Folkehelsemeldingen som kom i april 2013 (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a). Det første målet er å forhindre at personer under 24 år begynner å røyke. Det andre målet er å legge til rette for hjelp til snus- og røykeslutt både i den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det tredje målet er å beskytte innbyggerne og samfunnet generelt mot tobakksskader, da spesielt barn og fostre som blir utsatt for passiv røyking (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a).

### *2.5.1 Tiltak på samfunnsnivå for arbeidet mot tobakksskader*

Et viktig moment i norske myndigheter sin strategi for å få færre til å bruke tobakk er tobakksskadeloven som ble innført i 1975 (Skretting et al., 2014). Loven har blitt endret flere ganger. I 1975 ble det innført totalforbud for reklame som omhandlet tobakk. I 1989 ble det innført endringer i loven som gav beskyttelse mot passiv røyking i arbeidslivet og ved offentlig transport. Fra 1993 ble det gjort endringer i loven i forhold til beskyttelse av ikke-røykere på serverings- og overnattingssteder. Denne beskyttelse ble bedret fra 2004 da det ble forbudt å røyke på serveringssteder. Fra 2010 gjorde en lovendring at tobakksselgere måtte fjerne synlige oppstilte tobakksvarer (Skretting et al., 2014). Fra 2011 ble det innført påbud om bildeadvvarsler på røykpakker og andre tobakksprodukter. I 2013 vedtok Stortinget at det skulle bli forbudt å selge tipakninger med sigaretter, forbud mot offentlige røykerom, og det ble innført bevillingsordning for tobakksforhandlere (Skretting et al., 2014, Tobakksskadeloven, 2014). Det har også blitt gjort flere lovendringer enn eksemplene ovenfor, men alle lovendringene myndighetene har gjennomført har til hensikt å redusere antall

røykere og begrense skadeomfanget av tobakk (Skretting et al., 2014, Tobakkskadeloven, 2014).

Et annet tiltak for å redusere antall røykere er økte skatter og avgifter på tobakk. Dette skal føre til at etterspørsel etter varene går ned (Skretting et al., 2014). Avgiftssatsene på tobakk har økt vesentlig de siste 20 årene, siden 1995 har prisen på tobakksvarer økt mer enn den samtlende konsumprisindeksen. Tabell 2 viser at tobakksprisen har økt med over 300 % mens konsumprisindeksen har økt med 37 % i perioden 1995-2013.

Tabell 2: Prisindeks for tobakksvarer og konsumprisindeks 1995-2013 (Skretting et al., 2014)

År	Prisindeks tobakk	Konsumprisindeks
1995	47	84
1998	63	88
2001	76	95
2004	97	98
2007	105	103
2010	122	112
2013	144	115

Et tredje tiltak er påvirkning av holdninger til tobakk ved bruk av massemedia kampanjer. Dette kan eksempelvis være tv- og radioreklame og det kan være reklame på internett (Helsedirektoratet, 2012). Det er vist at de massemedia kampanjene som fungerer best er de som påvirker røykere emosjonelt og som har sterke budskap om helsekonsekvenser (Davis R M et al., 2008)

### 2.5.2 Tiltak på individnivå for arbeidet mot tobakkskader

Av legemidler finnes det i Norge tre ulike typer som tilbys som hjelp ved røykeslutt. Det er nikotinerstatningspreparater (NEP), Champix og Zyban (Skretting et al., 2014). NEP er ikke reseptbelagt og skal dempe de fysiologiske abstinensene ved å tilføre kroppen nikotin. Sammenliknet med bruk av tobakk tar det lenger tid for kroppen å absorbere nikotinet ved bruk av NEP. Det gjør at brukerne ikke får samme nikotinkicket som av tobakk, og ikke alle føler at de får tilfredsstilt røyksuget på den måten som de ønsker (Sæterdal et al., 2010). NEP finnes i ulike typer som tyggegummi, inhalator, plaster og sugetabletter (Apotek1, 2014). Champix og Zyban er reseptbelagte medikamenter. (Skretting et al., 2014). Zyban skal

hemme reopptak av dopamin og noradrenalin i sentralnervesystemet. Champix skal frigjøre dopamin til blodet og erstatte nikotinet sin virkning. Av begge medikamentene skal vedkommende få mindre røyksug og bruk av disse medikamentene kan derfor være med på å gjøre det enklere å slutte med tobakk (Sæterdal et al., 2010). Myndighetene anbefaler å benytte legemidlene ved røykeslutt, men det er kun 10-15 % av de som forsøker å slutte med tobakk som følger disse anbefalingene (Skretting et al., 2014).

Man kan få veiledning angående røykeslutt ved flere helseinstitusjoner. Både fastlegen og spesialisthelsetjenesten skal tilby veiledning angående røykeslutt. De kommunale frisklivssentralene tilbyr individuell veiledning basert på motiverende intervju og røykesluttkurs "Røykfrie sammen". En frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste som tilbys i cirka halvparten av landets kommuner (Helsedirektoratet, 2013d).

Kurset "Røykfrie sammen" er utviklet av Helsedirektoratet og arrangeres av ulike aktører, deriblant frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2011b). Kurset består av seks gruppesamlinger på 90 minutter fordelt på syv uker. Kurset består av tre samlinger før og tre samlinger etter anbefalt røykeslutt. Fokus for de tre første samlingene er å øke motivasjonen for røykeslutt, på de siste tre samlingene fokuserer man på å opprettholde motivasjonen for å fortsette å være røykfri (Helsedirektoratet, 2011b). Kursen går gjennom relevante temaer både før og etter røykeslutt, blant annet abstinenser, tips til aktiviteter man kan gjøre ved røyksug, fordeler og ulemper ved å røyke og helsekonsekvenser av røyking.

Helsedirektoratet har sammen med nasjonalt senter for samhandling og telemedisin opprettet en internettside for de som ønsker å slutte å røyke, [www.slutta.no](http://www.slutta.no). (Helsedirektoratet, 2010a, Helsedirektoratet, 2012). På nettsiden er det informasjon om negative konsekvenser av røyking, positive effekter av en røykfri tilværelse, samt tips om hvordan man kan klare å slutte å røyke og hvordan man forblir røykfri. Det har også blitt opprettet et chatteforum på nettsiden. Hensikten med chatteforumet er at medlemmene skal muntre hverandre opp og gi hverandre motivasjon for å fortsette med å endre levevanen, i tillegg til å skulle kunne utveksle erfaringer og opplevelser med tanke på røykeslutt med hverandre (Helsedirektoratet, 2010a, Helsedirektoratet, 2012). Helsedirektoratet har og opprettet en side på Facebook slik at personer som skal slutte å røyke kan bruke et chatteforum der for å gi og hente motivasjon for å klare å slutte å røyke (Helsedirektoratet, 2014a).

Annet hjelpemiddel som myndighetene har utviklet er røykeslutt-app for smarttelefoner og nettbrett (Helsedirektoratet, 2012). Helsedirektoratet sin app ble lansert i 2011 og har blitt lastet ned 150 000 ganger siden den ble lansert (Storvik, 2014). Appen blir nærmere beskrevet i kapittel 5.

## **2.6 Oppsummering av kapittel 2**

Røyking er den enkeltfaktoren som forårsaker flest dødsfall i den vestlige delen av verden. Beregninger viser at i Norge dør cirka 5100 personer hvert år på grunn helseskader som skyldes røyking. Røyk kan føre til flere alvorlige helsekonsekvenser og dødelige sykdommer, eksempelvis kreft, hjerte-karsykdommer og kroniske lungesykdommer. Norske myndigheter ønsker at det skal bli færre røykere, dette ved at færre skal starte og flere skal slutte å røyke. Myndighetene har igangsatt flere tiltak for å oppnå færre røykere i samfunnet, eksempelvis lovgiving, økte skatter og avgifter, tilbud om røykavvenning, internettsider og applikasjoner for røykeslutt.

Neste kapittel vil omhandle kommunikasjon, medier og utviklingen innen mediebruk. Kapittel 5 redegjør for utvikling og bruk av applikasjoner.

### **Kapittel 3 Kommunikasjon og mediebruk**

Dette kapitlet omhandler kommunikasjon, kommunikasjonsprosesser og medier. To teorier for hvordan medier kan påvirke en person blir presentert i 3.5, det er henholdsvis konsekvensteorien og brukernytteteorien. Applikasjonene vil bli utfyllende presentert i kapittel 5.

#### **3.1 Kommunikasjon, avsender, budskap og mottaker**

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet "communicare" og betyr "å gjøre kjent" eller "gi en melding" (Schwebs and Østby, 2007). Kommunikasjon skjer med en avsender, et budskap og en mottaker.

En avsender er et menneske eller en institusjon som gir fra seg et budskap. Kommunikasjonen er i prinsippet styrt av senderen da det er denne som bestemmer budskapet og som har til hensikt å skape en spesifikk reaksjon hos den som mottar budskapet (Schwebs and Østby, 2013).

En mottaker er en eller flere personer som får et budskap fra en annen person eller institusjon. En mottaker har både en passiv og en aktiv rolle. Den passive rollen er at personen tar imot et ferdig produkt fra senderen, samtidig har mottakeren en aktiv rolle ved å tolke budskapet (Gentikow, 2009).

Et budskap er en melding som blir sendt fra sender til mottaker (Schwebs and Østby, 2013). Formen på budskapet kan variere, eksempler er tekst, tale og musikk. Meldingen blir sendt med en innkodet betydning fra senderen, som forventer en respons fra mottakeren. Imidlertid kan budskapet oppfattes (dekodes) forskjellig hos ulike mottakere. Hver mottaker tolker (dekodes) budskapet slik vedkommende ønsker (Kaufmann and Kaufmann, 2009). Tolkningen skjer på bakgrunn av flere faktorer, eksempelvis hva personen har opplevd tidligere, hvilken kultur vedkommende lever i og konteksten som budskapet kommer i (Schwebs and Østby, 2013).

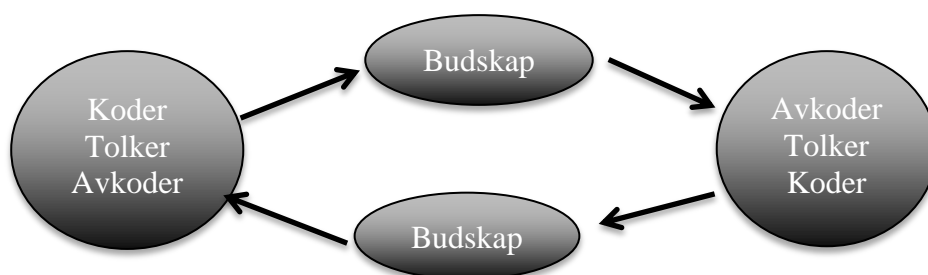
### 3.2 Ulike kommunikasjonsmodeller

Det finnes flere ulike kommunikasjonsmodeller (Gentikow, 2009). Den enkleste versjonen av kommunikasjonsmodellene viser hvordan en person eller institusjon kan kommunisere et budskap til mottaker uten at mottaker tolker eller sender budskap tilbake, se figur 1. Dette ansees som enveisinformasjon da kommunikasjon er en toveisprosess (Kaufmann and Kaufmann, 2009). Modellen viser at en kommunikasjonsprosess alltid har to parter, og at et budskap blir sendt mellom de to partene (Schwebs and Østby, 2013).



Figur 1: Shannon og Weaver sin kommunikasjonsmodell (Schwebs and Østby, 2013)

Prosesen hvor en person kun sender et budskap til en annen person er en enveisprosess. Det er typisk for massemedier som fjernsyn og radio, budskapet sendes da fra en sender til mange mottakere (Schwebs and Østby, 2013) Ofte er situasjonen mer kompleks, og det skjer en tilbakeføring av informasjon eller mottaker sender en tilbakemelding til senderen. Sendes budskap frem og tilbake mellom to personer kalles det toveiskommunikasjon, det er typisk for en samtale mellom to mennesker (Gentikow, 2009). Wilbur Schramm sin sirkulære kommunikasjonsmodell, figur 2, viser hvordan toveiskommunikasjon kan være (Schwebs and Østby, 2013). Wilbur Schramm sin modell viser en mer kompleks situasjon enn Shannon og Weaver sin modell. Denne modellen viser hvordan budskapet blir tolket gjennom prosessen og hvordan både sender og mottaker har mulighet til å påvirke hverandre (Schwebs and Østby, 2013).



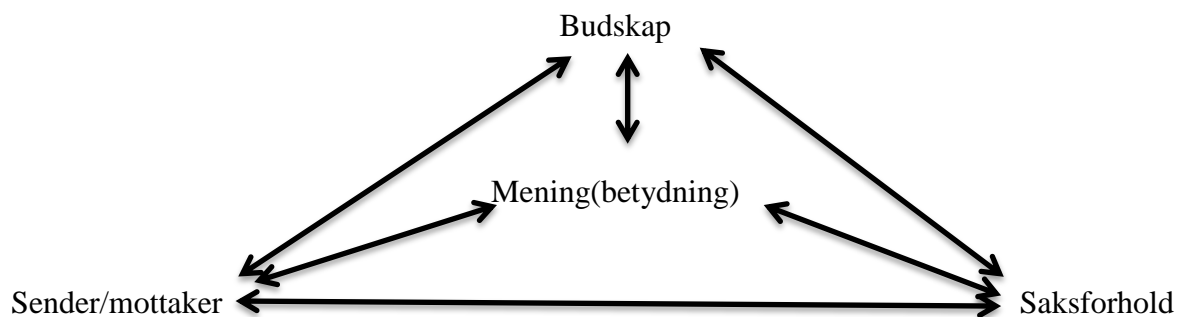
Figur 2: Wilbur Schramm sin kommunikasjonsmodell (Schwebs and Østby, 2013).

Nettverkskommunikasjon er en annen kommunikasjonsform hvor mange personer kan kommunisere sammen i en desentralisert struktur. Internett og sosiale medier er eksempler på denne kommunikasjonsarkitekturen. Dette er en ny type dialog hvor mottaker kan gi en direkte tilbakemelding til avsender ved mottakelse av det første budskapet. Med dialogen kan



mottakeren få større påvirkningskraft fordi mottakeren kan påvirke senderen av budskapet. Dermed kan begge parter påvirke hverandre og det er ikke kun sender som kan påvirke mottaker (Schwebs and Østby, 2013).

Interaksjon innen kommunikasjon omhandler at meningen i et budskap blir formet ut fra et samspill mellom sender, budskapet, mottakeren og samfunnet hvor kommunikasjonen skjer, se figur 3 (Schwebs and Østby, 2013). Ved kommunikasjon som interaksjon vil alle parter påvirker hverandre, og man er avhengig av å se på alle faktorer for å forstå budskapet. Mottaker og avsender blir på denne måten likestilte, og det oppfattes som om de har like stor påvirkning i forhold til betydningen av budskapet (Schwebs and Østby, 2013). For å forstå budskapet må det tas hensyn til den kulturelle praksisen som kommunikasjonen skjer i, alle vilkårene i konteksten, blant annet fysiske, språklige, sosiale og teknologiske sammenhenger. Kommunikasjon blir forstått som produksjon og utveksling av meninger og konteksten når den skjer som en interaksjon (Schwebs and Østby, 2013).



Figur 3: Kommunikasjon som interaksjon (Schwebs and Østby, 2013)

Interaksjon er et begrep som er mye brukt når det gjelder individers forhold til de nye mediene hvor personer samhandler med mediene og kan påvirke innholdet (Schwebs and Østby, 2013). De nye mediene har gjort at mottakerne kan være mer delaktige i kommunikasjonsprosessen, ved at brukeren av tjenesten kan gi direkte respons og ikke bare ta imot budskapet. Eksempler på denne typen brukerstyrt medieinnhold er blant annet kommentarfelt i online aviser, dataspill og apper (Schwebs and Østby, 2013).

Det er flere ulike modeller for og ulike måter å se på kommunikasjonsprosessen enn det som er presentert i denne oppgaven, men det er enighet i litteraturen at kommunikasjon er kompleks situasjon (Gentikow, 2009, Schwebs and Østby, 2013).

### **3.3 Brukermedvirkning ved kommunikasjon**

Brukermedvirkning er å sette brukeren av tjenesten sitt behov i sentrum (Helse og omsorgsdepartementet, 2010). Kommunikasjonsformer har utviklet seg og i dagens samfunn brukes internett hovedsakelig for å fremskaffe og spre informasjon. Internett reduserer bruk av tv, radio og papiraviser (Schwebs and Østby, 2013). Brukere av internett er i større grad deltakende i informasjonsstrømmen enn det brukere av tv og aviser er. Dette fordi de har mulighet til å gi direkte og umiddelbare tilbakemeldinger på internett. Brukerne kan gi direkte respons til nettavisredaksjoner, ved å sende inn meldinger, bilder og videoer. Denne type direkte responsen har ikke brukere av tv, radio og i papiraviser samme mulighet til å gi. Anledningen til direkte tilbakemelding via internett gjør at brukerne har større mulighet til å påvirke mediene. I tillegg åpner internett for helt nye mediekanaler utenom de tradisjonelle og etablerte mediene, et eksempel er Facebook som i 2013 ble den største mediekanalen i Norge (Fossbakken, 2014). Brukermedvirkningen er større i de nye mediene sammenlignet med tradisjonelle medier på grunn muligheten for interaksjon (Schwebs and Østby, 2013). Også offentlig sektor har lagt til rette for bedre brukermedvirkning ved at de fra 2012 fulldigitaliserte sentralforvaltningen. Dette betyr at mange offentlige tjenester, eksempelvis skattemyndighetene og fastlegeordning, benytter seg av digitale tjenester (Regjeringen, 2012).

### **3.4 Mediebruk**

Mediebruk brukes både i sammenhengene ”ta i bruk”, ”benytte seg av” og ”dra nytte av”. Mediebruk omfatter både bruken av et medium samt selve brukshandlingen i den sosiale konteksten. Det fører til at mediebruk kan måles på to ulike måter, både per gang et medium blir brukt og som en sosial eller kulturell aktivitet (Gentikow, 2009).

Samfunnet er stadig i utvikling, og i dag er det mange ulike medier og kilder som kan påvirke oss (Gentikow, 2009). Alle er mediebrukere i ulike former, eksempelvis så leser vi aviser på papir eller nett, ser TV, hører på radio og bruker internett eller telefon (SSB, 2014b). I Norge har det skjedd en utvikling i forhold til hvilke medier som blir mest brukt, og internett blir stadig viktigere. Per 2013 bruker 85 % av befolkningen i Norge internett hver dag mot 27 % i 2000 (SSB, 2014b). Nordmenn bruker også gjennomsnittlig flere minutter på internett enn de gjorde tidligere, se tabell 3. Bare fra 2012 til 2013 var det en økning på 17 minutter, fra 95 til 112 minutter på internett daglig (SSB, 2014b). Sosiale medier, særlig i form av Facebook, har hatt en eksplosiv fremvekst de siste årene. Facebook er som nevnt nå den største

mediekanalen i Norge (Fossbakken, 2014). Blant brukere av internett en dag er 65 % inne på sosiale medier. På grunn av den voldsomme veksten i bruk av internett og sosiale medier har kildene som var viktigst for å få informasjon tidligere, aviser og fjernsyn, fått en nedgang i antall brukere, se tabell 3 (SSB, 2014b).

Tabell 3: Andel (%) av befolkningen (9-79 år) som har brukt ulike massemedier en gjennomsnittsdag, etter medietype og år (SSB, 2014b)

År	1991	2000	2012	2013
Avis	84	77	55	51
Fjernsyn	81	82	77	74
Radio	71	57	60	59
Plate/kassett/CD/MP3	43	50	40	41
Ukeblad	21	17	10	8
Bøker	24	20	25	25
Tidsskrift	18	14	9	9
Tegneserieblad	11	9	4	4
Hjemme-PC	-	25	70	75
Video	10	10	11	10
Internett	-	27	80	85

Medier påvirker oss i ulik grad gjennom ulike medier (Gentikow, 2009). Allerede i 1929 ble det bevist at media påvirker mennesker ved Payne Fund studiet. Her fremkom det at film kunne påvirke ved at det gav læring. Læringen kunne påvirke holdninger, hvis man så flere filmer med samme verdier. Holdningene kunne påvirke følelseslivet og nattesøvnen og det kunne svekke moralske normer til de som så filmene (Gentikow, 2009). Mennesker reagerer forskjellig på medienes budskap, dermed vil det også variere hvordan media klarer å påvirke ulike mennesker. Eksempelvis kan TV-program som har hensikt til å påvirke mennesker sin oppfatning i en retning, resultere i at personene vender oppfatningen en annen retning. Det er heller ikke garantert at langsiktige kampanjer påvirker mennesker (Gentikow, 2009). Det er en allmenn oppfatning at media har sterk påvirkningskraft, men forskningen på område viser varierende resultater. Forskere har ulike oppfatninger om hvor mye media kan påvirke oss, siden de har motstridende forskningsresultater. Det foreligger derfor ingen klar enighet om mediene sin påvirkningskraft ifølge faglitteratur (Gentikow, 2009). Imidlertid hevder myndighetene at mediene påvirker oss sterkt (Regjeringen, 2005). Fra Stortingsmeldingen

nummer 17 ”Makt og demokrati” fremkommer det at media påvirker samfunnet ved å sette dagsorden. I samme Stortingsmelding fremkom det at media påvirker samfunnet ved å bestemme hvilket utsnitt av virkeligheten befolkningen får informasjon om, denne informasjonen danner grunnlaget for utviklingen av befolkningens virkelighetsoppfatning (Regjeringen, 2005).

### **3.5 Ulike teorier om mediens påvirkning**

Det er et stort mangfold i ulike teorier innen media og kommunikasjon. I denne oppgaven har konsekvensteorien og brukernytteteorien blitt valgt ut da disse ansees som relevante og kan være med på å belyse problemsstillingen.

#### *3.5.1 Konsekvensteori*

Konsekvensteorien er en teori utviklet av Richard Petty, John Cacioppo og deres medarbeidere (O'Keefe, 2002). Det er en teori for overtalelse. Fokuset i teorien er de psykologiske prosessene hos mottakeren av budskapet. Ifølge teorien er utfallet av et overtalelsesforsøk i stor grad avhengig av hvordan mottakeren forholder seg til budskapet. Dette vil variere mellom ulike mottakere selv om avsender og budskapet er likt.

Teorien forholder seg til to ulike ruter i forhold til overtalelsesprosesser, en sentral og en perifer rute. Hvilken rute budskapet tar er avhengig av hvilken måte budskapet blir prosessert av mottakeren. Den sentrale ruten involverer systematisk tenking mens den perifere ruten involverer kognitive snarveier. Graden av begge rutene er ulik, eksempelvis kan graden av systematisk tenkning variere fra grundig til overflatisk og graden av kognitive snarveier kan variere fra enkel til kompleks. Resultatet av kommunikasjon avhenger av hvilke av rutene som blir valgt for å motta budskapet. Hvilken rute som blir brukt er for eksempel avhengig av mottakerens motivasjon for å bruke energi på å ta en nøye vurdering av saksrelevante fakta og hvor personlig relevant informasjonen er for vedkommende. Mottakeren bruker vanligvis en kombinasjon av de to rutene når vedkommende blir eksponert for et budskap, men det kan være nyttig å dele opp i sentral og perifer rute for å forstå hvordan et budskap blir oppfattet av mottakerne og hvordan dette påvirker holdningen til et kommunisert tema (O'Keefe, 2002).

Den sentrale ruten for å bli overbevist innebærer stor grad av saksrelevant tenking og vurdering av all informasjonen som blir gitt i meldingen. Dette inkluderer generell

informasjon, argumentasjon og koblingen til annet saksrelevant materiell. Om mottaker velger å gjøre en nøye vurdering av budskapet er avhengig av budskapets personlige relevans og vedkommende sitt behov for å tenke selv. Jo høyere personlig relevans budskapet har, jo høyere motivasjon har mottakeren til å gjøre nøye vurderinger av budskapet. Personer som har stort behov for å tenke selv blir mer påvirket av innholdet i budskapet enn personen blir påvirket av avsenderen. Kvaliteten på budskapet er viktigere enn egenskapene ved avsenderen hvis personer selv bruker tid på å vurdere budskapet. Evnen som mottakeren har til å vurdere budskapet kan påvirkes av kunnskap og/eller erfaring (O'Keefe, 2002).

Den perifere ruten for å bli overbevist innebærer lite bruk av energi fra mottakeren av budskapet. Mottakeren bruker enkle regler for å bestemme seg. Eksempelvis kan det være tilstrekkelig at vedkommende liker avsenderen eller at avsenderen virker troverdig for at mottaker lar seg overtale. Mottaker gjør ingen selvstendig vurdering av mottatt informasjonen eller argumentasjon før vedkommende inntar en holdning. Dermed kan mottakeren få en holdningsendring, selv om personen ikke har tenkt gjennom budskapet (O'Keefe, 2002).

Ifølge konsekvensteorien vil varige holdningsendringer hovedsakelig skje hvis mottakerne har tatt til seg argumentene via den sentrale ruten. Det vil si at vedkommende må gjøre sine egne overveielser og betraktninger av budskapet og danne sine egne meninger om temaet. Meninger og holdninger ervervet via den sentrale ruten vil vare lengre, ha større sannsynlighet for handling og større motstand for motargumenter enn holdninger og meninger ervervet via den perifere ruten. Dette skyldes at holdningen som personer har fått gjennom egne overveielser gjør det lettere å gjøre handlingsendringer sammenlignet med holdninger ervervet via passiv mottak av budskap (O'Keefe, 2002).

### *3.5.2 Brukernytteteori*

Brukernytteteori er en samlebetegnelse på flere ulike teorier. Brukernytteteorien har sin bakgrunn fra 1940 årene, fra Paul F. Lazarsfeld sin teori om opinionslederskap (Gentikow, 2009).

Teorien går ut på at media påvirker publikum i ulik grad, som er avhengig av mottakerens sosiale omgivelser og bakgrunn (Østby, 2009a). Brukernytteteorien er opptatt av hvordan media tilpasser seg mottakerens preferanser og hvordan budskapet tilpasses mottakeren slik at det appellerer til målgruppen (Vaagan, 2015). Det vil si at teorien fokuserer på hva

menneskene gjør med media, og hvordan mennesker søker de mediene som de har mest brukt for i øyeblikket.

Brukernytteteorien belyser hvordan mottaker oppfatter og mottar budskapet. Det er den enkelte mottakers egenskaper som er grunnlaget for deres valg av media og hvilken tilfredsstillende mediekonsumet gir. Virkningen til budskapet skyldes ikke bare budskapet, men også den enkelte bruker, grunnen til de valgte mediet og hvilken nytte de selv synes de har av budskapet (Østby, 2009b).

Brukerne av teknologien eller budskapet søker teknologien eller budskapet fordi de har bruk for den. Ifølge denne teorien tilpasser media sine oppslag og produsenter av apper tilpasser utvikling av appene på den måten som de mener flest mottakere vil bli tilfredsstillt av (Vaagan, 2015).

### **3.6 Oppsummering av kapittel 3**

Kommunikasjon skjer ved at det blir sendt et budskap mellom avsender og mottaker som videre responderer. Det er flere ulike former for kommunikasjon, eksempelvis toveiskommunikasjon og nettverkskommunikasjon. Samfunnet har fått flere nye medier og måter å kommunisere på de siste årene. Spesielt har internett og sosiale medier hatt stor fremvekt siden 2000, og 85 % av befolkningen bruker nå internett daglig, gjennomsnittlig 112 minutter hver dag. Økningen i bruk av nye medier har ført til en nedgang i bruken av de tradisjonelle mediene som papiraviser, tv og radio.

Det finnes ulike teorier for hvordan medier kan påvirke oss. I kapittelet ble konsekvensteorien og brukernytteteorien presentert. Disse omhandler henholdsvis overtalellesprosesser og hvilke medier en person velger basert på egne preferanser.

Neste kapittel vil omhandle endring av levevaner. Hvilke faktorer som påvirker om en person klarer å endre levevaner og ulike modeller som er utformet rundt livsstilsendringer.

## **Kapittel 4 Endre levevaner**

Kapittelet omhandler livsstilsendringer og hvilke faktorer som påvirker prosessen ved livsstilsendringer. To teorier om mestring og livsstilsendringer vil bli presentert. Forskning angående tiltak som kan ha effekt når en person skal endre levevaner blir presentert i 4.3.

### **4.1 Generelt om å endre levevaner**

I 2013 hadde livsstilsrelaterte sykdommer høyest forekomst og høyest dødelighet i den vestlige verden (DiClemente et al., 2013). Hjerte- og karsykdommer, kreft og hjerneslag er de tre sykdommene som flest personer dør av i løpet av et år. De tre sykdommene kan være forbundet med livsstil, spesielt viktige faktorer er fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk (DiClemente et al., 2013). Å spise sunt, unngå røyk og være fysisk aktiv er vaner som gir grunnlag for bedre helse, bedre funksjon i hverdagslivet og høyere livskvalitet (Mæland, 2010). Norske helsemyndigheter har anbefalinger for de tre nevnte områdene, men det er utfordrende å få den norske befolkningen til å leve etter anbefalingene. Eksempelvis er det kun 20 % som oppfyller anbefalingen om å være 30 minutter fysisk aktiv fem dager i uken og 28 % av befolkningen bruker tobakk (Helse og omsorgsdepartementet, 2013b).

Sunne levevaner er forbundet med å leve lengre og ha bedre livskvalitet. Det burde derfor være enkelt å motivere personer til å endre levevaner til det myndighetene anbefaler. Slik er det imidlertid ikke, årsaken kan være at det å leve lengre kan være i konflikt med det som gjør at man føler at man kan leve godt i øyeblikket (Mæland, 2010).

Personer som ønsker å endre en vane opplever ofte diskrepans, det vil si uoverensstemmelse mellom hvordan de har det og hvordan de ønsker å ha det. Eksempelvis at de ønsker å være røykfri, men de røyker. Opplevelsen av diskrepans kan motivere til å begynne livsstilsendring. Diskrepans kan også gi en skamfølelse, noe som kan gjøre personen blir motløs og det kan dermed bli vanskelig å gjennomføre livsstilsendringen (Barth et al., 2001, Barth et al., 2013, DiClemente et al., 2013, Schwebs and Østby, 2013).

Å endre livsstil er en prosess som kan ta lang tid. Eksempelvis viser studier at det tar minimum et år å endre levevaner relatert til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009a), og personer må ha gjennomsnittlig tre røykeslutforsøk før de er varige røykfrie (Helsedirektoratet, 2011b). Tiden man trenger til en endring eller antall røykeslutforsøk som

er nødvendig vil variere fra person til person. Dette avhenger blant annet av om personen er bevisst nødvendigheten av livsstilsendringen og motivert til gjennomføringen (DiClemente et al., 2013). Dersom personen ikke vet at den burde endre livsstil kan det ta lengre tid å skape motivasjon for å endre den, men har personen god innsikt i sin egen situasjon og har tenkt på å endre livsstil lenge kan selve gjennomføringen ta kortere tid (Prescott and Bjørtveit, 2004). Det er også andre faktorer som kan påvirke livsstilen vår. Eksempel på disse er kognitive egenskaper, biologiske påvirkningsfaktorer, kulturelle betingelser og påvirkningsfaktorer i omgivelsene (Mæland, 2010).

## **4.2 Modell om livsstilsendring**

Det foreligger mange ulike modeller om hvilke faktorer som er viktigst for at en person skal endre levevaner og hvordan prosessen for å endre levevaner er. Modellene fremhever ulike faktorer som viktig i forhold til livsstilsendring, men noen faktorer er modellene enige om og det er mestring, kunnskap og omgangskrets. I denne oppgaven vil det bli presentert to ulike modeller om hva som kan påvirke mestringsforventning og hvordan prosessen for livsstilsendring kan være. Modellene er valgt fordi de anses som hensiktsmessige for å belyse problemstillingen.

### *4.2.1 Banduras modell*

Banduras modell om mestringsforventning og resultatforventning viser at jo bedre tro individet har på egenmestring jo bedre er muligheten for å lykkes med livsstilsendringen (Bandura, 1986). Legges det til rette for god verbal påvirkning og god modell-læring for mestringsforventning er det større mulighet for å oppnå mestringstro. God mestringstro er nødvendig for at individet skal oppleve mestring (Bandura i Mæland, 2010). I følge Bandura (I Mæland, 2010) kan individer få større tiltro til egen mestringsevne ved å gjennomføre andre vellykkede handlinger. Tiltroen til egen mestringsevne er nødvendig for at personen skal forsøke å gjøre handlinger, eksempelvis livsstilsendringer, for da eventuelt ha muligheten til å lykkes med handlingen (Bandura, 1986).

### *4.2.2 Modell for endringsprosess*

Modell for endringsprosess er utviklet av James O. Prochaska og Ralph J. DiClemente (DiClemente et al., 2013). Modellen ble utviklet ved å studere røykere (Barth et al., 2001), men brukes nå også på flere områdene relatert til livsstilsendring.



Modellen beskriver fem ulike faser som personer gjennomgår ved endring av levevane (DiClemente et al., 2013). De fem fasene er føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Modellen forklarer hvordan en person sine tanker, følelser og atferd endres gjennom de ulike fasene. Hvordan de ulike fasene blir håndtert og hvor lang tid hver fase tar vil variere (DiClemente et al., 2013).

I føroverveiellesfasen oppfatter ikke personen utfordringene med vanen og ser ingen hensikt med livsstilsendringen. For eksempel ser ikke personen noen negative aspekter ved å røyke, personen fokuserer på det positive med vanen og har derfor ingen ønsker om å slutte med røyken (DiClemente et al., 2013).

I overveiellesfasen begynner personen å innse at atferden ikke er ønskelig og at den derfor bør endres. Samtidig oppfatter personen flere positive sider med sin nåværende vane. Personen opplever ofte ambivalens, det vil si at personen både vil og ikke vil endre vane. Eksempelvis begynner personen å innse at det å røyke kan føre til sykdommer og at det er uhensiktsmessig å røyke, samtidig er det forbundet kos og hygge med røykingen og personen synes dermed det er vanskelig å slutte (DiClemente et al., 2013).

Tredje fase er forberedelsesfasen. I denne fasen bestemmer personen seg for å endre levevanen. Personen forbereder seg på den endringen som skal skje og på eventuelle utfordringer som kan oppstå. Eksempelvis bestemmer personen seg for å slutte å røyke. Personen begynner å planlegge hvordan røykesluttet skal skje og hvordan eventuelle abstinenser skal håndteres.

Fjerde fase er handlingsfasen, da blir livsstilsendringen gjennomført. Eksempelvis så slutter personen å røyke (DiClemente et al., 2013).

Vedlikeholdsfasen er femte fase. I denne perioden skal individet fortsette med den nye vanen. For enkelte er dette uten utfordringer og fasen er fort overstått, mens for andre kan denne fasen være livslang. Eksempelvis er det veldig enkelt å forbli røykfri for noen, disse personene har ikke røyksug, abstinenser og savner heller ikke røyken. Andre derimot opplever å ha røyksug i mange situasjoner og savner røyken selv etter at de har vært røykfrie i mange år.

Modellen har også tilbakefall som en fase siden endring av levevaner ansees som utfordrende og at mange personer har tilbakefall til sine gamle levevaner (DiClemente et al., 2013). Eksempelvis begynner personen å røyke fast igjen.

Modell for endringsprosess er en modell for å forstå hvilken fase individer er i forhold til livsstilsendringer, både terapeuter som skal hjelpe personen og personen selv kan bruke modellen for å forstå sin egen situasjon bedre. En person i føroverveielsesfasen vil være vanskelig å motivere til en endring av levevane. Dersom personen ikke selv oppfatter utfordringer med eget levesett er det vanskelig å endre vane. Er personen i overveielsesfasen eller forberedelsesfasen vil det være større mulighet for at vedkommende kan bli motivert til å endre levevaner (DiClemente et al., 2013).

#### **4.3 Hvilke tiltak kan hjelpe i forhold til å endre levevaner?**

Forskning viser at metoden motiverende samtale mellom helsepersonell og deltaker kan gjøre det enklere å endre levevaner, men deltakeren trenger mer oppfølging enn en konsultasjon (Barth and Näsholm, 2007, Helsedirektoratet, 2009a, Hetteima et al., 2005, Høye, 2013).

Litteraturen viser at det må være fokus på bevisstgjøring av problematisk atferd hos personen. Dette kan gjøres ved generell informasjon fra massemediene, myndighetene, helsepersonell eller andre troverdige kilder. Individuelle tilbakemeldinger fra helsepersonell eller at personen selv blir bevisstgjort det ved egne erfaringer kan også bidra til at personen skjønner at den har levevaner som kan gi helseproblemer (Prescott and Bjørtveit, 2004).

En studie gjennomført ved å følge 939 som røykte daglig over fire måneder viste at det som økte motivasjonen for gjennomføre røykeslutt var å ha en positiv holdning til røykeslutt og sosialt press angående røykeslutt fra venner og familie. Tidligere opplevd mestring rundt røykeslutt og erfaringer fra tidligere røykeslutforsøk kunne også øke motivasjon til røykeslutt. Hvis en person i tillegg hadde konkrete planer om når vedkommende skulle slutte, og hadde en plan om hvordan takle situasjoner hvor personen hadde lyst på røyk økte sjansen for at vedkommende lyktes med røykeslutt (Kovac et al., 2009)

Det foreligger en studie som viser at personer som ønsker å endre levevaner ikke ønsker hjelp fra profesjonelle. Denne studien ble gjennomført blant ansatte i det danske politiet angående

vaner rundt alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og kosthold. Hovedfunnet i studien var at majoriteten ikke ville ha hjelp fra profesjonelle. De ønsket heller støtte fra familie og venner samt tilrettelegging fra arbeidsgiver. Tilretteleggingen kunne bestå av blant annet trening i arbeidstiden, gratis frukt og gratis nikotintyggi (Persson et al., 2014).

#### **4.4 Oppsummering kapittel 4**

Å endre levevaner kan ta lang tid og mange trenger flere forsøk for å klare det, men dette varierer mellom personer og hvilke endringer som skal gjennomføres. For å kunne endre en vane må personen først bli oppmerksom på at vanen bør endres, deretter må vedkommende ønske å endre vanen. Videre må personen klare å gjennomføre livsstilsendringen for videre å beholde den. Om det blir en vellykket prosess er avhengig av flere faktorer. Ulike modeller vektlegger forskjellige faktorer, men felles faktorer er mestring, kunnskap og omgangskrets. De samme faktorene gjenkjennes også i studier som er gjennomført for å finne ut hvilke faktorer som påvirker livsstilsendringsprosesser.

Neste kapittel vil omhandle de to norske røykeslutt-appene som personer som skal slutte å røyke har anledning til å bruke.

## **Kapittel 5 Applikasjoner og røykeslutt-appene Røykeslutt og Slutta**

Dette kapittelet redegjør for hva en app er. Videre vil app Røykeslutt og Slutta, henholdsvis utviklet av LHL og Helsedirektoratet bli beskrevet. Undersøkelsen som Helsedirektoratet utførte blant brukerne av appen Slutta vil bli beskrevet i kapittel 5.3.1. I tillegg vil det bli redegjort for forskning som foreligger angående bruk av applikasjon ved livsstilsendring.

### **5.1 Applikasjoner**

En app er en betegnelse på en dataprogramvare som kan bli installert på smarttelefoner og nettbrett (Universitetet i Stavanger, 2014) . Apper må lastes ned fra en App-butikk. Butikkene er eiet og administrert av leverandøren eller en av samarbeidspartner av smarttelefoner/nettbrett. Eksempel på en App-butikk er iTunes eller App-Store i Google Play. Hvor appene kjøpes avhenger av hvilket operativsystem som smarttelefonen/nettbrettet har (iTunes, 2014) (GooglePlay, 2014).

Apper inngår i definisjonen av sosiale medier (Haugseth, 2013). Sosiale medier er digital teknologi som gjør det mulig å ha offentlig kommunikasjon eller deltakelse innad i grupper. Den type kommunikasjon legger også til rette for å overføre personlige eller sosiale markører sammen med budskapet i gruppene. Sosiale medier ivaretar brukermedvirkningen bedre fordi avsender og mottaker kan kommunisere mer direkte enn ved tradisjonelle medier. Ved bruk av sosiale medier kan det lett kommuniseres bilder, informasjon og følelser. (Haugseth, 2013).

En bruker av en app er mottaker av et budskap. Mottakeren kan anses som aktiv fordi vedkommende må både laste ned appen og sette appen som aktiv. Å være en aktiv mottaker kan gi både økt oppmerksomhet, seleksjon og engasjement for budskapet som personen mottar enn hvis mottakeren er passiv (Gentikow, 2009).

### **5.2 LHL sin app Røykeslutt**

LHL sin røykeslutt-app, Røykeslutt, har voksne som målgruppe. Appen ble utviklet i 2011 av ansatte med erfaring med røykeslutt ved spesialsykehuset for utredning og behandling av lungesykdom, Glittrklinikken, i samarbeid med IT-firmaet Ciber. Appen kan lastes ned i iTunes og i Google play (Ragnhild Aasen Jacobsen, e-post, 29.1.2014). Appen har hittil blitt

lastet ned 45 000 ganger (Næss, 2014).

Fokuset ved utviklingen av appen var å motivere brukerne av appen, utviklerne hadde ikke som hensikt for appen at den skulle virke moraliserende. For å motivere ble appen utviklet med mulighet til å telle antall røykfrie dager og hvor mye penger personen sparer på å være røykfri. Appen gir også informasjon om de positive helseeffektene som røykeslutt gir. Appen inneholder pop-up meldinger. Dette er meldinger som kommer automatisk med informasjon som omhandler røykeslutt (Ragnhild Aasen Jacobsen, e-post, 29.1.2014).

LHLs røykeslutt-app inneholder fire hovedmenyer. De fire menyene er ”status”, ”motivasjon”, ”hjelp” og ”innstillinger”.

Under menyen ”status” står det hvor mange uker, dager og timer brukeren har vært røykfri. Menyene har også informasjon om de helsegevinstene som er aktuelle for hvor lenge personen har vært røykfri. Eksempelvis står det den første uken hva man oppnår ved å ha vært røykfri mellom en og syv dager, etter en måned står helsegevinstene ved å være røykfri fra en måned til ett år. Eksempel på helsegevinst mellom en måned til et år som står i appen er ”*Kroppen får mer overskudd. Hoste, trøtthet og tungpust reduseres*”. Skjerm bilde for menyen ”status” er vist i figur 4.



Figur 4: Appen Røykeslutt til LHL (Telenor, 2012)

Under menyen ”motivasjon” er det fire menyer. Disse fire er ”din motivasjon”, ”når du har lyst på en røyk...”, ”å forbli røykfri” og ”støtte”. Under menyen ”din motivasjon” kan brukeren fylle ut hva motivasjonen for å slutte å røyke er. I tillegg inneholder menyen

informasjon om hva personen bør tenke over før røykeslutt, eksempelvis mulighet for belønninger, hva personen vil savne ved å være røykfri og hvilke situasjoner som bør unngås for ikke å bli fristet til å ta en røyk. Under menyen ”lyst på røyk...” er det informasjon om røyksug og hva man kan gjøre istedenfor å ta en røyk når man har røyksug. Menyene ”å forbli røykfri” omhandler hva vedkommende kan gjøre for å forbli røykfri. Personen kan eksempelvis snakke med fastlegen og venner om røyksug eller bruke kognitive teknikker for å unngå å tenke på røyk. Under menyen ”støtte” finner man informasjon om ulike muligheter for støtte, eksempelvis Røyketelefonen, Kolslinjen og Facebook.

Under menyen ”hjelp” er det fire knapper. Den ene knappen er for å ringe til Røyketelefonen. Den andre knappen er for å få støtte av venner på Facebook. Den tredje knappen er å få støtte av andre på Facebook. Den siste knappen skal man benytte dersom en har tatt en røyk, da kan det kalles en glipp slik at man fortsetter appen eller så kan man starte appen på nytt.

Under den fjerde menyen ”innstillinger” er det personlige opplysninger som kjønn, alder, antall røyk per dag og pris per røyk som gis av brukeren av appen.

I tillegg inneholder appen pop-up meldinger. Disse meldingene som kommer automatisk opp på telefonen. Eksempler på pop-up meldinger er ”*Gratulerer, du har nå vært røykfri 2 dager*” eller ”*Stå på, husk at røyksuget vanligvis gir seg etter 2-4 minutter*”.

Appen har også en funksjon som personer kan bruke i forkant av røykeslutt for å bli motivert for å klare å endre livsstil.

### **5.3 Helsedirektoratets app Slutta**

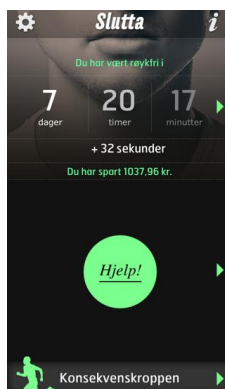
Helsedirektoratets app Slutta er rettet mot ungdom og unge voksne (Helsedirektoratet, 2013a). Den ble utviklet i 2012 og lansert januar 2013. Slutta ble utviklet ved hjelp av fokusgruppeintervju. Den ble presentert under fokusgruppeintervjuet og respondentene gav tilbakemeldinger på hva de tenkte var negativt og positivt med appen. Resultatet fra fokusgruppeintervjuet og hva ansatte ved Helsedirektoratet mente var mest hensiktsmessig var grunnlaget for hvordan appen ble laget (Janne Oftedal, e-post, 10.1.2014). Appen har blitt lastet ned 150 000 ganger siden den ble lansert i januar 2013. Den ble evaluert og videreutviklet januar 2014 (Helsedirektoratet, 2014b).

Appen gir positivt vinklet faktastoff om hva som skjer med kroppen ved røykfrihet, kalkulator om hvor mye personen har spart og teller for antall dager personen har vært røykfri.

Helsedirektoratet har utviklet appen slik at den har en positiv vinkling og ikke en moraliserende funksjon (Janne Oftedal, e-post, 10.1.2014). Appen har blitt endret flere ganger etter tilbakemeldinger fra brukerne. Eksempler på endringer er innhold av flere generelle hjelpemeldinger og ny visualisering av økonomien (Janne Oftedal, e-post, 10.9.2014).

Når appen åpnes vises en teller for hvor mange dager, timer og minutter vedkommende har vært røykfri. I tillegg står det hvor mye vedkommende har spart i perioden personene har vært røykfri. På hovedbilde kan man gå inn på menyen "konsekvenskroppen". Denne menyen viser ulike deler av og funksjoner i kroppen. De ulike kategoriene er hud, tenner, immunforsvar, kondisjon, potens og hormoner, helserisiko og svangerskap. Ved å trykke på de ulike kategoriene vises informasjon om hvordan røyk påvirker de ulike delene av kroppen. Eksempelvis under immunforsvar kommer det opp at *"røyking fører til dårligere lungefunksjon, og røyking kan begrense lungeutviklingen hos unge. De som røyker er mer utsatt for luftveissykdommer, kreft og hjerte- og karsykdommer"*.

På hovedbilde er det er valg som heter "hjelp", hovedbilde til appen er vist i Figur 5. Under "hjelp" har man fire valgmuligheter gitt som knapper. Disse knappene er "Flere råd og tips", "Stressa", "Hvordan har du det" og "Ring Røyketelefonen". Knappen "Flere råd og tips" gir flere praktiske råd knyttet til situasjoner og prosesser som skjer når man slutter. Kategoriene er "hva som skjer når man slutter å røyke", "motivasjon", "risikosituasjoner", "abstinenser", "giftstoffer i røyk" og "når suget melder seg". Under fanen "Stressa" kommer det opp også flere underkategorier. Disse er "Er du stressa eller sliten?", "Negative tanker", "Håndtering av stress", "Avslapping", "Visualisering", "Muskelavspenning", "Sorgfølelse", "Følelse av tomhet", "Sliter du med søvnen?" og "Trenger du ekstra hjelp og støtte?". Den siste fanen under "Hjelp" knappen er "Hvordan har du det?", her kan vedkommende rangere sitt eget humør i form av smilefjes som betegner kategoriene fra "topp" til "grinete". Rangeringen blir lagret på appen for at personen skal kunne om det er noen utvikling i humøret underveis i røykesluttprosessen.



Figur 5: Røykeslutt-app til Helsedirektoratet (Storvik, 2014)

Når man aktiverer appen kan man velge å motta pop-up meldinger. Disse meldingene er for å gi brukeren ekstra motivasjon. Eksempel på pop-up meldingene på Slutta er ”Hei! Å slutte å røyke er det viktigste du gjør for helsen din” eller ”Si til deg selv: N.O.P.E (Not One Puff Ever!). Si det høyt og med stolthet! Å ta et trekk fører lett til ett til og ett til og ett til...”

### 5.3.1 Erfaring fra Helsedirektoratet om Slutta

Helsedirektoratet gjennomførte i perioden 1.3.2013-3.7.2013 en undersøkelse om røykeslutt-appen Slutta (Janne Oftedal, e-post, 10.9.2014). Invitasjonen til å delta på undersøkelsen ble sendt ut via en pop-up meldinger tre uker etter brukerne hadde lastet ned appen. Av cirka 54 000 personer som fikk forespørsel om å delta på undersøkelsen var det 4 349 som deltok.

Av de som deltok i undersøkelsen var det 47 % menn og 53 % kvinner. Gjennomsnittlig alder på informantene var 28 år. Hovedvekten av dem som deltok, 48 %, var i aldersgruppen 16-24 år, mens cirka 20 % av deltakerne var over 35 år. Totalt hadde 23 % av informantene utdanning på høyskole/universitetsnivå, for respondenter eldre enn 25 år hadde 34 % på dette nivået. 4 % av de som besvarte undersøkelsen hadde grunnskole som høyest fullførte skolegang.

Fordelingen av antall personer for de ulike gruppene som besvarte undersøkelsen og hvordan de endret status er vist i Tabell 4. Undersøkelsen viste en endring i røykestatus blant informantene. Det var 59 % som røykte daglig når de lastet ned appen, tre uker etter var det 5 % som røykte daglig. Det var 12 % som røykte av og til når de lastet ned appen, mens det var 13 % som røykte av og til etter tre uker. Av de som lastet ned appen var det 29 % som ikke røykte, etter tre uker var 82 % som ikke røykte. Undersøkelsen viste også at 78 % av de som røykte daglig og 70 % av de som røykte av og til på tidspunktet de lastet ned appen,



rapporterte at de ikke lenger røykte tre uker etter nedlastningen (Janne Oftedal, e-post, 10.9.2014).

Tabell 4: Andel (%) med endring i røykestatus fra tidspunktet appen ble lastet ned til tre uker senere, n er antall i gruppen (Janne Oftedal, e-post, 10.9.2014).

	<b>Røyker daglig</b>	<b>Røyker av og til</b>	<b>Røyker ikke</b>
Røykte daglig (n=813)	8,0	14,0	78,0
Røykte av og til (n=164)	1,8	28,7	69,5
Røykte ikke (n=390)	0,5	3,8	95,6

Videre viste undersøkelsen at blant de som lastet ned appen for røykeslutt var det de som røykte daglig eller av og til tidligere, men som ble røykfri med appen som syntes at appen hadde vært til hjelp i stor eller noen grad. De som ikke hadde klart å gjøre endringer i forhold til røykmønster syntes ikke appen hadde vært til noen hjelp i røykesluttprosessen. Blant de som lastet ned appen for å holde seg røykfri var det de som hadde røyket daglig eller av og til tidligere som fremdeles var røykfri når undersøkelsen ble gjennomført som i størst grad var fornøyd med appen (Janne Oftedal, e-post, 10.9.2014).

Basert på undersøkelsen mente Helsedirektoratet at det var viktig å understreke at av de som sluttet å røyke var en andel som ikke syntes at appen hadde hjulpet. Samtidig understreket dem at det var mange som ikke hadde klart å slutte å røyke som syntes appen var nyttig. Dette viser at resultatene ikke er ensidige og at det er ulike oppfatninger rundt bruken av appen i undersøkelsen (Janne Oftedal, e-post, 10.9.2014).

Helsedirektoratet sin konklusjon av undersøkelsen er at Slutta er en suksess. Konklusjonen er basert på at det var 85 000 personer som hadde lastet ned appen i løpet av ni måneder og at flere personer rapporterte at de hadde hatt effekt av appen i forbindelse med røyk eller snuslutt. Samtidig fremhever Helsedirektoratet at undersøkelsen ikke kan konkludere om hvor effektiv Slutta appen er som sluttmetode for røyking eller snusing, og at ingen er garantert å bli røykfrie selv om de velger å bruke appen.

#### **5.4 Studier angående livsstilsendring og bruk av app**

Gjennomførte undersøkelser finner ingen tidligere studier som omhandler hvilke opplevelser og erfaringer brukere av Slutta og Røykeslutt har. Av forskning gjort på apper er det hovedsakelig kvantitative studier. Det er flest studier gjort for bruk av app og om appen gjorde at det ble enklere å gjennomføre en livsstilsendring.

Det er gjennomført to studier ved Universitetet i Oslo angående ”personal change programs”. Det er interaktive apper som skal gjøre røykeslutt enklere. Deltakerne på studiene brukte nikotinerstatningspreparater i tillegg til den interaktive appen. Begge studiene viste at programmet hadde en positiv påvirkning ved røykeslutt og at det var større mulighet for å lykkes med røykeslutt hvis vedkommende brukte appen (Brendryen et al., 2008, Brendryen and Kraft, 2008).

En annen studie viser at å bruke app ved endring av levevaner kan være positivt for resultatet. Studiet var et randomisert klinisk forsøk som fulgte personer som hadde vært innlagt på institusjoner på grunn av alkoholisme. Deltakerne ble delt i to grupper, hvor kun den ene gruppen brukte en app. Det ble gjort signifikante funn. Funnene viste at de som brukte appen hadde mindre risiko for dager hvor de drakk alkohol enn de som var i gruppen som ikke brukte appen (Gustavson et al., 2014).

En doktorgradsavhandling av Naoe Tatara (2014) om den norske diabetesappen viste at det er viktig å involvere brukerne når appen er under utviklingen. Studien viste også at nytten av bruken av appen var avhengig av hvor mye personene hadde brukt apper tidligere, livsstil og grad av sykdom. (Tatara et al., 2013).

En litteraturstudie i forhold til bruk av app ved håndtering av astma (Marcano et al., 2013) baserer seg på to kliniske studier. Den ene studien viste at bruk av app ikke hadde noen signifikant påvirkning i forhold til astma symptom score, livskvalitet relatert til sykdom eller antall besøk til sykehus/legevakt. Den andre studien viste motsatt resultat ved at det ble færre sykehusbesøk når app ble brukt, bedret lungefunksjon og bedre livskvalitet. Ingen av studiene hadde signifikante funn og Marcano med medarbeidere konkluderer med at det bør gjøres flere undersøkelser hvor man har mindre kliniske forskjeller på intervensjonen og kontrollgruppene enn disse to studiene hadde (Marcano et al., 2013).

## **5.5 Oppsummering av kapittel 5**

I de siste årene har det vært mye utvikling av ulike typer helse-apper og antall brukere av slike apper har økt kraftig. Både LHL og Helsedirektoratet har utviklet røykeslutt-app, henholdsvis Røykeslutt og Slutta. Totalt har appene blitt lastet ned 195 000 ganger fra lansering i 2012 og 2013 frem til 15.02.14. Det foreligger ingen offentlig tilgjengelig forskning på hvordan brukere av de norske røykeslutt-appene opplever å bruke appen. Annen forskning viser at det er positivt for brukere med interaktive apper i forhold til røykeslutt. Forskning viser også at det kan være positivt å bruke apper i forhold til rusproblematikk, diabetes og håndtering av astma.

Undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet viser at hovedparten av de som lastet ned appen og som besvarte undersøkelsen hadde hatt effekt av røykeslutt-appen. Imidlertid kunne ikke undersøkelsen konkludere med at Slutta er effektiv i forhold til røykeslutt.

Konklusjonen fra undersøkelsen viste også at bruk av appen er ingen garanti for å bli røykfri.

## **Kapittel 6 Metode**

I dette kapitlet vil metoden som er brukt i oppgaven bli presentert, både som generell teori og hvordan metoden har blitt brukt. Teori og praksis om hvordan etikken er ivaretatt, hvordan analysen er utført og hvordan overførbarhet skal ivaretas blir beskrevet. Metodediskusjonen gjøres i kapittel åtte.

### **6.1 Kvalitativ metode og design**

I oppgaven har det blitt brukt kvalitativ metode. I kvalitativ metode er det et mindre utvalg av enheter som studeres inngående. Kvalitative metoder brukes for å avdekke nyanser med tanke på menneskelige egenskaper, som menneskers opplevelser, forventinger, motivasjon, tanker og holdninger (Malterud, 2011). Metoden egner seg for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper til det som skal bli studert (Malterud, 2002).

Ved å bruke kvalitativ metode i oppgaven var det mulig å finne ut hvordan informantene opplevde røykeslutt prosessen og hvilke opplevelser og erfaringer de hadde med røykeslutt-appene. Kvalitativ metode er blitt brukt fordi oppgavens problemsstilling er å studere hva informantene følte og erfarte når de brukte røykeslutt-app

Kvalitativ metode gjennomføres med en datainnsamling, design, som kan være alt fra dokumentanalyse, intervju og observasjon. Det kvalitative designet som ble valgt for å besvare problemstillingen er forskningsintervju. Et forskningsintervju er en profesjonell samtale hvor hensikten er å produsere kunnskap om et fenomen som opptar både den som intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale and Brinkmann, 2010). Intervjuet er ikke en likeverdig samtale siden intervjuer definerer temaene i samtalen og kontrollerer samtalen. Den som blir intervjuet blir styrt slik at intervjuer får kunnskap om temaet som er bestemt for samtalen. Et forskningsintervju har få retningslinjer og standardprosedyrer, det gjør at mange beslutninger for videre progresjon i intervjuet må gjøres under intervjuet (Kvale and Brinkmann, 2010). Ved et kvalitativt forskningsintervju skal intervjuer ha et fenomenologisk perspektiv. Et fenomenologisk perspektiv er å prøve å forstå meninger og handlinger ut fra intervjuobjektet sitt perspektiv. For å forstå meningene og handlingene til informantene er det viktig at intervjuer ikke er forutinntatt under intervjuet. Under intervjuene som er gjennomført tilknyttet denne masteroppgaven ble det derfor aktivt jobbet med å nullstille eget perspektivet forut for samtalen. Dette ble gjort ved å benytte en intervjuguide, som sikret at

alle ble stilt de samme spørsmålene. I tillegg ble det stilt mange oppfølgingsspørsmål for å få forståelse for intervjuobjektens ståsted i forhold til erfaringer og opplevelser med bruk av røykeslutt-appen. I tillegg ble det stilt kontrollspørsmål, dette for å være sikker på at det som ble oppfattet faktisk var det informantene mente.

## **6.2 Informanter, inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering**

Når det ikke fremkommer ny informasjon i forbindelse med intervjuer har det i et kvalitativt studie blitt gjort nok intervjuer (Kvale and Brinkmann, 2010). Etter at syv personer hadde blitt intervjuet i dette studiet fremkom det ikke noe nytt fra informantene tilknyttet spørsmålsguiden og oppfølgingsspørsmålene. Syv informanter er antakeligvis ikke et uttømmende antall, ved større prosjekt bør flere intervjues for å få et bredere perspektiv.

Inklusjonskriterier for å kunne delta i intervjuene var at personen skulle:

- Ha fylt 18 år da intervjuet ble gjennomført.
- Ha røykt i mer enn tre år.
- Ha røykt 10 eller flere sigaretter om dagen.
- Ha røykt innen 30 minutter etter de hadde stått opp på morgningen.
- Ha gått på røykesluttkurset ”røykfri sammen” i regi av Frisklivssentral.
- Ha benyttet en røykeslutt-app.

Eksklusjonskriterier for å kunne delta i intervjuene var at personen hadde brukt:

- Individuell veiledning for å klare å bli røykfrie.
- Ingen form for oppfølging for å bli røykfrie.
- Bruk av medikamentene Champix eller Zyban, samt NEP preparater.

Personene til intervjuene i studiet ble rekruttert ved at de ble kontaktet per telefon etter at de hadde deltatt på røykesluttkurs ved Frisklivssentralen våren 2014. Telefonoppringningen ble foretatt av en uavhengig person som verken ledet kurset eller gjennomførte studiet. I telefonsamtalen ble det gitt informasjon om oppgaven, at det var frivillig å delta og informasjon om at deltakelse på studiet ikke hadde noen betydning for eventuelt ønske om videre oppfølging på Frisklivssentralen. Etter samtalen fikk informantene tilsendt informasjon og informert samtykke, se vedlegg 1, per post eller e-post. Intervjuet ble gjennomført cirka en

uke etter telefonsamtalen. En uke ble valgt for tid mellom telefonsamtale og intervju for at informantene skulle få tid til å vurdere om de ville bli intervjuet eller ikke.

### **6.3 Intervjuet og gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene ble utført ved bruk av semistrukturert intervju, se vedlegg 2. Semistrukturert intervju er en samtale som har plan og en struktur, men det kan stilles oppfølgingsspørsmål og det er rom for at deltakeren skal kunne komme med utfyllende svar. Ved å velge denne formen for intervju kan man forvente mer spontane, levende og uventede svar enn ved et intervju med strenge rammer for intervjuprosessen (Kvale and Brinkmann, 2010).

Under intervjuene ble det brukt en intervjuguide med ulike temaer for å dekke problemstillingen. Intervjuguiden inneholdt også forslag til spørsmål, se vedlegg 2. Bruk av intervjuguiden strukturerte intervjuet og det ble gitt svar på spørsmål som var utformet basert på problemstillingen (Kvale and Brinkmann, 2010).

Intervjuguiden bestod av en innledningsdel, en hoveddel og en avslutningsdel. Innledningsdelen var en kartlegging av tidligere røykemønster, eksempelvis hvor mange sigaretter personen hadde røykt daglig og hvor lang tid det tok fra personen sto opp til vedkommende tok sin første røyk. Hoveddelen bestod av kartlegging av hvordan personen hadde brukt appen, erfaringer med og opplevelser av appen og hvordan den eventuelt hadde påvirket røykesluttprosessen. I hoveddelen ble det også stilt spørsmål om motivasjonen under prosessen og om hvordan den eventuelt endret seg gjennom forløpet. Avslutningsdelen kartla blant annet om og hvordan vedkommende tenkte appen kunne være nyttig for andre personer, og hvilke deler av appen som hadde vært spesielt viktig under prosessen.

Intervjuene ble gjennomført på et samtalerom. Før intervjuet startet ble informasjonen som deltakerne hadde fått gjennomgått. Deretter måtte de signere det informerte samtykke de hadde fått tilsendt. Det ble gitt informasjon om at lydopptak av intervjuet skulle skje på to digitale lydopptakere for å sikre god lyd kvalitet, at lydopptaket deretter skulle transkriberes og slettes. Informantene fikk også opplysninger om hvordan lydopptaket og det transkriberte intervjuet skulle lagres og oppbevares. I tillegg ble det gitt informasjon om at deltakeren når som helst kunne stoppe intervjuet og trekke seg fra studiet. I denne delen av samtalen fikk de anledning til å stille spørsmål. Når deltakerne var klare for å starte intervjuet ga de et

klarsignal for det. Alle informantene som møtte til intervju skrev under det informerte samtykke. Ingen avbrøyt intervjuet, og det har ikke kommet noen henvendelser om å slette datamateriale i etterkant av intervjuene.

## **6.5 Databehandling**

Intervjuene blir gjort med lydopptak med to digitale lydopptakere. Når lydfilene ikke ble prosessert var lydopptakene innelåst. Lydfilene ble transkribert innen tre dager etter gjennomført intervju. Transkribering vil si at lydfilene blir gjort til tekst (Kvale and Brinkmann, 2010). Transkriberingen ble gjort som beskrevet i litteraturen, ved at det har blitt lyttet på lydfilen og deretter skrevet ordrett ned hva som har blitt sagt på lydfilen (Kvale and Brinkmann, 2010). Etter at alt var skrevet ned ble det lyttet på opptaket samtidig som transkripsjonen ble lest. Dette for å være sikker på at det var samsvar mellom lyd og tekst. Etter lydfilene var ferdig transkribert ble lydfilene slettet fra begge lydopptakerne. Ingen personlige opplysninger har vært lagret på de digitale lydopptakerne.

## **6.6 Analyse**

All vitenskapelig forskning krever en form for filtrering og reduksjon (Malterud, 2011). For at filtreringen og reduksjonen skal være hensiktsmessig er det viktig å arbeide på en systematisk måte. At en metode er benyttet flere ganger tidligere i tilsvarende studier kan være en indikasjon på at det er en velegnet metode (Malterud, 2011). Giorgis fenomenologiske analyse er brukt mange ganger tidligere og er nøye forklart i metodelitteraturen. Metoden som er modifisert og beskrevet i Malterud (2011) er valgt for denne oppgaven. Giorgis fenomenologiske analyse ble valgt fordi denne metoden er opptatt av å få kunnskap om erfaringene og livsverden som informantene har innenfor et bestemt felt. Metoden ble vurdert som rett for å finne ut av erfaringene som informantene hadde i forhold til å bruke røykeslutt-app ved røykeslutt.

Selv om det er valgt en fenomenologisk analyse vil analysen være basert på tolkninger av datamaterialet, deriblant en tolkning av de menneskelige meningene, følgende hermeneutisk forståelse (Malterud, 2011). I oppgaven har det blitt jobbet med å representere informantene sine stemmer og med å sette forforståelsen og den teoretiske bakgrunnen til side, derfor er det kun den fenomenologiske analysen som vil bli beskrevet i oppgaven.

### *6.6.1 Giorgis fenomenologiske analyse*

Hensikten med Giorgis fenomenologiske analyse er å få kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden (Malterud, 2011). Fokuset i metoden er å finne de vesentlige kjennetegnene og det essensielle ved fenomenet som blir studert. For å klare dette må egen forforståelse settes til siden, det er egentlig umulig, men det er viktig å prøve for å oppnå et reflektert forhold til egen forståelse (Malterud, 2011). Under gjennomføringen av oppgaven ble det fokusert på å jobbe med egen forståelse. Metoden var å skrive opp liste over momentene som det ble forventet å finne. Det var også viktig å prøve å nullstille tankene før intervjuene slik at man kunne jobbe ut fra et så nøytralt utgangspunkt som mulig.

Det er anbefalt å utføre den modifiserte versjonen av Giorgis fenomenologiske analyse i fire trinn (Malterud, 2011).

Første trinn er å få et helhetsinntrykk av datamaterialet. Dette gjøres ved at man leser gjennom hele teksten for å få oversikt over materiale, og ved dette gjenkjenner man tema som er interessante (Malterud, 2011). Det å fokusere på helheten og ikke være detaljfokusert er viktig på dette trinnet. Det vil være nødvendig å sette forforståelsen og de teoretiske perspektivene til side, for å være åpen for alle inntrykk som kan komme ved gjennomlesing av materialet. Dersom man benytter for mye av eksisterende personlig kunnskap for forståelse av teksten man leser, vil dette kunne medføre at man går glipp av viktig kunnskap og får galt helhetsinntrykk. I dette trinnet skal man også å finne foreløpige temaer for videre analyse. Dersom man bare finner temaene i intervjuguiden, kan det være en indikasjon på at forforståelsen har blitt fulgt (Malterud, 2011).

I denne oppgaven ble første trinn gjennomført ved at alle de transkriberte intervjuene ble lest og det ble dannet et helhetsinntrykk av disse. Intervjuene ble lest flere ganger for å få en god oversikt. Deretter ble forslag til ulike hovedtemaer og kategorier bestemt. Forslagene var basert på hva deltakerne fortalte og hvordan de vektla ulike hendelser. Hovedtemaene som ble satt opp var ”motivasjon”, ”erfaringer med appen”, ”opplevelser av appen”, ”utfordringer med røykeslutt”, ”røykeslutt generelt”, ”røykeslutt-app”, ”appen for andre”, ”fordeler og ulemper med app” og ”livsstilsendring”. Det ble satt opp mange kategorier, det ble ansett som hensiktsmessig for å få oversikt over teamene, for videre kunne gå dypere inn i datamateriale.



Andre trinn i Giorgis fenomenologiske analyse er å identifisere meningsbærende enheter. Det skal velges ut tekstbiter som bærer kunnskap. Disse tekstbitene skal det jobbes videre med og de skal kodes (Malterud, 2011). De meningsbærende enhetene er ikke avgrenset av tradisjonelle språkelementer som setninger. Det viktige er å ta med de enhetene som gir ny kunnskap og det er bedre å ta med for mye stoff enn for lite. Det må finnes ut om det er noen temaer som skiller seg ut og som derfor er viktigere å inkludere i analysen. Har feil tema blitt inkludert i trinn en kan de bli tatt ut under trinn to av metoden. Uttakelse av tema skrives i prosjektloggen for å kunne dokumentere hva som har skjedd under analysen. I tilfelle det er behov for å inkludere et nytt tema må stoffet gjennomgås på nytt for å forsikre at man har fått med seg alle de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011).

Trinn nummer to ble i denne oppgaven gjennomført ved at de transkriberte intervjuene ble gjennomgått på nytt og tekstbiter som gav mening og som fremkom med konkrete utsagn ble tatt ut for videre bearbeidelse. Teksten ble fordelt på de ulike kategoriene som ble satt opp i trinn en. Mye av teksten ble tatt med da mye ble ansett som viktig, og det var utfordrende å trekke ut det som gav aller mest mening. Det ble gjort endringer i forhold til tema/kategorier. Kategoriene ”utfordringer med røykeslutt” og ”røykeslutt generelt” ble en kategori kalt ”røykeslutt”. Kategoriene ”røykeslutt-app” ”appen for andre” og ”fordeler og ulemper med appen” ble slått sammen til kategorien ”røykeslutt-app”. Disse sammenslåingene ble ansett som hensiktsmessig siden de enkelte kategoriene inneholdt lite tekst.

Tredje trinn er å abstrahere kunnskap fra kodegruppene (Malterud, 2011). Kun de meningsbærende enhetene funnet i trinn to skal bli benyttet. De meningsbærende enhetene som ble kodet sammen i trinn to skal nå deles opp igjen og meningene skal hentes ut. Dersom noen kodegrupper kun inneholder få meningsbærende enheter skal det vurderes om disse enhetene kan flyttes enkeltvis over til andre kodegrupper eller at hele kodegrupper slås sammen. Motsatt så kan enkelte kodegrupper være så omfattende at det blir hensiktsmessig å dele de opp. Videre skal hver kodegruppe studeres for å finne de mest interessante funnene. Ved behov kan det dannes subgrupper som underkategorier for kodegruppene (Malterud, 2011).

Trinn tre ble i denne oppgaven gjort ved at de ulike utdragene fra teksten som gav mening og som det hadde blitt funnet frem i arbeidet på trinn to ble jobbet videre med for å finne ut hvilken betydning utsagnene hadde for å kunne besvare problemsstillingen. Det var mye tekst

å bearbeide og det ble jobbet mye for å finne ut hva som var de viktigste meningsbærende utsagnene. Kategoriene som kom frem under trinn to ble beholdt. De var såpass store at teksten passet i dem og de var håndterlige slik at det ikke var behov for ytterligere oppdeling. Tekst som ikke besvarte problemstillingen ble lagt til siden.

Fjerde trinn er å sammenfatte funnene og gjenfortelle. Datamaterialet skal settes sammen igjen, altså rekontekstualiseres. Funnene skal gjenfortelles og det kan gjøres med nye ord og begreper, men informantene sine stemmer og holdninger skal ivaretas slik at de kan gjenkjenne det de har fortalt. I denne fasen skal de elementene som har vært oppdelt settes sammen igjen og det skal vurderes om de sammensatte bitene fremdeles gir mening i den konteksten den er hentet fra (Malterud, 2011).

Resultatet av trinn fire i denne studien er kapittel syv i denne oppgaven. Datamaterialet har blitt satt sammen igjen og funnene har blitt gjenfortalt med nye ord og begreper. Imidlertid har det blir valgt å ivareta informantene sine stemmer og holdninger ved å bruke enkle sitater fra de transkriberte intervjuene. Resultatdelen er blitt fremstilt slik at den vil gi mening i den konteksten som materialet er hentet fra.

## **6.7 Innsamling av erfaringsbaserte data fra Frisklivssentralen**

For å berike intervjudataene har det blitt foretatt en times samtale mellom kandidat og ansatt på Frisklivssentralen, begge to ansatt på samme Frisklivssentral. Samtalen gjaldt livsstilsendringer, faktorer som kan påvirke livsstilsendringer, røykeslutt og hvordan deltakerne på en frisklivssentral erfarer å bruke røykeslutt-app i røykesluttprosessen. Erfaringene er hentet fra både røykesluttkurs og individuelle samtaler.

Det er kun utarbeidet håndskrevet feltnotater fra samtalen. Feltnotatene er ikke analysert, de er kun ment som et supplement til intervjudataene. De er presentert i kapittel 7.5

## **6.8 Etikk**

### *6.8.1 Forskningsetiske retningslinjer*

Verdens legeförening har utarbeidet Helsinkideklarasjonen (Malterud, 2011). Deklarasjonen omhandler etiske prinsipper til rettledning for leger og andre som utfører medisinsk forskning

som omfatter mennesker. Den daglige forvaltningen av reglene er at medisinske forskningsprosjekter må meldes til de regionale komiteene for medisinsk forskning (REK). Også alle studentoppgaver som skal oppfylle vitenskapelige krav og som har til mål å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom må meldes til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2012). Hensikten med prosjektet er ikke å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom men å finne opplevelser og erfaringer personer hadde med å bruke app ved røykeslutt. På grunn av oppgavens hensikt var det ikke nødvendig å melde prosjektet inn til REK.

Prosjektskissen ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for vurdering av prosjektet i forhold til Personvernloven. NSD er et kompetansesenter som Norges miljø- og biovitenskapelige universitet har valgt for veiledning og godkjenning av prosjekter som faller inn under Personvernloven. NSD vil vurdere personvern med hensyn til datainnsamling og presentasjon av funn (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, 2014). Prosjektskissen ble godkjent av NSD. Prosjektet er utført i henhold til prosjektskissen og følgende er prosjektet i henhold til Personvernloven. Tilbakemeldingen fra NSD er gitt i vedlegg 3.

#### *6.8.2 Informert samtykke*

Informantene fikk før intervjuet et informasjonsskriv om prosjektet tilsendt per e-post eller post, se vedlegg 1. Det ble også innhentet informert samtykke, se vedlegg 1. Før intervjuet gikk intervjuer og informant gjennom samtykkeskjema. Det er lovfestet at samtykke skal være informert, frivillig og dokumentert (Helseforskningsloven, 2008). Det skal også informeres om at samtykket når som helst kan trekkes tilbake (Helseforskningsloven, 2008). Samtykket brukt i denne oppgaven følger de lovfestende kravene og er godkjent av NSD.

Under et intervju kan personer komme med uttalelser som gjør at vedkommende ønsker å trekke seg fra prosjektet. Det er derfor viktig at informanten får nok informasjon til å kunne si nei til å delta eller trekke seg fra studien dersom hun eller han ønsker det (Malterud, 2011). Dette blir ansett som ivaretatt i denne studien da informantene fikk tilsendt informasjon skriftlig og eventuelle misforståelser kunne bli oppklart ved samtale før intervjuet. Alle informantene hadde skjont det informerte samtykke når det ble gjennomgått og ingen hadde spørsmål eller innvendinger til det.

### *6.8.3 Konfidensialitet /taushetsplikt*

Ifølge Helseforskningsloven (2008) har enhver person som får tilgang til helseopplysninger eller andre personopplysninger som blir behandlet gjennom et forskningsprosjekt plikt til å hindre at andre får tilgang til opplysningene. I denne oppgaven ble det ikke spurt om direkte identifiserbare personopplysninger. Andre tiltak var at lydopptakene ble oppbevart i en låsbar skuff frem til transkriberingen og deretter slettet. Videre ble de transkriberte intervjuene oppbevart innelåst og det er ingen personlige opplysninger i oppgaveteksten. Disse valgene og tiltakene ble gjort for å oppfylle kravene i Helseforskningsloven (2008).

### *6.8.4 Tilbakeføring*

Ifølge forskningsetiske retningslinjer har forskeren en etisk plikt til å tilbakeføre resultatene til menneskene som blir studert (Fangen, 2010, Magnus, 2009). Tilbakeføringen skal være i en lett forståelig form, sikre at intervjudeltakeren føler seg ivaretatt, at vedkommende får mulighet til å se hva den har bidratt til og hva resultatet av oppgaven har blitt (Fangen, 2010, Magnus, 2009). For å ivareta informantene vil alle få tilbud om å få oppgaven tilsendt slik at de kan lese oppgaven.

### *6.8.5 Forske på egen arbeidsplass*

Informantene ble rekruttert blant deltakere på røykesluttkurs på egen arbeidsplass. Det gjorde at det måtte tas hensyn under rekrutteringen av informantene og under gjennomføringen av prosjektet. Dette for å ivareta etikken og følge prosjektet sin gyldighet. Med hensyn til etiske retningslinjer var det viktig å informere om og understreke at deltakelsen i prosjektet var frivillig og at den ikke hadde noen betydning for eventuell videre oppfølging ved Frisklivssentralen. Det var også viktig å informere om at opplysninger som kom frem på røykesluttkurset ikke ville brukes i prosjektet, hvis de ikke ga samme informasjonen i intervjuet. Det ble ikke opprettet journal på deltakerne på røykesluttkurs, dermed ble det ikke mulighet til å blande forskningsprosjektet og journal. Respondentene ble også informert om at intervjuer har taushetsplikt slik at det som kom frem på intervjuet ikke ville bli brukt ved senere anledninger på Frisklivssentralen. Ved gjennomføringen av de nevnte tiltakene ble etikken i prosjektet ivaretatt og prosjektet har etisk gyldighet (Personvernombudet for forskning, 2012).

## **6.9 Oppsummering av kapittel 6**

Gjennomføringen av oppgaven ble gjort ved å bruke kvalitativ metode, med designet forskningsintervju. Det ble gjennomført syv forskningsintervju i studien. Informantene ble rekruttert etter at de hadde gjennomført røykesluttkurs ved en Frisklivssentral. Personene ble rekruttert ved at en uavhengig person spurte om de ville delta. Deltakerne fikk tilsendt informasjon/ informert samtykke. Informasjonen og samtykke ble gjennomgått i forkant av intervjuet, og samtykke underskrevet. Intervjuet ble tatt opp av to digitale lydtkilder, for videre å bli transkribert. Datamaterialet ble analysert med bruk av Giorgis fenomenologiske analyse som har blitt modifisert av Malterud (2011). Tilbakeføringen av resultatene til informantene blir ivaretatt da sensur foreligger, de vil da få tilbud om å få tilsendt oppgaven.

Etikken er ivaretatt i oppgaven ved å følge NSD sine krav tilknyttet Personvernloven, taushetsplikten er ivaretatt av forskeren og det er tatt hensyn til forutinntattheten som kan forekomme ved forskning på egen arbeidsplass.

## **Kapittel 7 Resultater**

I dette kapitlet vil resultatene som er relevante for problemsstillingen og de ulike momentene som ble ansett som relevante i kapittel 1.2 bli presentert. Kapittel 7.1 til 7.4 vil være resultater ut fra intervjuene. Kapittel 7.5 presenterer erfaringer fra Frisklivssentralen.

### **7.1 Bakgrunnsinformasjon**

Det var syv informanter i prosjektet. Alle syv var kvinner. Kvinnenes alder varierte fra 23 til 67 år, med gjennomsnitt på 37 år. Hvor lenge de hadde røykt varierte fra 5 til 40 år. Kvinnene røykte gjennomsnittlig 15 røyk om dagen, variasjonen var på mellom 10 til 20 røyk om dagen. Alle røykte innen det var gått 30 minutter etter de hadde stått opp om morgenen. Tiden fra de hadde stått opp til første sigarett varierte mellom 5 og 30 minutter, gjennomsnittet var 23 minutter. Informantene hadde ulikt røykemønster, det vil si at de var ulike i forhold til hvilke situasjoner de røyket i, hvilken røyk de syntes var best i løpet av døgnet og hvilke utfordringer de så med å bli røykfri, se tabell 5.

Alle informantene hadde prøvd å slutte å røyke tidligere, og alle følte at de hadde tatt læring av tidligere røykeslutforsøk. Hvor mange ganger de hadde prøvd å slutte å røyke var varierende. De hadde hatt røykeslutforsøk som varte lenger enn en dag fra 2 til 4 ganger, se tabell 5. Informant B, C og D hadde hatt flere røykeslutforsøk enn det de oppgav, men de hadde da kun vært røykfri opptil et døgn, og telte ikke dette som en røykeslutt for seg selv. Informant A, B, D og G hadde hatt røykeslutforsøk som hadde vart i flere måneder, maksimalt opp til 18 måneder. Hos disse fire var røykeslutforsøkene relatert til svangerskap og amming. Informant A, B, D, E og G fortalte at de hadde tenkt på å bli røykfri i en lengre periode, lengden på perioden varierte mellom to til åtte måneder.

Når intervjuene ble gjennomført hadde informant B, E og F begynt å røyke igjen. E og F ville gjøre et nytt røykeslutforsøk innen det kommende halvåret, men informant B var usikker på hvor lenge det skulle gå før hun ville prøve å slutte å røyke igjen. Informantene A, C, D og G var fremdeles røykfrie. Ingen av informantene som fortsatt var røykfri hadde røyksug og de så ikke for seg at de skulle begynne å røyke igjen.

Tabell 5: Bakgrunnsinformasjon om informantene, syv kvinner i alderen 23-67 år.

N=7	Røykt i antall år	Sigarettermerke personen Røykte	Antall røyk pr dag	Antall minutt fra personen står opp til første røyk	Antall tidligere røykeslutt - forsøk	Begynt å røyke igjen etter røykeslutt med app?
A	21	Marlboro	15	5	2	Nei
B	24	Rød Prince	20	30	2	Ja
C	13	Marlboro	15-20	15	2	Nei
D	20	Prince mild	15-20	20	3	Nei
E	13	Marlboro	10-12	30	4	Ja
F	5	Prince mild	20	30	3	Ja
G	40	Marlboro	15	30	3	Nei

## 7.2 Årsaker til å slutte å røyke

Informantene hadde sammenfallende og ulike grunner til at de ønsket å slutte å røyke.

Alle informantene ønsket å slutte å røyke på grunn av mulige negative helsekonsekvenser på grunn av røyking. Frykten for å få sykdommer som kan relateres med tobakksforbruk og for å dø tidlig var den faktoren som alle oppgav som hovedmotivasjon. Sykdommene kreft, hjertekar sykdommer, hjerneslag og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) ble nevnt av informant A, B og D. Informant D fortalte:

*”jeg tenker jo mitt om sykdommer, jeg har jo ikke lyst til å dø tidligere enn det jeg trenger på grunn av røykingen, det er det ikke verdt (...) Så ville jeg jo slutte selv og fordi jeg var bekymret for sykdommer, hatt flere som jeg kjenner som har fått kreft, og så har jeg tenkt at jeg som har røyka såpass lenge, jeg har jo bare større og større risiko for sykdommer”*

Andre faktorer tilknyttet helsen var og motivasjon for å slutte å røyke. Faktorer som ble nevnt var bedre kondisjon, bedre pust ved trening, økt blodsirkulasjonen, bedre luktesans, hud med bedre glans, mindre misfarging av tennene, lettere å få operasjoner og lettere å bli gravid. Økt mulighet for å bli gravid ble nevnt av informant C og F, disse to er 30 år eller yngre.

Økonomi var også en felles motivasjonsfaktor. Alle viste at de brukte mange tusen kroner på røyk hvert år. Motivasjonen for informantene B og D var å kjøpe seg helt konkrete

gjenstander for pengene de sparte på å være røykfri. Informant C og G følte at pengene forsvant selv om de ikke røykte, men tenkte det var bedre å bruke penger på annet enn tobakk. Alle respondentene syntes de hadde brukt for mye penger på røyk og de syntes det var viktig å spare pengene eller bruke penger på andre formål. Informant C uttrykte:

*”det er jo helt utrolig at jeg klarte det under studenttiden, da har man liksom 8 000-9 000 i måneden å leve på hvis man ikke jobber og så prioriterte jeg faktisk å røyke, det er ganske vilt når man ser det i etterkant”*

Motivasjonen for å gjøre et røykeslutforsøk var også relatert til ønske om å være et bedre forbilde, spesielt gjaldt dette med hensyn til barn og/eller barnebarn. Informant B fortalte:

*”barna trenger jo et bedre forbilde, et forbilde som ikke røyker, jeg er jo skikkelig bekymra for at barna mine skal begynne å røyke, det ønsker jeg jo ikke”*

Informant A fortalte:

*”unga begynte liksom å lekerøyke, de begynte liksom å late som de røykte, tok hånden opp til munnen og tok drag før de blåste ut, og da fant jeg ut at det var på tide å slutta”*

Informantene A, B, D og G, som har barn og/eller barnebarn, var bekymret for at barna og/eller barnebarna skulle begynne å røyke. De ble derfor motiverte av å vite at de ble bedre forbilder og dermed indirekte kunne være med på å redusere sjansen for at barna og/eller barnebarna skulle begynne å røyke.

For informant A, C, D, F og G gav det motivasjon at familie, kjæreste og venner ønsket at de skulle slutte å røyke. Når de røykte fikk de negative tilbakemeldinger fra sin nærmeste omgangskrets og det gjorde inntrykk på dem. De ønsket å glede familie og venner med å slutte å røyke. Eksempelvis ville informant C slutte å røyke for da kunne hun være mer sammen med kjæresten sin inne istedenfor at hun gikk ut for å ta en røyk. Informant F ville glede foreldrene sine med å bli røykfri fordi de hadde ønsket det i flere år, hun følte at hun skyldte foreldrene dette. Informant A, D og G ville glede barn og/eller barnebarn som ønsket at foreldrene og bestemor skulle slutte å røyke.

Informant A, B og G ønsket å slutte å røyke for å ta tilbake kontrollen over fritiden. De var lei av at røyken bestemte aktiviteter gjennom dagen fordi de stadig tenkte på når og hvor de kunne ta neste røyk. Informantene ønsket ikke å stresse for å finne plasser eller tidspunkt som de kunne røyke, siden dette ga fritiden dårligere kvalitet på grunn økt stressopplevelse.



Informant A var lei seg for at hun hadde brukt tid på å røyke istedenfor å være sammen med barna sine.

Motivasjonen til informant G for å slutte å røyke var at det var blitt vanskeligere å røyke etter at røykeloven ble endret. Vanskeligere å røyke, fordi lovendringen ga færre steder hvor det er lov å røyke. Hun fortalte:

*”man føler at man flyr rundt som en tulling for å få tatt en røyk”*

Informant B ville slutte å røyke fordi hun arbeidet på en røykfri arbeidsplass, og måtte derfor være røykfri 7,5 time hver arbeidsdag. Når hun måtte være røykfri på jobb ville hun bli røykfri på fritiden også. Hun fortalte:

*”da tenker jeg at det er bedre å slutte å røyke helt enn å ni-røyke før man skal på jobb og etter du har vært på jobb, da er det bedre å kutte ut, de 7,5 timene der er tøffe når de går mot slutten, og da tenker jeg at det bare er suget som kroppen har etter nikotin”*

Informant D og F ønsket å slutte å røyke på grunn av jobb i helsevesenet. De følte at det var ubehagelig for pasientene at de luktet røyk når de kom inn fra røykepause, spesielt for pasientene som ble kvalme av røyklukta.

Informantene så også ulemper med røykeslutt. Alle var bekymret over vektøkning i etterkant av røykeslutt. Alle uroet seg for mulige abstinenser, spesielt de psykiske abstinensene som uro og irritabilitet. Eksempelvis nevnte informant A at ved forrige røykeslutforsøk var hun irritert både på ektefelle og barn og hun ønsket ikke at det skulle skje denne gangen. Flere var bekymret over at de ville gjøre en dårligere innsats på jobben på grunn av nedsatt konsentrasjon i perioden de sluttet å røyke.

## **7.3 Appen – årsak, opplevelser og erfaringer**

### *7.3.1 Hvorfor bruke app og valg av app*

Informantene lastet ned appen etter at de fikk de anbefalt av venner, helsepersonell eller på røykesluttkurs. Informant A, C, E og F, som var de yngste deltakerne i studien, hadde fått vite om appen fra venner. De opplevde at appen gav vennene motivasjon og var en god støtte under røykesluttprosessen, det gjorde at informantene også fikk lyst til å prøve appen.

Informant F bestemte seg for å slutte å røyke da hun så venninnens app og hva hun oppnådde med å være røykfri. Informant B og G hadde fått vite om appen på røykesluttkurset.

Informant D hadde fått vite om appen via en nettside for røykeslutt.

Informantene hadde ulike forventninger til appen før de tok den i bruk. Informant A, C, E og F som hadde fått den anbefalt fra venner hadde forventninger om at den kunne gjøre røykesluttprosessen lettere. Informant F fortalte:

*”ja jeg hadde egentlig forventninger, for venninnen min var veldig veldig fornøyd, for hun, det med at man kunne se hvor mye hun hadde spart og sånn, og så begynte vi å prate om hva hun kunne kjøpe seg for de pengene, det var jo forslag om ting og sånn, og dette satte det i litt sånn perspektiv om hvor mye man faktisk kunne spare ved å slutte å røyke”*

De som fikk anbefalt appen via røykesluttkurs eller internettside hadde ingen forventninger til appen. De lastet ned appen fordi de tenkte at alle hjelpemidler som kunne føre til en enklere røykeslutt var verdt å prøve. Appen var i tillegg gratis slik at ingen følte at de tapte noe på å prøve den.

Informantene viste om og vurderte både Røykeslutt og Slutta appen. Alle valgte å bruke Slutta appen. Informant G valgte i tillegg å bruke Røykeslutt appen. Alle informantene oppgav årsaken til valg av app, var at de forbandt LHL med hjerte og lungesyke, siden de ikke var syke selv så valgte de Helsedirektoratet sin app. Alle informantene likte også designet på Slutta bedre enn Røykeslutt, de følte at dette designet var mer moderne og friskere. Slutta appen er utformet for målgruppen unge og unge voksne, men også deltakere utenfor målgruppen likte appen og syntes den fungerte godt. Informant A, C, D, F og G mente at Helsedirektoratet hadde god faglig tyngde angående røykeslutt så de tenkte at Slutta var den beste appen for dem.

### *7.3.2 Funksjoner og opplevelsen av å bruke røykeslutt-app under røykesluttprosessen*

Alle hadde brukt appen mest de to til fire første ukene i røykesluttprosessen. Hvor ofte de brukte den varierte. Hun som brukte appen minst var inne på den en til to ganger i uken, mens vedkommende som brukte den mest var inne på den tre til fire ganger om dagen, se tabell 6. Etter de første fire ukene reduserte de bruken til mellom en gang per dag til en til to ganger per uke

Informantene brukte de funksjonene de følte var mest hensiktsmessig å bruke. Informantene A, C og F hadde vært inne på alle funksjonene. Disse var også mest positive til appen og følte at den hadde gitt dem god støtte under røykesluttprosessen. De fire andre hadde brukt funksjonene konsekvenskroppen, kalkulatoren i forhold til økonomi, og telleren i forhold til

hvor mange dager personen hadde vært røykfri. Informantene A, C, D, F og G syntes at alle funksjonene på appen var gode. De mente at det var vanskelig å tilpasse en røykeslutt-app slik at den passet alle. Samtidig mente de at appen var såpass generell at alle kunne få nytte av den i en røykesluttprosess.

Funksjonen på appen som alle informantene syntes var nyttig var kalkulatoren som viste hvor mye vedkommende hadde spart på å ikke røyke. En annen funksjon som alle informantene også nevnte som en positiv opplevelse med appen var konsekvenskroppen. Den var nyttig for å se hvilke fordeler kroppen har ved å ikke få i seg giftstoffer. En tredje viktig funksjon for informantene var oversikten over hvor mange dager de hadde vært røykfri. De tre nevnte funksjonene var viktige for alle syv respondentene fordi de så at de hadde mye å oppnå ved å slutte å røyke. Ved å bruke appen hadde de kontroll på hvor mye penger de hadde spart, hva kroppen hadde sluppet å få i seg av giftstoffer, hvordan kroppen responderte på å slippe å få i seg giftstoffer og hvor lenge de hadde klart å være røykfri. De ble stolte av å se hva røykeslutt gjorde både for helsen og økonomien.

Informant A, C, D, F og G var også veldig fornøyde med pop-up meldingene og trakk frem det som den viktigste funksjonen. Spesielt var det viktig for dem de første to til fire ukene etter røykeslutt. De følte at meldingene gav dem støtte når det kom opp en melding om det positive som skjedde i kroppen eller melding om at de var flinke som klarte å gjennomføre røykeslutt. Appen gav dem en god selvfølelse fordi de følte seg sett. At meldingene bemerket at de var flinke som fortsatt var røykfrie, samtidig som de fikk en påminnelse om alle fordelene ved å fortsette å være røykfrie var en positiv opplevelse. De følte at meldingene førte til at de tok et aktivt valg, det å ikke røyke, og det gav dem stolthet fordi de fremdeles var røykfrie. Informant A fortalte:

*”I begynnelsen var den viktigste funksjonen for meg de pop-up meldingene, de kom jo veldig ofte i begynnelsen når jeg skulle bli røykfri, og de var viktige for meg, en god støtte, de fortalte meg hvor lenge jeg hadde vært røykfri og hvor flink jeg var, det var godt å høre der jeg gikk å lengtet etter røyken”*

Videre fortalte informant D:

*”den hjalp meg med å holde motet oppe, den gav meg liksom litt mer stå-på-vilje til å fortsette å være røykfri, de gav meg liksom motivasjon for å fortsette å være røykfri”*

Imidlertid var informant B og E av en annen oppfatning, de følte at pop-up meldingene ikke var positive. Informant B opplevde det negativt at det kom meldinger om røyk/røyksug og

mente at appen gjorde at hun fikk mer lyst på røyk og at det var noe av grunnen til at hun hadde begynt å røyke igjen. Hun følte det også som negativt at det kom meldinger om hvor flink hun var når hun ikke selv følte seg flink. Meldingene samsvarte ikke med den indre følelsen hun hadde og det gjorde henne irritert. Hun fortalte:

*”jeg ble liksom bare provosert over den og da var den jo selvfølgelig ikke så veldig bra, men jeg tenker jo egentlig at den var veldig bra, men det var vel også noe med min motivasjon, den dalte og appen klarte ikke å motvirke det, men det tror jeg aldri kunne skje heller, en app er liksom ikke så viktig for meg at den kunne klart å holde motivasjonen min oppe, det hjelper ikke noe å få en melding fra en app om at du er så flink når den indre følelsen min var at jeg ikke var flink, da ble meldingen bare poengløs”*

Informant B fortalte videre om pop-up meldingene:

*”det ble litt demotiverende egentlig, at jeg hele tiden fikk påminnelse om at jeg hadde vært røykfri i så og så mange dager, det var litt demotiverende i den forstand at da fikk jeg en påminnelse om at jeg drev å skulle bli røykfri, og av det ble jeg rett og slett litt røyksugen, det ble så mange påminnelser om at den røyken at jeg faktisk fikk røyksug av den, etter hvert så ble jeg liksom bare irritert på den”*

Informant E brydde seg heller ikke om pop-up meldingene. De gav henne motivasjon når hun hadde tid til å lese dem, men meldingene måtte komme på tidspunkt som det passet henne å lese meldingene. Hun følte at meldingene sjelden kom når hun ønsket og derfor var hun ikke så begeistret for meldingene. Informant E fortalte :

*”da motivasjonen min begynte å synke og jeg fikk bare mer og mer røyksug...og når man da fikk en melding om at man var så veldig flink så var det egentlig bare demotiverende, jeg var jo ikke flink, jeg fikk jo bare mer lyst på enda mer røyk av å få en slik melding om røyksug”*

En annen måte å bruke appen på var å bruke den som en avledning. Informantene A, C og F brukte appen aktivt som en avledning når de fikk røyksug. Informant C fortalte:

*”det viktigste for meg er bare å gjøre noe annet og begynne å tenke på noe annet enn den røyken, snu tankene bort på en måte, fra å ha lyst på en røyk til å se alle de gode tingene ved å ikke ta en røyk, det har liksom vært viktig for meg”*

Informant A fortalte at hun leste på appen om det positive som skjedde i kroppen hvis hun ikke tok en røyk når hun hadde lyst på en røyk. Å lese om dette gav henne en god opplevelse og det gjorde at hun valgte å ikke ta røyken. Informant F fortalte at hun var inne og leste på ulike ting på appen, det viktigste for henne var bare å få fokuset over på noe annet enn å ta røyken, det var ikke alltid så viktig hva hun leste. At hun klarte å fokusere på noe annet og overvinne lysten på å ta en røyk gjorde at hun opplevde å mestre situasjonen.

En annen faktor som gav tre av informantene en positiv opplevelse, var at appen var personlig. Det gjorde at de følte at den var mer troverdig og relevant. Informant F fortalte:

*”appen er min, den er ingen andre sin, det er ingen andre som trenger å gå inn på den for å se og det er heller ingen andre som trenger å sammenligne seg med meg, for den er min, og det synes jeg er veldig positivt, det er ikke noe generell greie, som alle andre røykekampanjer på tv og sånne bilder på røykpakken og sånn, de er liksom så generelle, de betyr liksom ikke noe for meg, men appen er liksom min, den følger meg og er tilpasset meg, og det betyr mye, i iallfall for meg”*

Informant C, D, F og G fortalte at de nasjonale røykesluttkampanjene markedsført av Helsedirektoratet og merking av røykpakker med bilder og advarsler ikke hadde noen påvirkning når de røykte. De ble vant til advarslene og bildene samt at kampanjene var for lite personlige. Respondentene følte ikke at kampanjene angikk dem, de mente at det kampanjene viste ikke kom til å skje med dem. Informantene opplevde informasjonen på appen helt annerledes. Det gjaldt dem der og da, og innholdet i informasjonen var faktisk det som skjedde. For eksempel syntes de det var inspirerende å få melding om at luktesansen ble bedre når de faktisk kjente lukter bedre og det var tilfredsstillende å hoste mindre når det kom opp som en pop-up melding at de kunne forvente mindre hosting.

Informant A, C, D, F og G synes det var positivt at det var Helsedirektoratet og LHL som hadde utarbeidet appene. De følte en trygghet ved at det var seriøse aktører som hadde lagd appene, for da kunne de stole på informasjonen som var på appen. Informant A hadde ikke lastet ned appen hvis det var andre aktører som hadde utgitt appen. Informant C, D, F og G ville ha lastet appen selv om det hadde vært andre aktører som hadde utviklet den, men de syntes det var positivt at den var utviklet av Helsedirektoratet. Informant B og E var nøytrale til aktøren som var ansvarlig for appen. Begge mente at det var opplagt hva røyking førte til og hvordan røyk påvirker kroppen. De mente derfor at alle kunne lagd appen. Informant B og E hadde lastet ned appen uavhengig av utvikler og de trodde ikke de ville ha reagert annerledes på appen om det var andre aktører som hadde utviklet den.

### *7.3.3 Forslag til endringer og mening om appen kunne anbefales videre*

Fra informantene kom det flere forslag om hvordan appen kunne bli utformet annerledes for at den skulle oppleves bedre for brukerne. Forslaget som ble gjentatt flest ganger, fra informant A, B og E, var at det burde være mulig å starte med appen før røykesluttdatoen. Informantene tenkte det ville være positivt å øke motivasjonen ved bruk av appen og de ville

da få mulighet til å bli bedre kjent med appen i forkant av røykeslutt. Informant E ville ha mulighet til å skrive røykelogg på appen for at den videre skulle komme med pop-up meldinger om det negative som skjedde med kroppen mens hun fremdeles røykte. Da kunne hun bli skremt over de negative konsekvensene røyken førte til. En funksjon som informant B og D ønsket seg var at de kunne legge inn hva de kunne kjøpe seg for pengene de sparte ved å være røykfrie. Da kunne kalkulatoren vise hvor mange dager de hadde igjen å være røykfrie før de fikk kjøpt seg denne tingen. Det ville fungere bedre for de enn tingene som dagens app foreslo.

Alle informantene med unntak av informant B og E ville anbefale røykeslutt-appen til andre. De som anbefalte appen følte at de hadde en positiv opplevelse av appen og at andre også kunne oppleve det positivt å bruke den. Informant A, C og F hadde allerede anbefalt den videre til venner og bekjente. Informant B ville ikke anbefale appen fordi hun følte at appen kunne føre til at personer begynte å røyke igjen. Hun gav uttrykk for at det beste er å klare å slutte å røyke uten noe støtte. Ifølge informant B er man enten motivert nok til å klare det uten støtte, eventuelt så er det ikke motivert nok slik at du vil begynne å røyke igjen uansett.

Tabell 6: Oppsummering av funn i undersøkelsen tilknyttet røykeslutt-app

<b>N = 7</b>	<b>Røykfri ?</b>	<b>Positiv eller negativ til app?</b>	<b>Anbefale app til andre?</b>	<b>Brukt appen daglig?</b>	<b>Forslag til endringer?</b>	<b>Klart å være røykfri uten app?</b>
A	Ja	Positiv	Ja	Ja	Ja	Nei
B	Nei	Negativ	Nei	Nei	Ja	Røyker
C	Ja	Positiv	Ja	Ja	Ja	Nei
D	Ja	Positiv	Ja	Ja	Ja	Nei
E	Nei	Negativ	Nei	Nei	Ja	Røyker
F	Nei	Positiv	Ja	Ja	Nei	Røyker
E	Ja	Positiv	Ja	Ja	Nei	Usikker

#### 7.4 Endre livsstil

Alle informantene gav uttrykk for at det var utfordrende å slutte å røyke. Alle hadde hatt flere røykeslutforsøk tidligere og de var bekymret for å mislykkes igjen. De hadde manglende mestringsfølelse etter de tidligere røykeslutforsøkene og de var dermed usikre på om de ville mestre det denne gangen. Informantene A, C, D, F og G tenkte at det var viktig med all støtte de kunne få i forbindelse med røykeslutt og det var grunnen til at de lastet ned appen.

Informant A og C trodde ikke at de hadde klart å gjennomføre en røykeslutt hvis det ikke vært for røykeslutt-appen. I tillegg var også informant D, F og G veldig fornøyde med appen og de mente at appen var med på å gjøre dem røykfri. Informant F fortalte:

*”appen var med på å gjøre meg røykfri og jeg har derfor fått bedre helse. Appen var faktisk en veldig viktig del av røykesluttprosessen min, den har vært deltakende for meg for å oppnå det å klare å slutte å røyke. Så jeg har hatt god nytte av appen, den var rett og slett en motivasjon og støtte for meg”*

Informant A fortalte:

*”appen har vært en god motivasjon, jeg er faktisk litt usikker på om jeg hadde klart å være røykfri uten den”*

Alle informantene gav uttrykk for at de første to til fire ukene i røykesluttprosessen var mest utfordrende. I denne perioden hadde de hatt størst savn etter røyken og opplevd flest abstinenser. Alle måtte finne nye mønstre i hverdagen ved at de måtte finne andre aktiviteter enn å røyke. Eksempelvis måtte informant C finne en ny måte å kose seg på siden røyken hadde vært hennes måte å belønne seg på tidligere, mens informant D hadde brukt røyken som en stressdemper og måtte dermed finne en annen måte å takle stress på. Selv om det var de første ukene etter røykeslutt som informantene opplevde som vanskeligst, var det i uke fem til syv at informant B, D og E begynte å røyke igjen. De hadde begynt å røyke igjen fordi motivasjonen for å være røykfri gradvis ble borte. De begynte å se fordelene med å røyke og tilslutt ble det umulig for dem å være røykfrie. I denne perioden betydde ikke appen noe for dem. For informantene B og E ble appen en påminner om røyken som de savnet og det gjorde at de fikk mer fokus på røyk. Etter de begynte å røyke igjen ble appen en påminner om at de hadde mislykkes og de følte nedsatt mestring når de hadde begynt å røyke igjen.

## **7.5 Erfaringer fra Frisklivssentralen**

### *7.5.1 Erfaring fra Frisklivssentralen om å endre levevaner*

Erfaringer fra Frisklivssentralen viser at det er utfordrende å endre levevaner. Det er ulikt hvor lang tid en person bruker for å få nye vaner. Enkelte bruker flere år før de begynner å jobbe med endringene, mens andre kan bestemme seg og gjennomfører livsstilsendringer i løpet av en dag. Det er også ulikt hvordan mennesker går gjennom endringsprosessen, eksempelvis bruker personer forskjellig tid i de ulike fasene i modell for endringsprosess som er beskrevet i 4.2.2.

Det er ulike typer mennesker som oppsøker hjelp til å slutte å røyke, både med tanke på kjønn, alder og utdannelsesnivå. Hovedparten av de som oppsøker hjelp har grunnskole eller videregående skole som høyeste fullførte utdanning, men også personer med flerårig utdanning fra høyskole eller universitet oppsøker veiledning. Både personer i og utenfor arbeidslivet oppsøker hjelp. Det er stor variasjon i størrelse og kvaliteten på det sosiale nettverket til personene, og både enslige og familiemennesker søker hjelp. Personene som oppsøker hjelp er både personer som har flere utfordringer i livet, som for eksempel avhengighet av rus eller pengespill, men det er også de som ikke har noen store utfordringer. Eksemplene viser at det er ulike personer som oppsøker hjelp for å slutte å røyke.

Erfaringene fra Frisklivssentralen i forhold til røykeslutt viser at en røyker må ha gjennomsnittlig tre røykeslutforsøk før vedkommende klarer å forbli røykfri. En grunn til at individer trenger flere forsøk er at de erfarer hva som er utfordringene med å bli og være røykfri. Eksempelvis så kan en person lære om hvilke abstinenser som kan oppstå ved røykeslutt og i hvilke situasjoner personen savner røyken mest. Lærer de dette ved de første røykeslutforsøkene blir det tredje slutforsøket lettere. Mange begynner å røyke igjen fordi de skal prøve ut hvordan det er ta kun en røyk. Ofte fører den ene røyken til at de blir avhengige av røyk igjen. Dersom de erfarer hva som gjør at de begynner å røyke igjen vil det være større sjanse for at de klarer å forbli røykfrie etter neste forsøk.

Hva som motiverer deltakerne til å gjennomføre en livsstilsendring varierer. Noen deltakere har en indre motivasjon. Det kan være at det er viktig for dem å klare å endre denne vanen, at det er viktig å oppleve mestring eller at de blir stolte av seg selv hvis de klarer å gjennomføre. Det virker som de bestemmer seg for å gjøre endringen i løpet av kort tid og at mange klarer å gjennomføre livsstilsendringene. For personer med indre motivasjon er det ofte uklart hva som gjorde at de klarte å gjennomføre endringen og hvor motivasjonen kom fra. For andre er det den ytre motivasjonen som er viktig, eksempelvis at barn/barnebarn blir stolte av dem, og/eller at de sparer penger. For disse tar det lengre tid før de har motivasjon til å endre levevane, og de opplever oftere et tilbakefall til den gamle levevane.

Motivasjonen til personer som møter på røykesluttkurs er ulik. Noen møter opp fordi de ønsker det og de har tenkt lenge på å slutte å røyke. Andre møter på kurs på grunn av mas fra familien. Ulikt utgangspunkt fører ofte til ulike prosesser for deltakerne. Erfaring viser at det er viktig å finne ut hvor personen er i forhold til DiClemente og Prochaska sin modell for



endringsprosess for å kunne hjelpe deltakeren på en best mulig måte. Det er viktig å plassere personen i forhold til fase for å vite hvilke tiltak som kan iverksettes. Eksempelvis må det skapes motivasjon hvis personen er i overveiellesfasen, men det kan fokuseres på handlinger hvis personen er i handlingsfasen. Etter første møte på røykesluttkurs er det nærmest umulig å forutsi hvem som klarer å bli røykfri. Det har vist seg at nettopp den personen som gir mest uttrykk for at den ikke vil slutte å røyke faktisk har sluttet først.

Videre viser erfaring fra Frisklivssentralen at de som har et godt nettverk og god støtte fra familie og venner oftere klarer å gjennomføre livsstilsendring enn de som ikke har noen form for støtte. Det virker som at det å få en oppmuntring eller støttende kommentarer fra personer som en har en nær relasjon til er viktig for å gjennomføre en livsstilsendring. For mange er det også viktig å gjøre venner og familie stolte, og det føler mange at de oppnår hvis de klarer å bli røykfrie.

#### *7.5.2 Erfaringer fra Frisklivssentralen om å bruke røykeslutt-app*

Erfaringer fra Frisklivssentralen er at bruk av app avhenger om personene har smarttelefon eller ikke. Har personen smarttelefon så øker sannsynligheten for at personen vil prøve appen betraktelig, i motsetning til om appen må brukes på nettbrett. Om en person er villig til å prøve røykeslutt-appen er og avhengig om personen er vant til å bruke apper. Har vedkommende ikke brukt apper tidligere, blir det en større utfordring å bruke røykeslutt-appen.

Basert på arbeidet ved Frisklivssentralen er ikke alder avgjørende faktor for valg av å bruke eller ikke bruke røykeslutt-app. Appene er utformet for bestemte aldergrupper, men også personer utenfor denne aldersgruppen har valgt å bruke appene. Dersom personen er innstilt på å bruke app, og eventuelt har positive erfaringer med dette fra tidligere bruker personen appen på den måten som er funksjonelt for seg.

Av brukerne tilknyttet Frisklivssentralen er det flere kvinner enn menn som bruker appen. De fleste mennene ønsker å gjennomføre røykesluttprosessen med bruk av minst mulig hjelpemidler. Kvinnene derimot ser det som hensiktsmessig å bruke de hjelpemidlene som er tilgjengelig for å ha større mulighet for å lykkes med røykeslutt.

Ut fra erfaringer på Frisklivssentralen fra både røykesluttkurs og individuell oppfølging har ikke røykeslutt-appen noen avgjørende effekt for om en person klarer å bli røykfri. Men de som velger å laste ned appen er ofte fornøyd med den. De uttrykker at de bruker den en del og at det er bra at en app kan holde orden på hvor mye penger de sparer, hvor lenge de har vært røykfri og hva de sparer kroppen for med tanke på helsekonsekvenser på grunn av røyking. Flere har vært veldig fornøyde med pop-up meldingene og føler det er en ekstra støtte.

Erfaringer viser at de som virker motivert på forhånd og som både uttrykker at de har stor tro på at de skal klare å bli røykfrie og at det er viktig for dem har større sjanse for å lykkes enn de som uttrykker det motsatte. De som har som utgangspunkt at appen vil hjelpe dem med å lykkes med å bli røykfrie opplever oftere at appen har en positiv funksjon i prosessen med å bli røykfri. Motsatt er det for de som i utgangspunktet ikke tror de skal lykkes med røykeslutt. De uttrykker oftere misnøye med appen og de har mindre tro på at apper kan være til hjelp ved livsstilsendring.

## **7.6 Oppsummering av kapittel 7**

Informantene var syv kvinner i alderen 23-67 år. Alle hadde prøvd å slutte å røyke tidligere. De hadde ulik motivasjon for å slutte å røyke, men å unngå sykdommer og oppnå bedre helse var viktig for alle. Alle opplevde det å endre levevaner som en utfordring, og det var blandet om de opplevde mestring eller ikke under prosessen.

Alle informantene brukte Slutta, i tillegg brukte informant G Røykeslutt. Informantene brukte røykeslutt-appene ulikt. Noen var aktive brukere, de brukte den tre til fire ganger om dagen og prøvde alle de ulike funksjonene. Andre brukte appen to til tre ganger i uken og var kun inne på hovedbilde på Slutta-appen.

Personene opplevde appen ulikt. Noen følte at de hadde klart å slutte å røyke på grunn av støtten og motivasjon de fikk av appen, og sammenlignet støtten som de fikk av appen med støtten som de fikk av venner og familie. De samme informantene hadde en veldig positiv opplevelse av appen og ville anbefale den videre til andre. De uttrykte en tilfredshet med at det var Helsedirektoratet og/eller LHL som hadde utviklet appen. To informanter følte at appen bidro til at de begynte å røyke igjen og at den gav dem en dårlig mestringsfølelse. De

var mer negative til appen fordi de følte at den maste og at den gav dem dårlig samvittighet siden de hadde lyst på røyk.

Erfaring fra Frisklivssentralen viser at det er større sannsynlighet for at noen bruker røykeslutt-appen hvis de allerede er positive til apper. Det er også erfart at dersom personen i utgangspunktet tror på røykeslutt og bruk av appen så er det større mulighet for at personen lykkes med livsstilsendringen enn hvis personen ikke tror at det skal fungere. Erfaringer fra Frisklivssentralen viser at det er ulikt hvor lang tid en person trenger og at det er ulikt hva som motiverer en person til å endre vane.

## **Kapittel 8 Diskusjon**

I dette kapitlet vil problemsstillingen ”hvilke opplevelser og erfaringer har personer med bruk av røykeslutt-app som ledd i prosessen med å slutte å røyke” bli diskutert basert på bakgrunnsinformasjonen presentert i kapittel to til og med fem og resultatene presentert i kapittel syv. Metoden vil bli diskutert i delkapittel 8.5.

### **8.1 Hvorfor velge å bruke røykeslutt-app?**

Seks av syv respondenter valgte å kun bruke Slutta appen, mens respondent G brukte begge appene. Alle valgte den applikasjonen de likte best og den de trodde ville gi positive opplevelser. De likte både designet på appen og den ansvarlige aktøren bak appen. Å like aktøren bak et budskap kan spille en viktig rolle for overtalelsesprosessen og om de faktisk bruker appen aktivt i livsstilsendingsprosessen (O’Keefe, 2002). Brukernytteteorien fremhever at personer bruker de mediene som de føler er mest nyttige for seg selv (Vaagan, 2015). Dersom personer bruker medier som de synes er nyttig vil de ofte få gode opplevelser og erfaringer med å bruke mediene. De som var røykfrie var de personene som hadde brukt appen mest aktivt. For flere av dem var appen en viktig del av røykesluttprosessen og var avgjørende for at de fremdeles var røykfrie. De satt igjen med en god opplevelse av å bruke appen fordi de likte utformingen, designet og appen i seg selv, og de brukte et medium som var nyttig for seg selv (Vaagan, 2015).

Da appene ble utviklet hadde Helsedirektoratet og LHL fokus på at appene skulle være positivt vinklet. Ifølge brukernytteteorien så tilpasser aktører sine medier ut fra brukernes sine ønsker og behov (Vaagan, 2015). Helsedirektoratet har større kapasitet enn LHL til å utvikle røykeslutt-appen fordi Helsedirektoratet har personer ansatt til å utvikle apper og det er et satsningsområde for dem. Når aktørene kan tilpasse appen til brukernes behov vil nåværende og fremtidige brukere kunne sitte igjen med bedre opplevelse av appen (Vaagan, 2015). At det var positiv informasjon på appen var viktig for flere av informantene. De likte vinklingen på informasjonen og syntes det var positivt at vinklingen var annerledes enn det de var vant med fra antirøyking kampanjer. Appen ble for eksempel sammenlignet med bildene på røykpakke. Informantene opplevde bildene på røykpakke som skremmende, og de overså denne informasjonen fordi de følte at den ikke gjaldt dem. Derimot følte de at informasjonen de fikk via appen var gyldig. LHL og Helsedirektoratet har dermed klart å utforme appen slik

som informantene ønsket. Denne utformingen gjorde at brukerne følte seg ivaretatt og fikk en god følelse videre i røykesluttprosessen.

Informantene som fremdeles var røykfrie synes det var positivt at røykeslutt-appene var utviklet av Helsedirektoratet og LHL. Dette fordi de følte seg trygge på at informasjonen var korrekt og at de derfor kunne stole på denne. Dersom en person liker avsenderen av budskapet og/eller avsenderen virker troverdig kan det være avgjørende for om personen lar seg overtale eller ikke (O'Keefe, 2002). Informantene følte at det var viktig at Helsedirektoratet hadde utviklet appen de hadde brukt fordi det betydde at Helsedirektoratet mente at røykeslutt er viktig og at de brydde seg om at flere sluttet å røyke. Informantene følte det var viktig at de gjorde denne endringen fordi myndighetene også var opptatt av det. At det var seriøse aktører som ønsket at de skulle bli røykfrie ved å utvikle spesialtilpasset applikasjoner, forsterket den positive følelsen informantene fikk av å bruke appen. Informantene følte seg verdsatt, ved at flere var opptatt av den endringen de faktisk gjennomførte.

To av informantene som begynte å røyke igjen syntes det var uviktig hvem som stod ansvarlig for appen. De mente at mange aktører kunne lagd noe lignende som Helsedirektoratet og LHL fordi det var opplagt hva røyk kan føre til fordi det er mye fakta tilgjengelig. Informantene mente at informasjonen de fikk via appen var selvsagt og at den ikke tilførte dem ny kunnskap. Når respondentene ikke har et positivt forhold til avsender av budskapet kan det være vanskeligere å overtale dem til å gjøre en endring og de kan fortere gå tilbake til den gamle vanen. (O'Keefe, 2002). At de tenkte at alle kunne lagd appen kan være medvirkende årsak til at applikasjonen hadde mindre verdi og betydning for disse to. De hadde også brukt applikasjonen mindre og hadde ikke samme forhold til avsenderen av budskapet som de som var røykfrie. Dette kan gjøre at de hadde en dårlig opplevelse av å bruke appen.

## **8.2 Appen som støtte og mulighet til å oppleve mestring**

Informantene uttrykte at det var vanskelig å slutte å røyke. Alle hadde prøvd å bli røykfri flere ganger tidligere. Periodene de hadde vært lengst røykfrie var i forbindelse med svangerskap og amming. Da hadde de hatt god motivasjon for å bli røykfrie, fordi røykingen kunne skade fosteret og barnet. Siden ingen hadde denne motivasjonen nå, følte de at de hadde et dårligere utgangspunkt for å klare å slutte denne gangen. Å slutte å røyke er krevende for mange og det er derfor viktig med støtte fra omgivelser sine. Støtten kan være i ulik form og grad (Barth et

al., 2001, Mæland, 2010, Mæland and Aarø, 1993). Mange trenger et godt sosialt nettverk og støtte fra mennesker som vedkommende har nære relasjoner til (Mæland and Aarø, 1993). For flere av informantene virket appen som en støtte som de hadde i tillegg til familie og venner, noen av de anså appen som like viktig som venner og familie. De uttrykte at det var viktig med den støtten som de følte de fikk ved bruk av appen, fordi dette gav dem både økt motivasjon og bedre mestring av situasjonen. En informant uttrykte at appen var den viktigste støtten hun hadde i røykesluttprosessen. Ingen i hennes omgangskrets hadde røykt og hun følte derfor at hun ikke møtte noen forståelse for at det kunne være vanskelig å slutte å røyke. Derimot følte hun at appen forsto henne. Hun forklarte at appen var støttende uansett, og den forsto mer om hennes utfordringer enn personene i hennes omgangskrets.

Erfaringer fra Frisklivssentralen viser at det er en stor fordel at personer har et bra sosialt nettverk med gode relasjoner som kan gi nyttig støtte og positive opplevelser når de skal gjennomføre livsstilsendringer. Det ser ikke ut til at støtten som røykeslutt-appen gir er avgjørende for om de lykkes med røykeslutt eller ikke. Men det virker som at de som bruker appen aktivt blir oppdatert av hva de oppnår økonomisk og helsemessig, og at de er stolte over dette. Dette gir en positiv effekt. Via appen kan de få informasjon om hva de har oppnådd med å være røykfri og dette kan videre gi mestringsfølelse hos brukerne. Opplevs bruk av appen som et positivt bidrag kan den oppleves som en støtte som er viktig og vedkommende kan da sitte igjen med en positiv erfaring av å bruke appen i livsstilsendingsprosessen.

Informantene som var blitt røykfrie var positive til appen. De følte at appen hadde hjulpet dem gjennom slutteprosessen fordi de hadde fått økt motivasjon, støtte og oppmuntring ved bruk av appen. Informantene følte at spesielt pop-up meldingene gav dem støtte og oppmuntring ved at de uoppfordret fikk melding på telefonen at de var flinke eller de fikk beskjed om positive helseeffekter. De fikk positive følelser av å bruke røykeslutt-appen fordi de følte at de mestret situasjonen. Meldingene og informasjonen fra appen forsterket mestringsfølelsen de hadde ved fremdeles å være røykfrie. Informantene følte at de hadde utbytte av å bruke appen og dermed var det hensiktsmessig å benytte denne. Å oppleve mestring er en viktig faktor for å klare å endre levevaner (Kovac et al., 2009, Bandura, 1986, Mæland and Aarø, 1993), og for de som var blitt røykfrie hadde appen bekreftet at de mestret situasjonen.

Appen var spesielt viktig for de som var røykfrie i handlingsfasen (DiClemente et al., 2013). To av informantene trodde ikke de hadde klart å være røykfrie hvis de ikke hadde benyttet appen, fordi den var til stor støtte for dem gjennom prosessen. Modell for endringsprosess (DiClemente et al, 2013) viser at det er en kompleks situasjon å endre levevaner. Det forventes at flere får tilbakefall, og mange trenger flere forsøk. Det er ulikt hva som fører til at mennesker klarer å endre vane, men det fremkommer at det er viktig å opprettholde motivasjonen for å klare å fortsette med en ny vane. Budskapet fra en app kan oppleves som støtte og gi positive opplevelser, dette kan bidra til å opprettholde motivasjonen i endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2011b). Å føle mestring ved en situasjon kan gi økt mestringsfølelse, som igjen kan føre til en generell mestringsopplevelse og positiv erfaring av appen (DiClemente et al, 2013).

Å endre levevane var viktig for respondentene fordi de opplevde det som negativt å røyke. Røykingen gav dem negative opplevelser, eksempelvis negative helsekonsekvenser og negative kommentarer fra venner og familie. Appen gav dem derimot positiv og relevant informasjon om hva de kunne oppnå ved å bli røykfrie. Flere av informantene følte at appen var deres egen opplysningskilde og motivator. Appen inneholdt informasjon som var tilpasset hvor lenge de hadde vært røykfrie. At appen var tilpasset gjorde brukerne stolte og de følte at meldingene og informasjonen fra appens ivaretok deres slutteprosess, det gjorde videre at de følte et eierskap til appen. At informasjonen fra appen hadde personlig relevans for dem, gjorde at de tok informasjonen på alvor. Ifølge konsekvensteorien kan dette føre til at brukerne velger å bli overtalt til å gjøre endringen samtidig som de blir mer motstandsdyktige mot å begynne å røyke igjen (O'Keefe, 2002). I tillegg ble informasjonen fra appen personlig relevant for respondentene fordi de hadde kunnskap og erfaringer om temaet. Eksisterende kunnskap og erfaring gjorde de godt egnet til å vurdere budskapet fra appen. Når man har mulighet og evne til å ta en kritisk vurdering av informasjon og det samtidig har personlig relevans er det større sjans for at de benytter informasjonen og at den blir en bedre støtte i situasjonen (O'Keefe, 2002). Å oppleve støtte i en viktig prosess kan oppleves som viktig og godt. Respondentene følte de fikk god støtte ved å bruke appen, dette kan ha gitt dem god erfaring i å bruke applikasjon.

Respondentene som hadde en positiv opplevelse av appen var de som hadde brukt den mest. De følte at de fikk motivasjon av å bruke den og at bruk av appen var en viktig årsak til de ble røykfrie. Når personer bruker appen aktivt vil de prosessere budskapet mer og det gjør at

budskapet har mulighet til å gå den sentrale ruten i konsekvensmodellen (O'Keefe, 2002). Dette gjør at personen er mer motstandsdyktig mot å la seg overtale til å ta til seg den gamle vanen igjen. Dette kan gi økt mestring, som igjen kan føre til at personen opplever appen som et nyttig hjelpemiddel i røykesluttprosessen. Dette hendelsesforløpet gjør det mer sannsynlig at en person sitter igjen med en positiv opplevelse og nyttig erfaring etter og ha brukt applikasjonene (O'Keefe, 2002).

Helsedirektoratet anbefaler at man gjør andre aktiviteter når man får røyksug. Dette anbefales fordi om personen klarer å fokusere på noe annet kan det føre til at vedkommende ikke tar røyken (Helsedirektoratet, 2011b). Flere av informantene leste på appen for å fokusere på noe annet når de fikk røyksug. De erfarte at røyksuget forsvant når de gjorde denne aktiviteten. De fikk en opplevelse av at de mestret det å ha røyksug ved å gå inn på appen, denne følelsen tok de med seg videre i røykesluttprosessen. Å gå inn på appen å lese ved røyksug ble en strategi de brukte og som de følte var vellykket. Å føle mestring i en situasjon og ha mulighet til å videreføre denne mestringsfølelsen kan gjøre det enklere å håndtere senere situasjoner (Bandura, 1986). Brukernytteteorien støtter at personer bruker mediene etter hva som tilfredsstillir deres behov. Informantene brukte appen når de følte behov for å fokusere på noe annet enn røyksug. Appen fra Helsedirektoratet er utviklet med denne hensikten, at det skal være mulig å gå inn på den i situasjoner når man har røyksug og trenger hjelp for å bli kvitt suget. Informantene brukte den slik som Helsedirektoratet har ønsket at den skal fungere (Helsedirektoratet, 2011b). Modell for endringsprosess viser at det er viktig at hver enkelt person finner ut hvordan de skal takle situasjoner som de opplever som vanskelige. De må selv finne strategier for å klare å beholde den nye vanen (DiClemente et al, 2013), og de trenger støtte for å ikke oppleve et tilbakefall (Bandura, 1986). Hvordan takle et røyksug vil være individuelt for hver enkelt person. Fem av informantene brukte appen for å håndtere røyksuget. Det var en strategi som fungerte for de fikk positive erfaringer med å bruke appen i situasjoner som de hadde røyksug og situasjoner som de opplevde som stressende.

### **8.3 Appen ved fare for tilbakefall til gammel vane**

Å endre levevaner består av å innarbeide nye vaner. Når en person velger å bli røykfri må vedkommende ta et aktivt valg ved å velge bort røyken når personen har lyst på røyk. Dette er et valg som er vanskelig for noen, men enkelt for andre. Alle respondentene forklarte at de var veldig motiverte for å bli røykfrie før sluttdato og de første ukene de var røykfrie. Tre av



informantene mistet motivasjonen i uke fem til syv og de begynte å røyke igjen. Dette kan skyldes at de brukte for lite tid og energi i overveielsesfasen og/eller forberedelsesfasen (Barth et al., 2001, Barth et al., 2013, Barth and Näsholm, 2007, Helsedirektoratet, 2009a, Helsedirektoratet, 2011b). Dette kan gjøre at de ikke var godt nok forberedt på hva prosessen innebar, slik at de ikke taklet situasjonen når de ble utfordret med hensyn på om de skulle forbli røykfri eller ikke (DiClemente et al., 2013). De fleste som skal endre en vane opplever ambivalens og kan være usikker om de vil fortsette med den nye vanen. Det er derfor viktig for prosessen at vedkommende jobber med motivasjonen og ambivalensen før vedkommende starter med endringen, dette gjør at vedkommende vil oppleve endringen som enklere (Barth et al., 2001, Barth et al., 2013, Barth and Näsholm, 2007, Helsedirektoratet, 2009a, Helsedirektoratet, 2011b).

Tre av informantene hadde en negativ opplevelse av appen fordi den ikke kan brukes tidligere i røykesluttprosessen. De ønsket å bruke appen i overveielsesfasen og forberedelsesfasen, altså før de ble røykfrie, for å bli kjent med bruken av appen og for å ha støtte i disse to fasene. Den ene informanten som begynte å røyke igjen følte at hun hadde trenget ekstra støtte og motivasjon før hun sluttet å røyke. Dersom hun hadde hatt denne muligheten trodde hun at det hadde vært større sannsynlighet for at hun hadde blitt røykfri. Det er viktig å få støtte når det skal gjennomføres en livsstilsendring i det øyeblikket vedkommende har behov for det (Barth et al., 2001, Barth et al., 2013, DiClemente et al., 2013, Helsedirektoratet, 2011b). Flere av informantene hadde hatt bedre opplevelse av appen hvis de hadde hatt mulighet til å bruke appen også før røykeslutt.

Alle informantene var begeistret for appen de første fire ukene, i disse ukene var også alle røykfrie. I denne perioden følte mange av informantene at bruk av appen gav dem støtte og motivasjon, og de satt igjen med en positiv opplevelse av den. Etter de første fire ukene reduserte alle informantene bruken av appen. De første ukene brukte informantene appen mellom tre til fire ganger per dag til en til to ganger per uke. Etter de første fire ukene reduserte de bruken til mellom en gang per dag til en til to ganger per uke. Etter de første ukene ble det og en forskjell på de som begynte å røyke igjen og de som forble røykfrie. To av tre som begynte å røyke igjen følte at bruken av appen og pop-opp meldingene ble masete. I tillegg følte de seg mislykket fordi de fikk lyst på røyk når de fikk en pop-up melding, de anså meldingene som en påminner om at de hadde mislyktes i å bli røykfri. Dette kan indikere at informantene var ulikt forberedt til røykesluttprosessen. Personer som skal endre livsstil

reagerer ulikt på ulike tilnærminger som kan bli foretatt i forbindelse med livsstilsendringene (Barth et al., 2013, Barth and Näsholm, 2007, Helsedirektoratet, 2013d, Mæland, 2010). Det er viktig at personer ikke presses til å gjøre en livsstilsendring før de er mentalt klare for det. Er de ikke mentalt klare er det større sjanse for å mislykkes (Barth et al., 2013). Ifølge konsekvensteorien vil holdningsendringer hovedsakelig skje hvis mottakere har tatt til seg argumentene via den sentrale ruten (O'Keefe, 2002). Da vil personen gjøre egne vurderinger av budskapet og derfra danne sine egne meninger. Prosesserer personer budskapet aktivt er det større sannsynlighet for handling hos personen og budskapet vil ha større motstand for motargumenter i forhold til personer som ikke har prosessert budskapet aktivt. Hvis applikasjonen blir brukt aktivt og vedkommende vurderer og tenker over argumentene som mottas kan det være stor mulighet for å lykkes med å gjøre livsstilsendringen. Lykkes en person med å gjøre livsstilsendringer hvor appen er et av hjelpemidlene, kan opplevelsen av å bruke applikasjonen bli positiv (O'Keefe, 2002).

Når personer ikke føler at informasjon gjelder dem, prosesserer de sjeldent informasjonen godt og vurderer ikke budskapet på samme måte som hvis det er relevant for personen. Ifølge konsekvensteorien er det naturlig at budskapet tok den perifere ruten da personene begynte å miste motivasjonen for å være røykfri. Da prosesseres ikke budskapet på samme måte som tidligere, og det kan føre til dårligere overtalelssprosess sammenlignet med om budskapet tok den sentrale ruten (O'Keefe, 2002). Hvor mye mer personen bearbeider og prosesserer informasjonen desto større er muligheten for at personene tar informasjonen til seg og gjør holdningene til sine egne. Dersom holdningene ikke blir gjort til sine personene kan det oppleves som masete at det kommer meldinger med meninger som vedkommende er uenig i. Dette kan gjøre at vedkommende får dårlig opplevelse i forhold til bruken av røykeslutt-appen når de skal slutte å røyke (O'Keefe, 2002).

#### **8.4 Appen ved tilbakefall til gammel vane**

To av de som startet å røyke igjen fortalte at de hadde hatt synkende motivasjonen og at de hadde begynt å se fordeler med å røyke igjen. De fikk positive tanker om tobakk og tilslutt så de ingen fordeler med å være røykfri. De fikk negative erfaringer med bruk av appen og de følte at den var med på å gi dem røyksug istedenfor å være til hjelp i røykesluttprosessen. Ifølge endringsprosessmodellen (DiClemente et al., 2013) opplevde de to informantene vedvarende tilbakefall. Hvor lang tid det tar å endre levevaner varierer (Barth et al., 2001,

DiClemente et al., 2013, Mæland, 2010). En vedlikeholdsfase kan for noen være livslang mens den for andre kan være kortvarig (DiClemente et al., 2013). Modell for endringsprosess har fasen tilbakefall fordi mange har tilbakefall til sine gamle levevane. Dersom personen ser store fordeler med den gamle vanen vil det være vanskelig å opprettholde den nye (DiClemente et al., 2013, Mæland, 2010). Når det skjer et tilbakefall er det ikke alltid mulig å stoppe det, dette til tross for at personen kan ha god støtte fra nære relasjoner og opplever mestring. Et tilbakefall kan skyldes flere ulike faktorer. En faktor som kan bidra til tilbakefall er at personen ikke var tilstrekkelig forberedt på røykeslutt, det igjen kan skyldes at personen ikke hadde nok tid i overveielsesfasen og forberedelsesfasen. Vedkommende møter dermed noe uforberedt på utfordringene som røykeslutt kan gi, og dersom vedkommende ikke har nok motstandskraft kan personen få et tilbakefall. Manglende erfaring med tidligere røykslutt kan også gjøre at de ikke er nok forberedt på hva prosessen krever av dem (Kovac et al., 2009). Manglende sosialt press og støtte fra venner, familie og nettverk kan også være medvirkende til tilbakefall (Kovac et al., 2009, Mæland, 2010). For informantene var det flere årsaker som gjorde at de begynte å røyke igjen. Når de mistet motivasjonen opplevdes appen som masete og de fikk en dårlig opplevelse av den.

Den tredje som hadde begynt å røyke igjen følte at appen hadde gjort en forskjell. Hun hadde ikke vært så lenge røykfri tidligere, og hun mente den lengre perioden var appen sin fortjeneste. Hun følte hun fikk støtte og ekstra motivasjon ved å bruke appen. På grunn av dette følte hun at hun mestret røykeslutt bedre denne gangen sammenliknet med tidligere forsøk. Å oppleve mestring er viktig ved livsstilsendring selv ved tilbakefall. Dette fordi denne mestringen kan føre til at vedkommende får lyst til å gjøre et nytt forsøk senere (Bandura, 1986, Kovac et al., 2009). For informanten var dette røykslutforsøket en god erfaring og det gav henne motivasjon til å tenke og planlegge på neste røykeslutforsøk.

## **8.5 Metodediskusjon**

Når kvalitativ metode skal vurderes er begrepene intern validitet, overførbarhet (ekstern validitet) og repeterbarhet sentrale (Malterud, 2011). I tillegg må metoden vurderes ut fra dataene som ble innhentet og analysert (Kvale og Brinkmann, 2011).

### *8.5.1 Intern validitet*

Intern validitet er vurdering om det som blir presentert i studien gjenspeiler faktiske forhold og om resultatene og oppgaven presenterer virkeligheten (Malterud, 2011). Dette gjør intern validitet til en vurdering av om referanserammen, metoden, analysen og presentasjonen av funn er gjort på en egnet måte, for deretter å gi en god besvarelse av problemstillingen (Malterud, 2011). Under arbeidet med studien har det vært fokusert på å finne best egnet metode for å besvare problemstillingen. Dette både ved valg av referanseramme, metode, analyse og presentasjonsmåte.

Problemstillingen er å finne hvilke opplevelser og erfaringer som personer som brukere av røykeslutt-app har etter at de har brukt appen i en røykesluttprosess. Referanserammen som har blitt fremstilt er blitt valgt for å gi et bredt perspektiv på områdene som oppgaven omhandler. Bakgrunnsstoff som er gitt må ansees som hensiktsmessig for besvarelse av problemstillingen.

Intervju er en god måte å kartlegge erfaringer og opplevelser som mennesker har (Malterud, 2011). Siden opplevelser og erfaringer kan være veldig ulike fra person til person er det hensiktsmessig med et semistrukturert intervju. Et semistrukturert intervju gjør det mulig å skissere ulikhetene personene opplevde på grunn av mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. En annen fordel med denne intervjutypen er muligheten til å stille kontrollspørsmål (Malterud, 2011). Denne muligheten ble spesielt benyttet i de intervjuene hvor informantene uttrykte seg uklart eller hadde motstridende utsagn. I etterkant er det imidlertid vanskelig å bedømme om det burde vært stilt flere oppfølgingsspørsmål og kontrollspørsmål og om informantene burde blitt mer oppfordret til å utdype flere uttalelser.

Om intervjusituasjonen og/eller spørsmålene påvirket intervjuobjektet er det vanskelig å finne ut av. Det er imidlertid ingen indiser på at intervjusituasjonen eller spørsmålene er gjort slik at informantene ikke følte at de kunne fortelle alt de ville. Flere av informantene uttrykte at de syntes det var interessant å være med på studien og de ville vite mer om studiet i etterkant av intervjuet. Disse uttalelsene gir inntrykk av at de virket interessert i temaet og det virket ikke som situasjonen preget dem.

Erfaringen som kom frem etter samtalen mellom kandidat og kollega på Frisklivssentral samsvarte ikke med funnene gjort i intervjuene. Det forsterker inntrykket av at kandidaten har klart å ta hensyn til forforståelsen, og ikke la den påvirke resultatet og diskusjonen.

Ut fra det overnevnte må det ansees som den interne validiteten er ivaretatt.

### *8.5.2 Overførbarhet*

Overførbarhet handler om funn som har fremkommet i forskningen kan generaliseres til lignende områder (Fangen, 2010, Malterud, 2011). Idealet for en studie er at funn kan overføres til lignende områder for å bidra til en økt generell teoretisk forståelse. Innen kvalitativ forskning er det den analytiske overførbarheten som er den viktigste. Det vil si om det foreligger en begrunnet vurdering om i hvilken grad funn i en studie kan brukes som veiledning for en annen studie innen lignende område (Fangen, 2010).

I denne studien kan noen av funnene ha en viss overførbarhet, spesielt med tanke på å bruke app ved endring av levevaner. Årsaken til mulig overførbarhet er at fordi det å endre vaner ansees som en noenlunde lik prosess som er uavhengig av hvilke vaner personer skal endre (DiClemente et al, 2013). Studien er liten, dette kan minke overførbarheten. Det som også kan minke overførbarheten er at det kun er kvinner som har deltatt i studien. At det er stor variasjon i kvinnenens alder, utdannelsesnivå og røykemønster kan øke overførbarheten.

### *8.5.3 Repeterbarhet*

En studies repeterbarhet er en vurdering om en annen fagperson vil få de samme funnene som de som er publisert i studien (Fangen, 2010, Malterud, 2011). At to forskere skal finne de samme svarene ved kvalitativ forskning kan være utfordrende på grunn av at datainnsamling, analyse og presentasjonen blir påvirket av forskeren som person. For eksempel vil to forskere antakelig stille ulike oppfølgings spørsmål i et semistrukturert intervju (Malterud, 2011). Derfor må gyldigheten av studien heller baseres på vurderingen av helheten. Det vil si at det er problemsstillingen som bestemmer metoden, analysen og teoriene som har ført frem til diskusjonen og konklusjonen (Malterud, 2011).

Ved innhenting av data, analyser og skrivingen av oppgaven har det vært fokus på å være kritisk til arbeidsmetoden og det har blitt jobbet aktivt med å skape distanse fra eksisterende oppfatninger og forutinntatthet fra arbeidet på Frisklivssentralen. Alle forskere har eget

utgangspunkt og egne standpunkt. Derfor var det viktig å kartlegge disse forutinntatte tankene og meningene ved oppstart av studien slik at det skulle være lettere å gjenkjenne de under innhenting, bearbeidelse og analysen av dataene (Malterud, 2011). Dette ble gjort ved at det ble skrevet en liste for forventende funn. Dersom funnene fra datainnsamlingen ble identisk med denne listen var dette en indikasjon på at man ikke hadde klart å distansere seg fra egne standpunkt (Malterud, 2011). Utgangspunktet før intervjuene for denne studien var at brukerne av appen var nøytrale i forhold til den. Siden utgangspunktet ikke samsvarte med funnene må det antas at dataene har blitt bearbeidet uten at fordommene har påvirket dette og at det har vært åpenhet for uventende funn.

Kun en person har gjennomført analysen. Kvaliteten av analysen er ikke kun avhengig av antall personer som har utført den (Malterud, 2011). Imidlertid kunne det vært interessant at flere ulike faggrupper og personer hadde studert råmaterialet. Dette for å få analysert materialet fra ulike perspektiv (Malterud, 2011). Rådata, i form av transkriberte intervju, er bevart. Dette gjør det mulig å etterprøve studien hvis det er ønskelig.

Giorgis fenomenologiske analyse, modifisert i Malterud (2011) er en metode som har blitt benyttet mange forskningsprosjekt (Malterud, 2011). Kandidaten har brukt metoden for første gang i besvarelsen av denne oppgaven. En person som har erfaring med denne analysemetoden kan hende hadde kommet frem til annet resultat enn resultatet i denne oppgaven. Resultatene i denne studien kan være avhengig av bruk av denne metoden, siden bruk av metoden er forskeravhengig.

## **8.7 Oppsummering av kapittel 8**

Opplevelsene og erfaringene med å bruk av røykeslutt-app ved røykeslutt vil variere fra person til person. Dette er blant annet påvirket av om personen liker designet og appen i seg selv. Dersom personen gjør det, så kan det medføre at personen liker appen bedre, dette blir støttet av brukernytteteorien. Teorien fremhever at media tilpasses brukere for at budskapet skal komme bedre frem og for at flere personer skal benytte seg av mediet. Andre faktorer som kan påvirke opplevelsene og erfaringene er hvordan personen tar til seg informasjonen og om personen liker avsender av budskapet. Denne påvirkningen støttes av konsekvensteorien. Dersom personen opplever at informasjonen er personlig relevant vil vedkommende prosessere informasjon via den sentrale ruten, noe som videre kan gjøre at

personen velger å beholde sin nye vane. Videre kan det føre til at personen opplever mestring, å oppleve mestring kan igjen føre til at personer får positive opplevelser av å bruke applikasjonen. Å endre levevaner er utfordrende. Hvor lang tid prosessen tar og hvordan den oppleves vil variere fra person til person. Dette gjør at man trenger ulik støtte til ulik tid i prosessen. For mange er det viktig med støtte fra nære relasjoner og sosiale nettverk. Flere av informantene opplevde støtten de fikk via bruk av appen som like viktig som støtten som de fikk fra venner og familie.

## **Kapittel 9 Oppsummering og konklusjon**

I denne oppgaven er problemstillingen ”Hvilke opplevelser og erfaringer har personer med bruk av røykeslutt-app som ledd i prosessen med å slutte å røyke?” blitt besvart.

Røyk er en alvorlig folkehelseutfordring i Norge. Myndighetene i Norge har som mål at det skal bli færre røykere. De legger til rette ulike tiltak for å oppnå målet, blant annet innføring av tobakkskadeloven, tilby røykesluttkurs og opprette nettsider angående røykeslutt. Et annet tiltak er utvikling av røykeslutt-app. Det finnes to norske røykeslutt-apper. Den ene er utviklet av Helsedirektoratet og heter Slutta, den andre er utviklet av LHL og heter Røykeslutt.

Å slutte å røyke er å endre levevaner med hensyn til tobakksbruk. For å klare å endre levevaner må en først gjennomgå en prosess for å få motivasjon til å klare å endre vanene. Mange opplever både diskrepans og ambivalens i denne prosessen. Videre må den faktiske endringen skje.

For å besvare problemstillingen er syv kvinner i alderen 23-67 år som brukte røykeslutt-app i forbindelse med røykeslutt blitt intervjuet. De hadde ulikt utgangspunkt med hensyn til utdanningslengde, røykemønster og motivasjon for røykeslutt. Personene opplevde også appen forskjellig. Noen satt igjen med følelsen at appen var grunnen til at de var røykfrie fremdeles og to satt igjen med følelsen at appen hadde bidratt til at de hadde begynt å røyke igjen.

Ut fra studien kan det virke som om de fire personene som ble røykfrie fikk en forsterket effekt av appen. De følte at de fikk støtte og motivasjon ved bruk av appen og de opplevde mestring i røykesluttprosessen. De hadde en god opplevelse av appen, og hadde kun positive tilbakemeldinger om appen og de som har utviklet de. To av de fire mente at appen var grunnen til at de fremdeles var røykfrie, to andre trodde at de hadde klart å gjennomføre røykeslutt uansett. En person som hadde begynt å røyke igjen var også veldig positiv til appen, og hun ville prøve appen igjen ved fremtidige røykeslutforsøk. To av de som hadde begynt å røyke igjen var negative til appen, de opplevde appen som masete og ville ikke anbefale appen videre.

Oppgaven gir ikke et entydig svar. Funnene viser at de som klarte å gjøre livsstilsendringen hadde positive opplevelser og erfaringer ved bruk av appen, mens de som ikke klarte å endre



levevaner hadde negative opplevelser og erfaringer ved bruke av appen i forbindelse med røykeslutt.

Forskningsområdet innen livsstilsendring og apper er ganske nytt siden apper er et nytt kommunikasjonsmedium. Det kreves derfor mer forskning for å finne ut hvordan helse-apper kan påvirke livsstilendringsprosess. Det vil være interessant å kartlegge opplevelsene til terapeuter som jobber med personer som skal endre levevaner som benytter helse-apper. Andre interessante problemstillinger er knyttet til apper med andre formål, eksempelvis forandring av kosthold eller mengde fysisk aktivitet.

Per 2014 er sykdommer knyttet til livsstil dominerende i den vestlige verden. Sykdomsbilde kan endres hvis flere velger å endre levevaner, siden dette vil bedre folkehelsen. For å oppnå dette vil det blant annet være viktig å finne ut hva myndighetene kan gjøre for å tilrettelegge for at flere skal klare å endre levevaner. En mulighet kan være å utvikle bedre hjelpemidler, blant annet helse-apper, for å gjøre endringsprosessen enklere.

## Kapittel 10 Referanseliste

- APOTEK1. 2014. *Å slutte å røyke* [Online]. <http://www.apotek1.no/roykeslutt/slutte-aa-royke>: Apotek1. [Accessed 08.10.2014].
- BANDURA, A. 1986. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Nev Jersey, Prentice Hall, Englewoods.
- BARTH, T., BØRTVEIT, T. & PRESCOTT, P. 2001. *Endringsfokusert rådgiving*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- BARTH, T., BØRTVEIT, T. & PRESCOTT, P. 2013. *Motiverende intervju - samtaler om endring*, Oslo, Gyldendal akademiske.
- BARTH, T. & NÅSHOLM, C. 2007. *Motiverende samtale - endring på egne vilkår*, Bergen, Fagbokforlaget.
- BRENDRYEN, H., DROZD, F. & KRAFT, P. 2008. A digital smoking cessation program delivered through internet and Cell phone without nicotine replacement (happy ending). Randomized controlled trial. *JMIR*, 10.
- BRENDRYEN, H. & KRAFT, P. 2008. Happy ending; a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*, 478-484.
- DAVIS R M, GILPIN GA, LOKEN B, VISWANATH K & WAKEFIELD M A 2008. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use. [http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/19/m19\\_complete.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/19/m19_complete.pdf) (Accessed 12.05.2014: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.
- DICLEMENTE, R., SALAZAR, L. F. & CROSBY, R. 2013. *Health behavior Theory for public health principles, foundations and applications*, Burlington, Jones & Bartlett learning.
- ESPENES, G. & SMEDSLUND, G. 2009. *Helsepsykologi*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- FANGEN, K. 2010. *Deltakende observasjon 2.utgave*, Bergen, Fagbokforlaget.
- FOSSBAKKEN, E. 2014. *Facebook størst i Norge* [Online]. <http://kampanje.com/archive/2014/04/facebook-storst-i-norge/>: Kampanje. [Accessed 19.11.2014 2014].
- GALLO, V., NEASHAM, D., AIROLDI, L. & MEDARBEIDERE 2010. Second-hand smoke, cotinine levels, and risk of circulatory mortality in a large cohort study of never-smokers. *Epidemiology*, 21, 207-214.
- GENTIKOW, B. 2009. *Medievitenskap - mediebruk, 2.utgave*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- GOOGLEPLAY. 2014. *GooglePlay - Apper* [Online]. <https://play.google.com/store/apps?hl=no>. [Accessed 26.08.2014].
- GUSTAVSON, D., MCTAVISH, F., CHIH, M.-Y., ATWOOD, A., JOHNSON, R., BOYLE, M., LEVY, M., DRISCOLL, H., CHISHOLM, S., DILLENBURG, L., ISHAM, A. & SHAH, D. 2014. A smartphone: application to support recovery from alcoholism: A Randomized Trial. *JAMA psychiatry*, 71, 566-572.
- HAUGSETH, J. F. 2013. *Sosiale medier i samfunnet*, Oslo, Universitetsforlaget.
- HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2010. (Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
- . In: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (ed.). <http://www.regjeringen.no/templates/Underside.aspx?id=639835&epslanguage=NO-SE> (Accessed 05.12.2014).
- HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2013a. En framtid uten tobakk - nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013-2016. In: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (ed.).

- [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/dokumenter/FHA/enfremtidulentobakk\\_nasjonalstrategi.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/dokumenter/FHA/enfremtidulentobakk_nasjonalstrategi.pdf) (Accessed 06.06.2014).
- HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2013b. Meld St 34 (2012-2013) Melding til Stortinget Folkehelsemeldingen God helse - felles ansvar. In: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (ed.). <http://www.regjeringen.no/pages/383077106/PDFS/STM201220130034000DDPDFS.pdf> (accessed 12.06.2014).
- HELSE-OG-OMSORGSDEPARTEMENTET 2000. NOU 2000:16 Tobaksindustriens erstatningsansvar. Helse og omsorgsdepartementet.
- HELSEDIREKTORATET 2009a. *Aktiviteshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, Oslo, Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET 2009b. Fakta: Helseisriko ved røyking. [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktaark-helseisriko-ved-royking/publikasjoner/faktaark Helseisriko ved r%C3%B8yking.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktaark-helseisriko-ved-royking/publikasjoner/faktaark%20Helseisriko%20ved%20royking.pdf) (accessed 12.08.2014).
- HELSEDIREKTORATET. 2010a. *Kort om slutta.no* [Online]. <http://slutta.no/kort-om-sluttano>: Helsedirektoratet. [Accessed 29.09.2014].
- HELSEDIREKTORATET 2010b. Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking. En vurdering av metodikk og kostnadenes størrelsesorden. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsokonomiske-kostnader-av-royking-en-vurdering-av-metodikk-og-kostnadenes-storrelsesorden/Publikasjoner/samfunnsokonomiske-kostnader-av-royking-en-vurdering-av-metodikk-og-kostnadenes-storrelsesorden.pdf> (12.10.2014): Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET. 2011a. *Fakta om passiv røyking* [Online]. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/royking/passiv-royking/Sider/default.aspx>: Helsedirektoratet. [Accessed 03.06.2014].
- HELSEDIREKTORATET 2011b. Røykfri sammen. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Documents/roykfrie-sammen-kursopplegg-for-roykeslutt.pdf> (accessed 06.06.2014): Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET 2012. Helsedirektoratets plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om røyke- og snusavvenning. In: IS-2006 (ed.). <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/snus-og-roykeslutt/Documents/Helsedirektoratets-plan-systematisk-kunnskapsbasert-tilbud-royke-og-snusavvenning.pdf> (13.09.2014): Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET. 2013a. *App for snus- og røykeslutt* [Online]. <http://www.helsedirektoratet.no/sites/fristed/kunnskapsbank/om-snus/Sider/app-for-snus-og-roykeslutt.aspx>: Helsedirektoratet. [Accessed 25.10.2014].
- HELSEDIREKTORATET. 2013b. *Hva inneholder sigarettroyk* [Online]. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/royking/hva-innholder-sigarettroyk.aspx>: Helsedirektoratet. [Accessed 14.05.2014].
- HELSEDIREKTORATET 2013c. Over fem tusen dør av røyking hvert år. In: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (ed.). [helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/tall-og-undersokelser/royking/sider/fem-tusen-dor-av-royking.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/tall-og-undersokelser/royking/sider/fem-tusen-dor-av-royking.aspx) (accessed 12.10.2014).

- HELSEDIREKTORATET 2013d. Veileder for kommunale frisklivssentraler - etablering og organisering. IS.1896. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Sider/default.aspx> (accessed 06.06.2014).
- HELSEDIREKTORATET. 2014a. *Flertallet ønsker å slutte å røyke* [Online]. <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/flertallet-onsker-a-slutte-a-royke.aspx>: Helsedirektoratet. [Accessed 01.10.2014].
- HELSEDIREKTORATET. 2014b. *Suksess for røyk-og snusapp* [Online]. <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/suksess-for-snus-og-roykesluttapp.aspx>: Helsedirektoratet. [Accessed 10.10.2014].
- HELSEFORSKNINGSLOVEN 2008. Helseforskningsloven. Lov av 20.juni 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.
- HETTEMA, J., STEELE, J. & MILLER, W. R. 2005. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*, 91-111.
- HØYE, S. 2013. *Pasienters livsstil er vanskelig å endre* [Online]. <http://www.tidsskriftet.no/articles/3027330>. [Accessed 06.06.2014].
- ITUNES. 2014. *iTunes preview - Appstore* [Online]. <https://itunes.apple.com/no/genre/mobile-software-applications/id36?mt=8> Apple. [Accessed 25.8.2014].
- KAUFMANN, G. & KAUFMANN, A. 2009. *Psykologi i organisasjon og ledelse* Bergen, Fagbokforlaget.
- KOVAC, V. B., RISE, J. & MOAN, I. S. 2009. From intentions to quit to the actual quitting process: the case of smoking behavior in light of the TPB. *Journal of Applied biobehavioral research* 14, 181-197.
- KVAAVIK, E. 2011. *Hva er omfanget og konsekvensene av passiv røyking?* [Online]. <http://www.sirus.no/Hva+er+omfanget+og+konsekvensene+av+passiv+r%C3%B8yking%3F.d25-SMRfMW-.ips>: SIRIUS. [Accessed 03.06.2014].
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2010. *Det kvalitative forskningsintervjuet*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- MAGNUS, P. 2009. *Tilbakeføring av resultater* [Online]. <https://http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forholdet-forskningssamfunn/Tilbakeforing-av-resultater/>: De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Accessed 25.05.2014].
- MAJOR, E. 2011. *Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1.* <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf> (accessed 14.05.2014): Folkehelseinstituttet.
- MALTERUD, K. 2002. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den norske legeforning*, 25, 2468-72.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring, 3.utgave*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MARCANO, J. B., HUCKVALE, K., GREENFIELD, G., CAR, J. & GUNN, L. 2013. Smartphone and tablet self management apps for astma (review). *The Cochrane Collaboration*.
- MÆLAND, G. 2010. *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis, 3.utgave*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MÆLAND, J. G. & AARØ, L. E. 1993. Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis. *Tidsskrift for den norske legeforning*, 1, 51-55.

- NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIGE DATATJENESTE. 2014. *Om NSD* [Online]. <http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html>: Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. [Accessed 23.03.2014].
- NÆSS, K. 2014. *Bli røykfri med LHLs røykeslutt-app* [Online]. <http://www.lhl.no/lunge/bli-roykfri-med-lhls-roykeslutt-app/>: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. [Accessed 15.11.2014 2014].
- O'KEEFE, D. 2002. *Persuasion. Theory & Research*, London, Sage publication.
- PERSONVERNOMBUDET FOR FORSKNING. 2012. *Forske på egen arbeidsplass* [Online]. <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html>: Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. [Accessed 08.08.14].
- PERSOON, R., CLEAL, B., JAKOBSEN, M., VILLADSEN, E. & ANDERSEN, L. 2014. Help preferences among employees who wish to change health behaviors. *Health education & behavior*, 41, 376-386.
- PRESCOTT, P. & BJØRTVEIT, T. 2004. *Helse og atferdsendring*, Oslo, Gyldendal akademisk
- REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK. 2012. *Helseforskning* [Online]. [https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadspliktp\\_dim=34997&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadspliktp_dim=34997&_ikbLanguageCode=n): Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. [Accessed 22.04.2014].
- REGJERINGEN 2005. Stortingsmelding nr 17 Makt og demokrati. <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20042005/017/PDFS/STM200420050017000DDDPDFS.pdf> (accessed 23.09.2014): Statministeren sitt kontor.
- REGJERINGEN. 2012. *Regjeringen vil fulldigitalisere forvaltningen* [Online]. <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemedlinger/pressemedlinger/2012/regjeringen-vil-fulldigitalisere-forvalt.html?id=677988>: Regjeringen. [Accessed 20.11.2014].
- SCHWEBS, T. & ØSTBY, H. 2007. *Media i samfunnet*, Oslo, Det norske samlaget.
- SCHWEBS, T. & ØSTBY, H. 2013. *Media i samfunnet*, Aalborg, Det Norske Samlaget.
- SKRETTING, A., LUND, K. & BYE, E. 2014. Rusmidler i Norge 2013. [http://www.sirius.no/filestore/import\\_vedlegg/vedlegg\\_publicasjoner/rusmidler\\_i\\_Norge2013.pdf](http://www.sirius.no/filestore/import_vedlegg/vedlegg_publicasjoner/rusmidler_i_Norge2013.pdf) (accessed 14.05.2014): Statens institutt for rusmiddelforskning.
- SLETTEMEÅS, D. 2014. Bruk av smarttelefon og nettbrett i den norske befolkningen. [http://www.sifo.no/files/file79632\\_prosjektnotat\\_2-2014\\_web.pdf](http://www.sifo.no/files/file79632_prosjektnotat_2-2014_web.pdf) (accessed 15.11.2014): Statens institutt for forbrukerforskning.
- SSB 2014a. Andel røykere og snusere 16-74 år, etter kjønn. In: SSB (ed.). <http://www.ssb.no/helse/statistikk/royk/aar/2014-02-05?fane=tabell&sort=nummer&tabell=161496>.
- SSB. 2014b. *Norsk mediebarometer, 2013* [Online]. <http://www.ssb.no/medie>: Statistisk sentralbyrå.
- STORVIK, A.-G. 2014. *150.000 lastet ned røykeslutt-app* [Online]. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/150000-lastet-ned-roykeapp/>: Dagens medisin. [Accessed Lest 08.10.2014].
- SÆTERDAL, I., RINGERIKE, T., ODGAARD-JENSEN, J., I, I. H., G, G. H., REIKVAM, A. & KLEMP, M. 2010. Legemidler til røykeslutt. <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/legemidler-til-r%C3%B8ykeslutt> (accessed 10.10.2014): Kunnskapscenteret.
- SØRENSEN, T., ANDREASSEN, H. & WANGBERG, S. 2014. E-helse i Norge. Prosjektrapport. <http://telemet.custompublish.com/e-helse-i-norge->

- [2013.5333271-247954.html](#) (accessed 09.10.2014): Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.
- TATARA, N., ÅRSTRAND, E., SKRØVSETH, S. & HARTVIGSEN, G. 2013. Long-Term engagement with a mobile self-management system for people with type 2 diabetes. *JMIR MHealth and uhealth*, 1, 1-19.
- TAYLOR, R., NAJAFI, F. & DOBSON, A. 2007. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J Epidemiol*, 36, 1048-1059.
- TELENOR. 2012. *Røykeslutt for godt* [Online].  
[https://http://www.online.no/tips\\_rad/appguiden/roykeslutt.jsp](https://http://www.online.no/tips_rad/appguiden/roykeslutt.jsp): Telenor. [Accessed Lest 08.10.14.
- TOBAKKSKADELOVEN 2014. Lov om vern av tobakksskader.  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1973-03-09-14?q=tobakkskadelova>.
- UNIVERSITETET I STAVANGER. 2014. *Applikasjoner* [Online].  
<http://www.uis.no/bibliotek/finn-faglitteratur/applikasjoner/>: Universitet i Stavanger. [Accessed 20.11.2014 2014].
- USDHHS 2014. The health consequences of smoking - 50 years of progress. A report of the surgeon general. Atlanta U.S: Department of health and human services, centers for disease control and prevention, coordinating center for health promotion, national center for chronic disease prevention and health promotion.
- VAAGAN, R. 2015. *Medieskapt. Medier i informasjons- og kommunikasjonsfunnet*, Bergen, Fagbokforlaget.
- VERDENS HELSEORGANISASJON 2009. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.
- ØSTBY, H. 2009a. *Medievitenskap, mediebruk*, Kapittel 3 i *Medievitenskap* Gentikow.
- ØSTBY, H. 2009b. Paul F Lazarsfeld og teorien om opionslederskap og "uses and gratifications"- tankegang og funn. I *Medievitenskap - Mediebruk i Gentikow* (2009).

## **Vedlegg 1 – Informert samtykke**

*Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Bruk av røykeslutt-app som ledd i røykeslutt?"*

### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Tone Cecilie Løvholm og jeg er masterstudent ved Norges miljø og bioteknologiske universitet på Ås og jobber nå med min avsluttende masteroppgave. Formålet med studie er å se hvordan personer bruker røykeslutt-appen som er utviklet enten av LHL eller av Helsedirektoratet og hvordan denne appen kan påvirke motivasjonen for å bli eller fortsette å bli røykfri.

Du forespørres om å delta i studiet da du har kontaktet Frisklivssentralen for å få hjelp til røykeslutt. Frisklivssentralen er en kommunal helsetjeneste som tilbyr veiledning ved røykeslutt, både ved individuell veiledning og ved røykesluttkurs. Begge oppfølgingene gis av helsepersonell som har fått utdanning av Helsedirektoratet for å utrette en best mulig helsehjelp til personer som vil bli røykfrie.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

En deltakelse i studiet innebærer at du må stille opp til intervju. Varigheten av intervjuet er satt til maksimum 60 minutter. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle hvordan du bruker røykeslutt-appen, hvorfor du valgte å bruke røykeslutt-appen og hvordan dette har påvirket deg under prosessen hvor du har som mål å bli røykfri. I tillegg vil jeg spørre deg om kjønn og alder. Hele samtalen vil bli tatt opp som en lydfil ved å bruke en iPod.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Samtalen vil bli tatt opp på en iPod. Videre vil samtalen bli transkribert og lagret på min private pc som er passord beskyttet. Lydopptaket vil bli slettet etter at transkriberingen er gjennomført. Alle personopplysninger, altså alder og kjønn, vil bli behandlet konfidensielt og datamaterialet blir anonymisert ved publisering.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. At du trekker deg for studiet har ingen betydning for oppfølgingen som du mottar ved Frisklivssentralen.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg Tone på telefon 957 42 489 eller min veileder Grete Patil på telefon 64 96 56 56

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og er godkjent.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Navn (Blokkbokstaver)

\_\_\_\_\_  
Signatur

## **Vedlegg 2 – Intervjuguide**

### **Personlige opplysninger**

Kjønn:

Alder:

### **Bakgrunn informasjon**

1. Hvor lenge har du røykt?
2. Hvilke merke røyker du?
3. Hvor mange sigaretter røyker du hver dag?
4. Hvor lang tid etter du har stått opp tar du din første røyk?
5. Har du prøvd å slutte tidligere?
6. Hvor mange ganger har du prøvd å slutte å røyke?
7. Hvorfor vil du slutte nå?

### **Bruk av appen**

8. Hvor fikk du informasjon om at appen fantes?
9. Hvilken app har du brukt?
10. Hvorfor valgte du denne appen?
11. Hvilke forventninger hadde du til appen før du tok den i bruk?
12. Hvorfor lastet du ned appen?
13. Hvordan har du brukt appen?
14. Hvor ofte har du brukt appen?
15. Hvordan har bruken av appen utviklet seg?
16. Er det noen funksjoner på appen som du syntes er bedre enn andre?
17. Er det noen funksjoner på appen som du synes er dårligere enn andre?
18. Er det noen som kunne være annerledes på appen for at den skal fungere bedre for deg?

### **Erfaringer med appen**

19. Kan du fortelle meg om hva du tenker om appen?
20. Kan du beskrive forholdet du har hatt av røykeslutt-appen?
21. Hvordan har appen påvirket deg i prosessen å slutte med tobakk?
22. Hvilken rolle har appen spilt i din prosess i å bli røykfri?



23. Hvilke erfaringer har du hatt med å bruke appen?
24. Var det i noen perioder du tenkte at appen var mer eller mindre nyttig enn i andre perioder?
25. Hvordan tenker du å bruke appen videre?

### **Endre livsstil**

26. Hvordan har motivasjonen din for å slutte å vært gjennom prosessen for å slutte å røyke?
27. Hva gjorde at du bestemte deg for å slutte å røyke?
28. Har dette endret seg gjennom slutteprosessen?
29. Har appen spilt en rolle for at du skal slutte å røyke? Ved eventuelt ja, på hvilken måte?
30. Hvordan har slutteprosessen vært for deg?

### **Appen for andre**

31. Kan du si noe om hva du tenker generelt rundt appen og røykeslutt?
32. Hva burde vært gjort annerledes for at appen skulle fungere bedre for andre røykere?
33. Er det noen funksjoner du savner?
34. Hva tenker du om at Helsedirektoratet og Landsforeningen for hjerte og lungesyke har utviklet app for å bli røykfrie.



Grete Grindal Patil  
Seksjon for landskapsarkitektur og design UMB  
Postboks 5003  
1432 ÅS

Vår dato: 11.03.2014

Vår ref: 37909 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.02.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37909</i>	<i>Erfaringer med bruk av røykesluttapp ved røykeslutt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Grete Grindal Patil</i>
<i>Student</i>	<i>Tone Cecilie Løvholm</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.02.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Cecilie Løvholm [tlovholm@gmail.com](mailto:tlovholm@gmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svuit.no](mailto:nsdmaa@svuit.no)



Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus. Universitetet for miljø- og biovitenskap er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forutsetter at ansvaret for behandlingen av personopplysninger er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det inngås en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men navn og kontaktinformasjon til veileder bør også tilføyes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet for miljø- og biovitenskap sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.02.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

- å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- og slette/omskrive indirekte personopplysninger (f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- samt slette lydoptak



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
67 23 00 00  
[www.nmbu.no](http://www.nmbu.no)