

# SUNDHED OG RYGESTOP I ET HVERDAGSLIVSPERSPEKTIV

- en kvalitativ interviewundersøgelse  
blandt lavtuddannede

2007



**Sundhed og rygestop i et hverdagslivsperspektiv**  
- en kvalitativ interviewundersøgelse blandt lavtuddannede

Undersøgelse er forankret i Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspolitik på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Århus Universitet, og er gennemført af cand. mag. Bettina Bach, cand. mag. Pernille Dehn og cand. comm. Jeanette Magne Jensen. Sidstnævnte har været undersøgelsens projektleder og hovedforfatter.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Orientering  
Emneord: Rygestop; Ulighed; Vægtproblemer

Sprog: Dansk  
Version: 1.0  
Versionsdato: 29. oktober 2007

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-576-7

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, oktober 2007

## Forord

I 2004 indgik Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik, Århus Universitet, en aftale med Sundhedsstyrelsen om at gennemføre en større undersøgelse af sammenhængen mellem vægtbekymring og rygestop. Vægtbekymring er et væsentligt parameter ved beslutning om rygestop, og formålet med undersøgelsen var at få viden om andelen af rygere, der er bekymrede for at tage på i vægt i forbindelse med et rygestop og de øvrige psykologiske faktorer, der kan spille ind på beslutningen om et rygestop.

### Undersøgelsen havde 4 formål:

1. At opnå et validt mål for antallet af vægtbekymrede rygere i Danmark
2. At opnå kvantitative mål for de psykologiske faktorer, der fastholder rygeren i sin vægtbekymring og dermed sin rygning
3. At opnå viden om det komplekse samspil af psykologiske faktorer, der hindrer effektiv intervention over for primært rygestop, sekundært vægtforøgelse
4. At opnå viden om disse interventioner i forhold til rygestop og vægt, psykologisk intervention (rådgivning) om kost, motion, nikotinsubstitution, o. lign.

Denne undersøgelse blev samtidig suppleret med spørgsmål i en national undersøgelse af danskernes rygevaner, samt af en undersøgelse blandt rygere og eksrygere fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup Amtssygehus. Disse to undersøgelser viste sig at være dækkende for punkt 1 og 2. Derfor blev det i samråd med Sundhedsstyrelsen besluttet at ændre nærværende undersøgelse, så den tager udgangspunkt i resultaterne fra de to øvrige undersøgelser og primært beskæftiger sig med punkt 3 og 4. Samtidig blev målgruppen indsnævret til at indeholde grupper, hvor der er mange rygere, dvs. kortuddannede.

Nærværende rapport tager derfor udgangspunkt i nogle af de problemstillinger, som har vist sig væsentlige i undersøgelsen i forbindelse med rygestop og vægt: risikopfattelse, kropsofattelse – herunder tanker om vægt og vægtbekymring – ligesom sundhedsofattelsen og mestring af sundhed i målgruppen har været i fokus. Undersøgelsen kan dermed ses som et bidrag til diskussionen omkring, hvordan man kan imødegå social ulighed i sundhed.

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning og baggrund</b>	<b>5</b>
1.1	Formål med undersøgelsen	5
<b>2</b>	<b>Hovedkonklusion</b>	<b>7</b>
2.1	Reguleringsfaktorer	8
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>9</b>
3.1	Analyseltilgang	10
3.1.1	Hverdagslivet som perspektiv	10
<b>4</b>	<b>Informanterne</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>Analyse</b>	<b>17</b>
5.1	A. Tematisk analyse	17
5.1.1	Hverdagsliv	17
5.1.2	Sundhed, risiko og krop	25
5.1.3	Røg og risiko	27
5.1.4	Rygningens betydning i hverdagslivet	31
5.1.5	Sundhed i det sociale rum	34
5.1.6	Rygestoppernes hvorfor og hvordan	40
5.2	B: Diskussion på tværs af temaerne	47
5.2.1	Beslutningen om rygestop	47
5.2.2	Sundhedsbegreb	48
5.2.3	Fremtidsorienteringer	49
5.2.4	Sundhedsinformation	49
5.2.5	Fremtidige sundhedspædagogiske tiltag?	50
<b>6</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>53</b>

# 1 Indledning og baggrund

Denne rapport er resultatet af en række kvalitative interviews med ufaglærte og faglærte arbejdere. Interviewene handler om deres sundhedsbegreber og måder af mestre sundhed på i hverdagslivet. Som særligt fokusområde har undersøgelsen ønsket at komme tæt på en forståelse af de processer, der både fastholder interviewpersonerne som rygere og de processer, der har betydning for, at de tager beslutningen om at gennemføre et rygestop og fastholde dette. Der er derfor i undersøgelsen interviewet lige mange rygere og ex-rygere.

Når gruppen af ufaglærte og faglærte arbejdere er udvalgt som særlig målgruppe for undersøgelsen, hænger det sammen med, at denne målgruppe ligger under for social ulighed i sundhed. Den seneste undersøgelse af sundhed og sygelighed i den danske befolkning (SUSY-2005) viser, at målgruppen af 'lavtuddannede/lønmodtagere på grundniveau' statistisk set lider under større sygelighed og dødelighed end andre socialgrupper, at rygefrekvensen blandt personer i denne målgruppe er høj, og at de spiser mindre frugt og grønt end personer med en længere uddannelse.

Målgruppen af lavtuddannede er desuden interessant at beskæftige sig med, fordi de generelt er sværere at få til at ændre sundhedsadfærd og livsstil på baggrund af traditionelle sundhedsfremmende aktiviteter.

Konklusioner i Inter99 viser en mulig sammenhæng mellem en sund livsstil og ønsket om rygestop. Det er derfor relevant i nærværende undersøgelse at få indblik i, hvordan en ryger kan motiveres til at leve sundt på andre livsstilsområder, da dette muligvis har potentiale til at motivere til rygestop på lidt længere sigt. Det er på denne baggrund, at undersøgelsen interesserer sig bredt for sundhed i målgruppens hverdagsliv og ikke blot spørger ind til rygning. Sigtet i undersøgelsen og nærværende rapport bliver derfor at diskutere, hvilke muligheder for sundhedsfremme, der rejser sig, hvis man retter blikket mod, hvordan sundhed viser sig i målgruppens hverdagsliv. Udgangspunktet for vores diskussioner tager således afsæt i analyser af de betingelser, som informanternes hverdagsliv sætter for sundhed, og de mulighedsrum sundhed tildeles i deres hverdagsliv.

## 1.1 Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen er igangsat ud fra ønsket om at finde ud af, hvordan Sundhedsstyrelsen og andre aktører på den sundhedsmæssige arena kan kommunikere til faglærte arbejdere, så de bliver i stand til at mestre vægtbekymring og andre betydningselementer i rygestopprocessen for derigennem at blive motiveret til et rygestop.

Undersøgelsen er dermed normativt forankret og har en stærk orientering mod udvikling af anbefalinger for intervention i forhold til rygestop blandt lavtuddannede grupper i befolkningen. I det omfang undersøgelsen giver viden herom, vil vi i af-rapporteringen pege på mulige alternative sundhedspædagogiske tilgange, der kan være med til at påvirke målgruppens sundhed i en positiv retning.

En væsentlig forudsætning for at anvende kommunikationsstrategier i bestræbelserne på at nå målgruppen er, at kommunikationen tager udgangspunkt i holdninger og forståelser fra målgruppens livsverden. Uden dette eksplicite udgangspunkt kan kommunikationen næppe etableres.

Det er derfor vigtigt at få begreb om, hvilke betydninger målgruppen tillægger sundhed i hverdagslivet. Man er altså nødt til at forstå målgruppens konstruktion af sundhedsbegrebet i hverdagslivet, fordi en forståelse af hvordan sundhed viser sig i hverdagslivet, har betydning for, hvordan man kan arbejde sundhedsfremmende over for målgruppen. Deres sundhedsbegreb og væren i livet udgør en relevant platform, hvorfra sundhedspædagogiske aktiviteter kan finde sted.

## 2 Hovedkonklusion

Det er på baggrund af undersøgelsen ikke muligt at pege på en eller to enkeltstående faktorer, der generelt har betydning for målgruppens beslutning om at gennemføre et rygestop. Tværtimod tegner der sig et heterogent billede af årsagerne bag. Det fremstår klart, at øget sundhed i sig selv ikke synes at være en dominerende motivationsfaktor for rygestop. Ikke desto mindre peger undersøgelsen på, at sundhed kan spille en rolle for beslutning om rygestop, hvis en læge formår at konkretisere rygningens negative betydning for helbredet. I undersøgelsen omfatter denne konklusion personer, der har søgt læge på grund af allerede konstaterede helbredsproblemer. Dette tyder altså på, at en konkretisering af helbredstruslen i forhold til rygning kan være af betydning for beslutningen om rygestop, hvis rygeren har søgt læge på grund af erkendte helbredsproblemer. Der er dog ikke noget i undersøgelsen, der tyder på, at lægen som en legitim anden via sin autoritet kan påvirke raske rygere uden selverkendte helbredsproblemer til rygestop.

En ting er at tage beslutningen om et rygestop, en anden er at have de nødvendige ressourcer til at effektuere selve rygestoppet. En analyse af ex-rygernes ressourcer i forhold til at gennemføre selve rygestoppet peger på, at det først og fremmest er indre mestringsressourcer, som viljestyrke og motivation, der er afgørende for at gennemføre et rygestop. Desuden spiller støtte og opbakning i det sociale miljø en rolle for at gennemføre et rygestop. Et anerkendende og opbyggende miljø gør det lettere for rygeren at fastholde rygestoppet, mens det at have mange rygere i omgangskredsen gør det langt vanskeligere for rygeren at holde sig selv fast i forestillingen om, at rygestoppet er værdifuldt. Man kan sige, at den commonsense viden om og opfattelse af rygning, der eksisterer i interviewpersonernes intersubjektive verden tillægger rygning og rygestop en mening, der enten kan fungere som en *hjælper* eller en *modstander* i kampen for et rygestop.

Interviewpersonernes hverdagsliv er underlagt betingelser og rammer, der har betydning for, hvordan de kan leve sundt i betydningen at have en sund livsstil. Det er i undersøgelsen tydeligt, at hverdagslivets betingelser, det, der er inden for interviewpersonernes rækkevidde, har betydning for deres sundhedsbegreb. Det er således tilgængelighedssfæren, den zone de oplever at kunne agere i, der er afgørende for, hvordan de lever sundt – og som også får lov til at forme deres sundhedsbegreb. Sundhed defineres dermed i forhold til det, som de oplever at have indflydelse på – det, der er muligt for dem at handle i forhold til.

Der er en stærk diskurs i interviewpersonernes sundhedsbegreb, der handler om 'det gode liv/livskvalitet' over for 'det sunde liv/livsstil'. Sundhed i en medicinsk forståelse er ikke i sig selv en strukturerende værdi i interviewpersonernes hverdagsliv, og der er ikke mange beslutninger, normer og rutiner i hverdagslivet, der reguleres ud fra et eksplicit ønske om at være sund i betydningen kost, ikke-rygning og motion. Interviewpersonernes sundhedsbegreb handler om at have det godt her og nu. Dette ud fra devisen: Hvad der føles godt for mig, er også sundt for mig.

Det er karakteristisk for interviewpersonerne i undersøgelsen, at de trækker på de nære, personlige erfaringer i hverdagslivet om, hvad der virker, og hvad der ikke virker. De laver deres egne strategier for sundhed, der kan indpasses i hverdagslivets virksomhed.

Trods mange kropssymptomer, der tyder på det modsatte, oplever interviewpersonerne generelt ikke, at deres sundhed er truet. De er i stand til at forklare deres kropssymptomer, så det eksempelvis fortsat giver mening at ryge. Dette kan tilskrives deres fysiske og psykiske afhængighed af rygningen. Afhængigheden er således en fantastisk 'booster' af deres indre forsvarsmekanismer.

Interviewdeltagernes fremtidsorienteringer handler ikke ret meget om forandringer. Der spores i materialet en tendens til at interviewpersonerne ønsker at fastholde status quo. Interviewpersonerne kan beskrives som en målgruppe uden mange ambitioner for fremtiden, og med en høj genkendelsesorientering i livet. De er trygge og glade ved, at hverdagen ligner sig selv fra den ene dag til den anden. Dette karaktertræk kan gøre dem lukkede over for forandringer som eksempelvis et rygestop, der bringer potentielt kaos ind i livet ved at true eksisterende vaner.

## 2.1 Reguleringsfaktorer

Undersøgelsen viser, at rygning reguleres fint af restriktioner og rygepolitikker på arbejdspladsen/i det offentlige rum. På trods af at mange af rygerne harcelerer over samfundets pres på rygerne ved at forbyde rygning i mange settings, så accepterer alle rygere, at der skal tages hensyn til ikke-rygerne. Der er tegn i undersøgelsen på, at det kan motivere til rygestop, hvis det gøres tilstrækkeligt besværligt at ryge.

Undersøgelsen peger på, at man i en indsats for at forbedre målgruppens sundhed umiddelbart bør gå uden om vidensdimensionen. Interviewpersonerne kender udmærket godt de sunde livsstilsråd. Mestring er et centralt begreb inden for sundhedsfremme, da håndtering/mestring af hverdagslivets generelle udfordringer har betydning for, hvordan et menneske kan mestre udfordringer som eksempelvis et rygestop eller andre livsstilsomlægninger. Et mål for sundhedsfremmeaktiviteter kan derfor være at skabe betingelser for, at en målgruppes mestringsevne fremmes, så de udvikler en stærkere oplevelse af sammenhæng i tilværelsen.

Undersøgelsen peger også på, at det kræver stort overskud i hverdagslivet at holde op med at ryge. Ønsket om rygestop kan være til stede hos en ryger, men dette bremses af manglende overskud til at gennemføre et krævende rygestop. Det er altså på et mere subtilt plan i hverdagslivet, at sundhedsfremmende initiativer gerne må ramme ind.

Et relevant spørgsmål for en fremtidig strategi for rygestop inden for denne målgruppe er dermed at afdække, hvordan kan man give folk overskud i hverdagen, så rygestop/sund livsstil kommer inden for rækkevidde.

### 3 Metode

Undersøgelsen er qua en søgen efter betingelser i hverdagslivet, der har betydning for sundhed og rygestop, gennemført efter en kvalitativ metodologi. Kvalitative metoder er velegnede til forskningsprocesser, der ønsker at komme tæt på betydninger, holdninger og normer hos en målgruppe i en specifik situation. Desuden egner kvalitative undersøgelsesteknikker sig til at illustrere tendenser omkring et givent forhold som fx sundhed i hverdagslivet og til at forstå vilkårene for forandringsprocesser.

Der er i undersøgelsen interviewet både rygere, tidligere ex-rygere og ex-rygere for at kunne spørge ind til, hvad der på den ene side fastholder en ryger som ryger, og hvad der på den anden side er af betydning for gennemførelse af et rygestop. I undersøgelsen er anvendt individuelle interviews kombineret med fokusgruppeinterviews i den pågældende interviewpersons sociale netværk.

De individuelle interviews spørger ind til hverdagslivet og erfaringsprocesser omkring rygning og sundhed i dette hverdagsliv, ligesom der er søgt indblik i personernes generelle oplevelse af sammenhænge. Fokusgruppeinterviewene fokuserer på, hvordan kultur, normer og holdninger i det sociale netværk skaber bestemte diskurser omkring rygning og sundhed. Den type rum, som fokusgruppeinterviewene skaber, giver plads til, at deltagerne kan udtrykke erfaringer, normer, holdninger og begrundelser i samspil med hinanden. Disse erfaringer, holdninger og normer forhandler de med hinanden. Hvilken kropsopfattelse er fx gældende, og hvilke normer og handlinger for sundhed og rygning er legitime i gruppen. Kombinationen af individuelle interviews og fokusgruppeinterviews har bidraget til at få et bredt billede af, hvordan rygning og rygestop, krops- og sundhedsopfattelse konstituerer sig hos den enkelte og i vedkommendes sociale netværk.

Såvel de individuelle interviews som fokusgruppeinterviewene er forløbet som en fri samtale med udgangspunkt i en række overordnede temaer. Interviewene kan dermed karakteriseres som semi-strukturerede. Der er i interviewene lagt særlig vægt på at komme tæt på interviewpersonernes betydningsunivers. De overordnede mål med interviewene har derfor været at finde ud af, hvilke betydninger interviewpersonerne tillægger fænomener af relevans for deres forvaltning af sundhed i deres hverdagsliv. Formålet med interviewene har således været at indfange interviewpersonens perspektiv og se dette perspektiv som grundlaget for sundhedspædagogiske interventioner og aktiviteter.

I udvælgelsen af informanter til de personlige interview har det været et kriterium, at halvdelen af informanterne var rygere, imens den anden halvdel var tidligere rygere. Det var videre en målsætning at få en ligelig fordeling af køn blandt de to grupper, ligesom vi ønskede at få fat i den ”yngre” del af befolkningen. Kriterium for ”yngre” blev her sat til informanter i alderen 20 – 40 år. Bortset fra disse udvælgelseskriterier er informanterne vilkårligt udvalgte. Da undersøgelsen har forladt et fokus på vægtbekymring som primær undersøgelsesparameter, er interviewpersonerne ikke repræsentative for den gruppe i befolkningen, som i tidligere studier har udtrykt bekymringer for vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop. I undersøgelsen ses derfor bredere på informanternes forhold til sundhed, rygning, motion, kost, risici forbundet med rygning, sociale vilkår og arbejdspladskulturelle aspekter ved rygning.

Interviewene trækker som indgang til samtalen med interviewpersonerne om sundhed på den offentlige diskurs af, hvad sundhed er. Det sker helt automatisk, fordi undersøgelsen er rettet imod udvikling af viden om, hvordan sundhed i betydningen rygning/kost/motion kan italesættes/adresseres over for denne målgruppe. Denne specifikke sundhedsdiskurs har naturligvis i en vis udstrækning haft betydning for, hvordan interviewpersonerne har besvaret spørgsmål omkring sundhed. I interviewsituationer er der ofte en tendens til, at interviewpersonerne ubevidst ønsker at behage (please) interviewerens ved at give svar, som interviewerens gerne vil høre. For at komme uden om denne fejlkilde har interviewerens kontinuerligt spurgt ind til respondenternes svar, søgt uddybninger, forklaringer, begrundelser. Desuden er hverdagslivsinterviewet i sig selv en eminent mulighed for i interviewsituationen at få øje på konkurrerende diskurser for sundhed. Gennem interviewpersonernes fortællinger om livet som det udleveres i hverdagen, er det muligt at få øje på de alternative elementer, som tillægges betydning i relation til sundhed.

Der har været tre forskellige interviewere tilknyttet undersøgelsen. Alle interviewere har været bevidste omkring deres egen "sundhedsmæssige fremtræden" i interviewsituationen. To af interviewerne er selv rygere og kunne under interviewene ryge en cigaret sammen med interviewpersonerne. At interviewer og interviewperson har kunnet dele lasten ved en cigaret sammen, har sandsynligvis lukket op for et vist fortrolighedsrum, hvor det har været legitimt at iscenesætte sundhed som meget andet end lange løbeture og antirygning. Den ikke-rygende interviewer har under interviewene forsøgt ikke at virke "hellig" i sundhedsmæssig forstand og dermed blive slået i hartkorn med sundhedsapostlene ved at tage godt for sig, hvis der blev serveret kage, slik mm under interviewet.

### 3.1 Analysetilgang

Analysen af det empiriske materiale har både et indefra og udefra perspektiv. Det er tilstræbt at beskrive og systematisere interviewpersonernes hverdagsliv og sundhedsbegreb med hans/hendes egne ord og i hans/hendes egen forståelse. Denne del af analysen vil vise myriader af hverdagsliv, som tydeliggør, at hverdagslivet leves på mangfoldige måder. Dette synliggøres i rapporten via en rundhåndet mængde af citater, der giver indblik i, hvilke præmisser og principper interviewpersonerne lever deres liv efter og hvilke rationaler, der ligger bag deres holdninger og handlinger for sundhed. I en anden del af analysen anskues det empiriske materiale udefra og diskuterer informanternes hverdagslivsbetragtninger i forhold til nogle mere teoretiske begreber om mestring, oplevelse af sammenhæng i hverdagen, modstandsoverskud og modstandsunderskud i forhold til forvaltning af sundhed – og rygestop.

#### 3.1.1 Hverdagslivet som perspektiv

Hverdagslivet er det liv, vi lever hver dag, men hverdagslivet er altid i forandring. Hverdagslivet er en sociologisk metafor for det daglige liv i sin helhed. Hverdagslivet omfatter altså hele det daglige liv såvel arbejdsliv som fritidsliv, familien, venner, bekendte og det område man bor i. Hverdagslivet er betinget af en vis orden, hvor de daglige aktiviteter og mellem menneskelige relationer tillægges betydning. For at gøre hverdagslivet overskueligt og skabe en vis sikkerhed i de daglige gøremål, indarbejder vi vaner, rutiner, regler og principper for de begivenheder,

som regelmæssigt indtræder i vores omverden. Vi gør en masse ting, som vi slet ikke lægger mærke til, og store dele af vores aktiviteter sker derfor upåagtede. Disse aktiviteter kaldes også hverdagslivets selvfølgeligheder. De er ikke ubevidste, og vi kan sagtens se dem, hvis vi gøres opmærksom på dem. I hverdagslivsteorien opereres derfor med en rummelig struktur, der kaldes *tilgængelighedssfæren*. Tilgængelighedssfæren består af en omverden, der er inden for umiddelbar og aktuel rækkevidde, og som eksisterer her-og-nu som en medverden, der er inden for potentiel rækkevidde for bevidstheden. I en stor del af vores hverdagsliv fungerer vi som integrerede dele af en intersubjektiv verden, hvor vi handler og forhandler som et menneske blandt andre mennesker. Denne intersubjektive verden bygger på en commonsense viden, der har rødder i et kulturelt og socialt frembragt lager af viden. Den viden er en forhåndenværende viden, der fungerer som et implicit referencesystem. Denne commonsense viden er med til at afgrænse og definere, hvordan vi kan handle i vores hverdagsliv og i social interaktion med andre, ligesom den har betydning for, hvordan begivenheder i omverdenen kan tolkes. Den tillægges derfor en form for objektivitet og sandhedsværdi for den enkelte, og det tages for givet, at denne viden er fælles. Gennem praksis og interaktion med andre bekræftes, afkræftes og udfordres vores antagelser om en fælles viden, og således udvikles vores viden (intersubjektivitet) hele tiden i et dialektisk socialt samspil mellem os selv og vores omgivelser.

Dette perspektiv har haft betydning for måden, hvorpå interviewene er blevet gennemført (spørgsmål og tematikker i interviewene), for metoden i undersøgelsen (individuelle interviews kombineret med fokusgruppeinterviews i interviewpersonernes sociale netværk) ligesom det har fordret en analysestrategi, der leder efter, hvordan hverdagslivets betingelser har betydning for interviewpersonernes sundhed.

## 4 Informanterne

Det har været ganske vanskeligt at indfange interviewpersoner med den relevante profil i undersøgelsen. Da undersøgelsen blev planlagt, var det hensigten at rekruttere alle de kvindelige deltagere blandt social- og sundhedshjælpere/-assistenter og alle de mandlige deltagere fra bygge- og anlægsbranchen. Undersøgelsen blev derfor præsenteret på en konference for social- og sundhedsassistenter i regi af FOA-sundhed, ligesom Byggegruppen i fagforeningen 3F blev kontaktet med henblik på at skabe kontakt til de mandlige interviewpersoner. Det lykkedes at indfange kvindelige interviewpersoner blandt social- og sundhedsassistenterne, mens de mandlige deltagere har været meget svære at få fat i. Særligt ex-rygende unge mænd har voldt problemer, da der tilsyneladende ikke findes så mange af dem, og der endvidere har været langt mellem dem, der har haft lyst til at lade sig interviewe, når vi endelig fik fat i dem. Derfor har vi i rekrutteringen af mænd måtte skyde med spredehagl, hvilket betyder, at gruppen fremstår mindre homogen end gruppen af kvinder.

I bilag 2 vises en liste over de forskellige kanaler, hvorigennem der er forsøgt at rekruttere deltagere til interviewundersøgelsen.

I det følgende gives en kort præsentation af de interviewpersoner, der indgår i interviewundersøgelsen.

### Mænd:

**Peter**, ryger, 32 år, social- og sundhedsassistent, uddannet først som hjælper og derpå som assistent, gennem flere år ansat som aftenvagt i en omegnskommune til København. Peter bor alene (med sin kat) i en toværelseslejlighed i et moderne, socialt boligbyggeri i samme omegnskommune. Der er stisystemer og grønne områder omkring bebyggelsen. Udover at være sosu-assistent er Peter sikkerhedsrepræsentant og sidder derfor noget tid på kontor samt deltager i relevante møder i kommunalt regi. Peter kan godt lide at lave mad og laver gerne varm mad til sig selv, både de gode danske klassikere og det mere lette køkken. I sin fritid dyrker han sin interesse for gamle ting og antikviteter, gerne sammen med familie eller gode venner. Der må stadig ryges i rygerum på Peters arbejde. Der er en del rygere på arbejdspladsen og meget samvær omkring rygningen.

I fokusgruppeinterviewet med Peter deltager to kollegaer.

**Frank**, ryger, 39 år, reservedelschef i et automobilfirma i København, uddannet på Handelsskole i handel og engros, gift med Jonna, 41 år, som arbejder på et fagbibliotek ved et universitet. Parret har en søn på 5 år. De bor i et lille parcelhus i en forstad til København. Der er en lille have til, som Franks kone passer – Frank bryder sig ikke om havearbejde. Frank er glad for mad og står som regel for indkøb og madlavning til den lille familie. Frank er overvægtig og er sat i medicinsk behandling af sig læge for at tabe sig. Han træner lejlighedsvist i motionsrum med sin bror. På Franks arbejdsplads må der ryges på udpegede steder, bl.a. på Franks eget kontor, hvilket folkene, der arbejder på lageret under Frank, også benytter sig af. Alligevel blev Frank for halvandet år siden røgfri i en periode på et år. Han begyndte imidlertid at ryge igen, idet han troede, han som festryger ville kunne styre sit forbrug til kun at foregå ved særlige lejligheder.

I fokusgruppeinterviewet deltager Franks lillebror og lillebroderens kone.

**Martin**, ryger, 46 år, betjentformand på et bibliotek i udkanten af København, hvor han har haft ansættelse i næsten 30 år. Han er fraskilt og bor i en lejlighed sammen med sin datter på 14 år, som også ryger. Han har det sidste halvandet år haft en kæreste, som er kok, og som også ryger. Martin, der i forvejen var ”en stor mand”, har som resultat af mødet med al den gode mad taget 20 kilo på inden for det sidste år. Han bruger en god del af sin fritid på at køre rundt på sin nyligt erhvervede Harley Davidson motorcykel og tager jævnligt på tur med Harley Klubben til forskellige arrangementer. Sammen med sin kæreste går han ofte på restaurant og spiser, ligesom de kombinerer turene på motorcykel med besøg på restauranter og madmesser. Martin holdt op med at ryge i 1994. Hans ekskone og han havde købt nyt hus og for at begrænse udgifterne, besluttede de sig for at holde op med at ryge. Ekskonens rygestop holdt ikke, mens Martin fastholdt sit. Han begyndte at ryge igen i år 2000, da han havde mødt en ny kæreste, som røg. For et halvt år siden fik han ordineret blodtryksænkende medicin af sin læge, som han regner med, han kommer til at tage resten af sit liv.

I fokusgruppeinterviewet deltager to af Martins kolleger.

**Rasmus**, ex-ryger, 31 år, portør på et større københavnsk hospital. Rasmus er egentlig uddannet tømrer, men fravalgte faget for nogle år siden, da han ikke befandt sig vel i kulturen på en byggeplads. Han er meget glad for sit nuværende arbejde, men ønsker at uddanne sig til noget inden for EDB og computere, der er en stor passion. Rasmus bor alene i en nyrenoveret andelslejlighed centralt i et af brokvartererne i København. Rasmus stoppede med at ryge for godt et år siden. Han har efter rygestoppet langt sin livsstil radikalt om. Han løbetræner og bruger altid sin cykel til og fra arbejdet – han er i det hele taget glad for at cykle og brugte cyklen aktivt som afledningsmanøvre, da han skulle holde op med at ryge. Rasmus bruger efter eget udsagn mange penge på at købe god mad, og han hader frosne færdigretter. I sin fritid er han ofte sammen med familien, som bor tæt omkring ham.

Fokusgruppeinterviewet med Rasmus foregår sammen med 3 portørkollegaer.

**Bent**, ex-ryger, 29 år, maskinarbejder, ansat som montør i virksomhed i en mellemstor provinsby. Arbejdet består primært i at tage ud på bryggerier i ind- og udland og opsætte eller reparere bryggerimaskiner, hvilket Bent er specialiseret i. Arbejdets karakter betyder, at Bent ofte er meget væk fra hjemmet. Bent bor i et rækkehus i udkanten af Svendborg med sin kone, der er bogbinder og tjener samt deres datter på 1 år. Huset, der har været noget plaget af fugt, er svigermors, og det er meningen, at parret snart skal ud at købe deres eget. Efter at de har fået barn, er de begyndt af spise mere regelmæssigt. Tit bliver det til rugbrødsadder i stedet for varm mad. Bent dyrker ikke motion, men cykler til og fra arbejde. Fritiden bliver brugt med venner og familie. Herudover er Bent glad for at spille Warhammer eller andre spil på Pc'en – en interesse han også dyrker med nogle af sine venner. Bent holdt op med at ryge for et halvt år siden, bl.a. fordi hans datter fik astma. Hans kone ryger fortsat, dog kun udenfor, og deres hjem er således blevet ikke-rygerhjem.

I fokusgruppeinterviewet med Bent deltager to af hans venner.

**Karsten**, ex-ryger, 25 år, maskinarbejder, har de sidste 4 måneder været selvvalgt arbejdsløs. Han har tidligere haft ansættelse som montør i et firma, som ligger i en mellemstor provinsby, hvor han blev udstationeret forskellige steder i ind- og udland. Han blev imidlertid træt af de mange timer, han skulle bruge på arbejdet og valgte derfor at sige sin stilling op. Han bor hjemme hos sin mor, som er ansat på en fabrik. Han laver meget sjældent mad men spiser af og til med, hvis hans mor har lavet noget, han godt kan lide. Ellers lever han primært af toastbrød med ost eller hønsesalat og pizzaer og menuer fra McDonalds. I forbindelse med sit rygestop ændrede han radikalt kostvaner, begyndte at gå i motionscenter og vægttræne tre timer om dagen 7 dage om ugen samt tage kosttilskud og fedtforbrændere. Ambitionen var ikke kun at fastholde rygestoppet gennem en radikal livsstilsændring, men også at få en veltrimmet figur. Et halvt år efter rygestoppet holdt Karsten imidlertid helt op med at gå i motionscenter og selv at lave mad. Nu går han i motionscenter to gange om ugen, dyrker kite-surfing og er en ivrig World of Warcraft spiller.

I fokusgruppeinterviewet med Karsten deltager to af hans venner.

#### **Kvinder:**

**Katja**, ex-ryger, 28 år, social- og sundhedshjælper, ansat som fast aftenvagt i en omegnskommune til København, vil gerne på et tidspunkt videreuddanne sig til assistent eller sygeplejerske, samboende med sin kæreste, der er ufaglært og pt. er arbejdsløs. Parret har en søn på 2 år. Familien bor i et nedslidt, socialt boligbyggeri med mange grønne arealer omkring, og lejligheden bærer præg af, at familien ikke har mange penge at gøre godt med. Katja laver varm mad hver dag dels til at tage med på arbejde, dels til sin søn og sin kæreste. Parret har et afslappet forhold til slik og søde læskedrikke, som de gerne konsumerer dagligt. Katja har planer om at starte i motionscenter og cykler i øvrigt meget, både til og fra arbejde og når hun har fri i øvrigt. Fritiden bliver brugt med familien og Katja kan godt lide at være ude samt at gå i Tivoli og Zoo, som de har årskort til. Katja er holdt op med at ryge for knap 3 måneder siden, fordi sønnen fik konstateret astma. Hendes samlever ryger fortsat.

I fokusgruppeinterviewet med Katja deltager 2 kollegaer.

**Helle**, ex-ryger, 39 år, social- og sundhedshjælper, sidder som fællestillidsmand i sin hjemkommune. Helle har været ansat som social- og sundhedshjælper i 22 år og funktionen som fællestillidsmand for alle kommunens ca. 700 social- og sundhedshjælpere betyder, at Helle er overgået til en kontorstilling på fuld tid. Helle bor alene i et lavt, socialt boligbyggeri i en omegnskommune til København. Hun stoppede med at ryge for lidt over et år siden i forbindelse med, at hun blev syg med en lungebetændelse, der forhindrede hende i at ryge i 3 uger. Efter rygestoppet har hun taget 15 kg på, som hun forsøger at tabe ved at dyrke motion i et motionscenter. Hun irriteres over de ekstra kilo, men kunne ikke drømme om at begynde at ryge igen bare for at tabe sig. Udover at dyrke mere motion forsøger hun at komme kiloene til livs ved at spise sundere – men der kan godt ryge både grillmad og sodavand ned.

I fokusgruppeinterviewet med Helle deltager to af hendes veninder.

**Karin**, ex-ryger, 40 år, kontorassistent på et større plejecenter i en forstandskommune til København. Hun er meget glad for sin arbejdsplads, hvor hun har været ansat i 3 år. Karin bor sammen med sine to døtre på 7 og 12 år i et lille og lavt socialt boligbyggeri under en halv kilometer fra hendes arbejdsplads. Karin fik graviditetsdiabetes under hendes anden graviditet – en sygdom, der ikke forsvandt efter fødslen for syv år siden. Det første halve år forsøgte Karin at regulere sin diabetes udelukkende via kostændringer, men hun oplevede, at livet på diæt var for surt. Derfor er medicin i dag hendes foretrukne måde at regulere sygdommen på, selvom hun tager mange kosthensyn i det daglige. Karin lagde cigaretterne på hylden for et år siden, da hun sammen med sin mor deltog i et rygestopkursus, som arbejdspladsen betalte. Karin og moderen er på samme arbejdsplads og familien indtager i det hele taget en betydningsfuld plads i Karins liv. Hun er dagligt sammen med moderen, lillesøsteren eller broderen, der alle bor lige om hjørnet. Karin har haft let ved at holde op med at ryge og savner ikke cigaretterne voldsomt. Hendes to graviditeter kunne hun også uden problemer stå igennem uden cigaretterne. Men cigaretterne har alligevel betydet så meget for hende, at hun har genoptaget rygningen et par måneder efter begge fødsler. Efter rygestoppet har hun taget 2-3 kilo på – en vægtforøgelse, der ikke generer hende synderligt.

Der er ikke gennemført fokusgruppeinterview med Karin

**Jytte**, ryger, 36 år, social- og sundhedsassistent, ansat i et vikariat på et plejehjem. Da hun har fået håndallergi, kan hun ikke længere tåle at arbejde som social- og sundhedsassistent, hvorfor hun har fået en vikariatstilling som indscanner ved en forskningsinstitution. Hun har en datter på 2 år og en datter på 5 år, som har astma. Hun er ved at blive skilt fra børnenes far, men da interviewet finder sted, bor de stadig sammen i en fremlejet lejlighed, som de har boet i det sidste år. Manden er ansat som nedriver og er også ryger. Da der er skimmelsvamp i den lejlighed, som de bor i, leder både Jytte og hendes mand efter nye steder at bo. Jyttes læge har fortalt hende, at hun er på vej til at få rygerlunger, og hun hoster en del og får ofte lungebetændelse. I et forsøg på at holde op med at ryge har hun fået laserakupunktur, men selvom hun oplevede, at det hjalp i starten, røg hun 8-10 dage efter behandlingen på samme niveau som før. Jytte står for hjemmets indkøb og madlavning, hvor hun er opmærksom på at holde igen på fedtstofferne, ligesom hun sørger for, at de altid får grøntsager. Da hun er hypermobil, dyrker hun ingen motion, og fritiden går mest med praktiske gøremål. Når hun skal slappe af spiller hun spil på computeren eller ser TV.

Der blev ikke gennemført fokusgruppeinterview med Jytte. Da aftalen om fokusgruppeinterview skulle laves meldte Jytte med beklagelse fra. Hun kunne ikke overskue at deltage i et fokusgruppeinterview, da skilsmissen på det tidspunkt fyldte meget i hendes liv.

**Hanne**, ryger, 31 år, social- og sundhedshjælper, ansat i fast dagvagt. Hanne bor alene sammen med sine to børn på henholdsvis 8 og 4 år i et større boligkompleks i en forstad til København. Det ældste barn ser ikke sin far, så hun bor altid hos Hanne, mens det yngste barn bor hos sin far halvdelen af tiden. Da Hanne er fuldtids mor, har hun meget lidt tid til sig selv. Hun lider af eksem og psoriasis, hvilket giver hende problemer med at have hænderne så meget i vand, som jobbet kræver. Hun er derfor nu nødt til at blive omskoleet og finde et nyt job. Det er hendes ønske at komme til at arbejde med psykisk syge eller handikappede mennesker. Hanne

laver som regel mad hver dag, men kan sagtens finde på at servere rugbrødsmadder. Hun er opmærksom på kostens sammensætning, da datteren viser tendens til overvægt. Hanne selv er en slank kvinde. Motion dyrker hun ikke meget af, da hun ikke har tiden til det.

I fokusgruppeinterviewet deltager hendes mor. En af Hannes veninder skulle også have deltaget, men meldte afbud på dagen.

*Naja*, ryger, 23 år, social- og sundhedshjælper, ansat på et plejehjem i København. Hun har meget vekslende arbejdstider, da hun skiftevis arbejder på dagholdet og aftenholdet. Hun vil senere i år videreudanne sig til social- og sundhedsassistent, da hun ikke føler, at hun med sin nuværende titel kan gøre sin indflydelse gældende på sin arbejdsplads. Naja bor sammen med sin kæreste, som er ansat i forsvaret, og som også ryger. De bor i en stor treværelses lejlighed, og sammen har de en hund, som de går daglige ture med i en nærliggende park. Naja har tidligere gået til motionsboksning, men har på grund af problemer med en gammel knæskade ikke trænet i nogle måneder. Hun venter på at komme til undersøgelse ved en specialist, så hun kan komme i gang med et genoptræningsprogram. I sin fritid holder hun af at tilbringe en aften med at se nogle DVD film sammen med sin kæreste akkompagneret af chips og cola. Hun mødes også jævnligt med sine venner til en kop kaffe og et stykke kage eller en tur i byen.

Det lykkedes aldrig at lave fokusgruppeinterview med Naja. Hun ignorerede alle henvendelser pr. mail, ligesom hun aldrig ringede tilbage på utallige telefonbeskeder.

## 5 Analyse

I det kommende afsnit analyseres interviewene i forhold til temaerne:

- Hverdagsliv og rygningens betydning i hverdagslivet
- Sundhed, risiko og krop
- Røg og risiko
- Sundhed i det sociale rum
- Rygestoppenes hvorfor og hvordan

Efter denne del af analysen diskuteres på tværs af temaerne i forhold til spørgsmålet om, hvad man kan sige om sundhed og rygning, når man kikker ind i interviewpersonernes hverdagsliv.

### 5.1 A. Tematisk analyse

#### 5.1.1 Hverdagsliv

Med en enkelt undtagelse er alle interviewpersonerne lønarbejdere, hvorfor de er underlagt den samfundsskabte tid, klokketiden eller normaltiden. Interviewpersonerne er ansat i forskellige stillingstyper, der betyder, at de arbejder på forskellige tider af døgnet. Nogen har fast aftenarbejde, andre arbejder 8-16 og nogen arbejder periodevis i weekender. For alles vedkommende indgår arbejdet som en integreret del af deres hverdagslivsbetingelser og lønarbejdets normer for samtidighed, synkroniserer dagens, døgnets og ugens forskellige rytmer:

*Jeg står op kl. 5.45 og vækker ungerne. Så smører jeg madpakke til den lille – den store hun smører selv madpakke. Så tager hun tøj på og hjælper nogen gange sin lillebror med tøjet. Dækker bord og laver morgenmad. Så børster vi alle sammen tænder og går ud af døren ved 7.15 tiden. Jeg følger min søn i børnehave og min datter hun går i skole selv.*

**Hanne**, social- og sundhedshjælper, 31 år, kvinde, ryger

**Naja**, der er social- og sundhedshjælper, fortæller om sit hverdagsliv og viser, hvordan klokketiden er styrende for hendes spisevaner:

*Ja, men det er vidt forskelligt, hvad jeg gør [om morgenen]. Hvis jeg har travlt, så starter jeg dagen med en smøg, men hvis jeg har god tid, så spiser jeg morgenmad først. Altså, min arbejdstid veksler meget. Jeg møder nogle gange kl. 8 til kl. 14 eller 15, eller også møder jeg kl. 15 til kl. 23.*

Senere i interviewet uddyber hun.

*Ja, altså hvis jeg er i dagvagt, og hvis jeg ikke når det om morgenen, så får jeg morgenmad på plejehjemmet omkring kl. 11 og 12, og så er det jo sådan set både morgenmad og frokost, at man tager sammen dér. Så springer man jo sådan set morgenmaden over, ik'*

Interviewer: Hvad får I så typisk?

*Det er franskbrød, altså decideret morgenmad med smør, ost eller marmelade, eller hvad man nu har lyst til. Og så om aftenen, hvis der er tid til, at jeg kan spise, så spiser jeg sammen med de ældre. Og hvis jeg har travlt, så bliver det sådan løbende i løbet af aftenen, ik'. Så... jeg har desværre ikke faste dagsrytmer, selvom det burde være lidt sundt at have faste madmåltider. Altså, at man spiser fast, ik'. Altså, nogle gange laver vi jo mad herhjemme, og så spiser vi kl. 18 eller kl. 19.*  
**Naja**, social- og sundhedshjælper, 23 år, kvinde, ryger

**En mandlig** social- og sundhedsassistent fortæller om strukturen i sit hverdagsliv:

*Altså, jeg går i seng kl. 1 – 1.30 om natten. Jeg kan godt lide at se fjernsyn om aftenen. Jeg er aftenmenneske og har svært ved at komme i seng, fordi jeg elsker at se fjernsyn, og jeg står op om morgenen ved en halv ni-tiden. Det er sådan fast, jeg gør det, uanset om jeg har arbejdsuge eller ej<...>Jeg arbejder jo en uge og [har] en uge fri. Og når jeg er på arbejde, arbejder jeg fra kl. 15.30 til kl. halvtolv om aftenen. Men en normal dag er jo, at jeg står op der kl. halv ni - ni og så står jeg op og laver kaffe og morgenmad og sidder og ser Godmorgen Danmark fjernsyn, og så hygger jeg mig med det et par timer, og så tager jeg ud og handler lidt og vasker noget tøj... og ringer til familien og hører, hvordan de har det. Og det er egentlig sådan, at min hverdag den er.*

**Peter**, 32 år, social- og sundhedsassistent, ryger

Det er tydeligt for interviewpersonernes hverdagsliv, at klokketiden deler døgnet op i ensartede og gentagende enheder. Klokketiden styrer deres hverdagsliv og for at opretholde en vis orden og en vis stabilitet i hverdagslivet indarbejder de vaner og rutiner, der skaber kontinuitet og sikkerhed. Vaner og rutiner opstår desuden som konsekvens af betingelser i hverdagslivet, der fremkommer på baggrund af arbejde og familiestruktur. Betingelserne i hverdagslivet aftvinger således rutiner og normer. Den rutinemæssige måde at leve hverdagslivet på frembringer en forudsigelighed og en norm for samtidighed, der gør det lettere at finde en forankring i hverdagslivet. Denne norm for samtidighed er en form for eksistentiel forankring i hverdagslivet, som gør hverdagslivet genkendeligt, trygt og overskueligt.

Lønarbejdet bestemmer ikke kun længden af arbejdsdagen tidsmæssigt, men også varigheden af fritiden. Undersøgelsen viser, hvordan hverdagslivet klokketiden/arbejdslivet i det hele taget sætter rammer for interviewpersonernes aktiviteter. En af interviewpersonerne fortæller, hvordan et skift fra at have fast aftenvagt i hjemmeplejen med medfølgende weekendarbejde til at have et 8-16 job som fællestillidsmand åbnede helt nye muligheder for hendes fritid. Hun bliver spurgt, hvad dette skifte betød for hende.

*Jeg har stadig ikke helt vænnet mig til, at jeg skal op om morgenen. Det må jeg indrømme. Men det gjorde det, at jeg pludselig ikke havde weekendarbejde. Jeg var vant til at arbejde hver anden weekend, og pludselig kunne jeg komme med til alt, når folk holdt noget. Jeg kunne komme med om aftenen, når der skete noget, fordi jeg ikke havde aftenarbejde. Så det åbnede en helt anden verden.*

**Helle**, social- og sundhedsassistent, 39 år, rygestopper

Klokketiden er styrende for deres hverdagsliv og for deres tilrettelæggelse af døgnnet. De skelner mellem at have ”fri for arbejdet” og være ”på arbejdet”, og som lønarbejdere er disse to zoner af hverdagslivet skarpt adskilte. Hvad de laver i den ene zone har ikke nødvendigvis noget med den anden at gøre. Når de går hjem fra arbejdet, har de fri og tænker ikke mere over deres arbejde, før de møder næste gang. Martin, Frank og Helle er dog undtagelser i dette mønster.

Hvis man ser på arbejdsdagens struktur, så er tiden på arbejdet, særligt for social- og sundhedshjælpere og – assistenter, opdelt i en produktionstid, en pausetid, en produktionstid osv. Dette giver særlige betingelser for at ryge på arbejdspladsen:

*Så er der frokost kl. 12.00, og det har vi en ½ time til. Så sidder vi og snakker om løst og fast. Det kan være privat, det kan være om borgerne. Der er måske beskedder, der skal gives videre. Der kan være mange ting ved sådan en frokost. Og så er der rygning. Vi har 10 minutter, hvor vi må gå ud og ryge. Det foregår udenfor. Det har vi selv valgt, før... ja... vi sad nede i kælderen, og røgen gik op til dem, der sad oppe på kontoret. Det kan jeg godt se, at det er der ingen rimelighed i. De var alle ikkerygere, og så skal de sidde en hel dag i vores røg, bare fordi vi skal ryge vores morgensmøger.*

**Hanne**, social- og sundhedshjælper, 31 år, kvinde, ryger

**Naja** fortæller som rygning på arbejdet:

*Der [på arbejdet] har vi tre rygepauser (griner) på en dag. Eller det siger de, vi har, ik'. Men altså så er det jo... så ringer man til afdelingen oppe oven over, hvor der typisk også er nogle rygere, og så går man så lige ned og ryger en cigaret. Men hvis man også skal ned med vasketøjjet, så selv om man kun har de tre pauser, så ryger der lige en ½ smøg med, for... det er nede i kælderen, vi må ryge, ik' – eller ude foran kældergangen. Så der ryger lige en ½ smøg hist og pist. Hvis man så også holder sine tre rygepauser, ik', så er det til at holde ud.*

Det er tydeligt, at rygning på arbejdspladsen betyder meget for Naja. Hun uddyber ikke, hvad hun mener med, at 'det', er til at holde ud, når hun på arbejdet kan stjæle sig tid til at ryge udover de tre faste pauser. Hun kan mene, at det er rygetrangen der holdes i ave, men hun kan også lægge en helt anden betydning i udtalelsen, hvor det er selve arbejdet/jobbet hun refererer til. Men vi ved det ikke.

Naja fortæller med beklagelse, hvordan de faststrukturerede rygepauser sætter begrænsninger for det sociale samvær på arbejdspladsen. Det har bl.a. betydet, at hun ser væsentligt mindre til de kollegaer, der er ansat på plejehjemmets øvrige afdelinger. Før de fik en rygepolitik på arbejdspladsen, skete det ofte, at plejehjemmets beboere kom ud og røg med de ansatte. Men de ansatte må ikke længere ryge med beboerne, hvilket Naja på beboernes vegne finder ærgerligt: *For så har de lige de der 10 minutter med dig, ik. Så de får lidt hygge og... kontakt, ik.*

For Rasmus, der er ansat som portør, er arbejdstiden og indholdet af arbejdet mere flydende. Det er mindre forudsigeligt, hvad arbejdsdagen bringer, fordi portørfunktionen indeholder flere forskellige funktioner.

*Vi kører patienter og hjælper til på skadestuen, hvis der er voldelige patienter eller nogen, der vil lave ballade. Hjælper med at holde børn, hvis de skal syes. Og vi kø-*

*rer patienter og hjælper til på operationsgangen.. holder et ben eller hvis de skal vendes. Så har vi hjertestophyl om aftenen. Det vil sige, at hvis der bliver hjerterstop på en patient, så er det os, der giver hjertemassage <...> Selvfølgelig har vi også vagter rundt om på hospitalet... vi går rundt og bipper, ligesom vægtene nede i administrationsbygningen. Og hvis der nu er nogen patienter, der er forsvundet fra afdelingen, så skal vi lede efter dem <...> Det sker tit...og hvis der er fulderikere, der skal ud af hospitalet. Og indbrud.. lidt forskelligt. Men patientkørsel og senge er det typiske.*

**Rasmus**, portør, 31 år, rygestopper

Der er ingen faste pauser indlagt i arbejdet, og pauserne kommer af sig selv, når portørerne sidder og venter på et opkald med en opgave, der skal løses rundt omkring på hospitalet. Muligheden for at ryge på Rasmus' arbejdsplads er derfor meget fri og ustruktureret, men selvom portørerne bor i deres eget aflukkede hus på hospitalets grund med stor mulighed for selvbestemmelse, så indvirker hospitalets rygepolitik kraftigt på den måde, der ryges på blandt portørerne:

*Der er ikke-rygning, men der bliver røget udenfor. Vi kan jo bare sidde ude i vores have. Men vi har lavet en rygepolitik. Da jeg røg, da røg de fleste på aftenholdet. Så sad vi med hver vores askebærer indenfor og røg, så folk skulle skære sig igennem. Nu er der jo kun 2-3 rygere tilbage på aftenholdet. Alle er næsten stoppet, fortæller Rasmus.*

Der findes i interviewpersonernes hverdagsliv betingelser, der er afgørende for de valg, de træffer, der indirekte har med sundhed at gøre. Når valgene kun indirekte har med sundhed at gøre, er det fordi sundhed ikke indgår i overvejelserne hos interviewpersonerne, når de træffer valget. I et af de individuelle interviews fortæller en kvindelig social- og sundhedshjælper, hvordan hun vælger at tage bilen på arbejdet, selvom hun kunne nå frem lige så hurtigt på cykel.

Interviewer: Hvad afgør, om du cykler eller tager bilen?

*Det gør vejret. Helt klart. Hvis det stormer eller er heldagsregn, så gider jeg ikke cykle. Altså, det tager 10 min på cykel, så det er ikke det. Det er mere...jeg har cyklet de første 5 år...det med bilen er nyt, jeg købte den sidste år. Det job jeg har, hvor man cykler rundt hele dagen, når det så regner, bliver man hurtigt forkølet. Man er drivende våd inden frokost, og vi har ingen steder at hænge vores tøj, så det er bare vådt, når man tager det på igen. Så kører man ud, og så er man bare våd og våd og våd. Efter jeg har købt bilen, så har jeg valgt at tage bilen.*

Interviewer: Også på arbejdet? (altså rundt til borgerne)

*Ja. Så kører jeg rundt med bilen, også selvom det er 2 minutter her og 5 minutter der. Så gør jeg det, for jeg gider ikke køre rundt og være våd, når jeg har muligheden for noget andet.*

Hanne er underlagt en arbejdsdag, hvor hun tilbringer den største del af tiden i borgernes hjem og på at transportere sig rundt mellem borgerne. Hun er underlagt vejrguderne, og hun levnes ikke mulighed for pauser eller rum, hvor hun fx kan

tørre vådt overtøj. Hanne er desuden alenemor med to mindreårige børn. Senere i interviewet viser hendes beskrivelser af hendes liv, hvordan såvel arbejdet som hendes status som alenemor sætter rammer og betingelser for hendes mulighedsrum og for, hvad hun kan bruge sin tid til:

*[Om aftenen] Så sidder jeg her. Og tænker, hvorfor kan jeg ikke bare køre, nu sover ungerne. Nej, jeg er træt og skal i bad, det kan jeg slet ikke nå om morgenen. Det er en stressfaktor, så det gider jeg ikke. Så jeg går i bad, og så falder de i søvn imens, og så kan jeg godt finde på at sidde ved computeren og snakke lidt over nettet. Med min mor eller min bror. Så har jeg nogle venner, som jeg skriver med <...> Eller tænde for TV bare for at det kører. Jeg behøver ikke se et dokumentarprogram... jeg behøver ikke blive klogere. Helst ikke. Jeg har slet ikke lyst til at få noget ind. Jeg er træt. Det kan være, jeg har en veninde på besøg, men det sker meget sjældent. De har også børn og skal hjem og sove. Så jeg sidder bare her.*  
**Hanne**, social- og sundhedshjælper, 31 år, ryger

Jytte, der er social- og sundhedsassistent, giver en lignende beskrivelse af sit hverdagsliv, der viser, hvordan betingelser i dette har afgørende betydning for både hendes egne spisevaner og for hendes børns:

*Nej, det er der ikke tid til [at spise morgenmad]. Fordi børnehaven åbner kl. 7.00 og jeg skal være på arbejde kl. 7.30, og jeg kan ikke få hende tidligere op, den unge dame derinde [datteren]. Hun vælter ud af sengen gerne 10 minutter, inden vi skal ud af døren.*

Interviewer: Så du får heller ikke selv noget morgenmad eller hvad?

*Nej, det spiser jeg ovre på arbejde sammen med de andre. Og [min yngste datter] spiser nede i vuggestuen og så smører jeg til [den store pige], hvad hun nu har lyst til, som hun kan spise nede i opsamlingen. Det er en udflytterbørnehave, så de kører ved 8.30 tiden.*

Interviewer: Nå, så har hun god tid til at spise der?

*Ja. Hun kan godt få havregryn dernede, men det gider hun ikke til morgenmad. Så jeg smører en bolle til hende med smør og marmelade. Og så har de frokostordning ovre i børnehaven, og [den yngste datter] spiser frokost i vuggestuen. Og vi spiser så sent morgenmad ovre på arbejde, så det går sådan set ind og dækker frokost, ikk'. For vi skal have det morgenmøde hver morgen, men det gælder om at få alle beboerne op og alt er i orden, før vi kan sætte os ned sammen. Så klokken bliver tit 11-11.30, inden vi får morgenmad. Men man har lov til at tage et stykke brød, hvis man bliver sulten, imens man laver noget, ikk'. Man kan godt sætte sig ned og tage en bid brød ved bordet, ikk'.*

For Karin betyder hverdagslivet som alenemor også noget for hendes valg af transportmiddel til arbejdet. Karin bor under 500 meter fra sin arbejdsplads. Alligevel vælger hun hver morgen at starte bilen frem for at hoppe på cyklen. Hun giver under interviewet denne forklaring:

*Ja, jeg tager bilen på arbejdet. Før jeg fik bilen, cyklede jeg hver dag... men det er for besværligt. Jeg handler altid efter arbejde... og det er svært for mig at cykle med alle varerne. En gang stod jeg med tre fyldte poser foran Netto og prøvede at bakse dem på cyklen. En af min kollegaer kom tilfældigvis forbi, og hun sagde til mig, at jeg ikke var rigtig klog... at jeg kunne komme galt af sted. Hun kørte alle mine varer hjem for mig, så kunne jeg cykle. Siden den gang har jeg ikke cyklet på arbejdet... det er for besværligt, når jeg aldrig ved, hvor meget jeg kommer til at købe.*

**Karin**, 40 år, kontorassistent, rygestopper

### **Planlægning på lang sigt**

Planlægning på lang sigt – eller mulighederne for at planlægge langsigtet – er på flere niveauer ikke givet denne målgruppe. Et eksempel på dette er, at flere af interviewpersonerne beskriver deres valg af erhverv som tilfældigt. En social- og sundhedshjælper beskriver sit valg af erhverv således:

*Det gjorde jeg bare [besluttede sig for uddannelsen]. Det var bare sådan...min far-mor havde talt om det...at det skulle jeg gøre...det var en kort uddannelse. Hun kunne ikke leve med, at jeg ikke havde en uddannelse. Jeg var lidt ligeglad, bare jeg havde et job, nogle penge og var glad. Så var jeg sådan set ligeglad med en uddannelse. Men hun pressede mig. Og jeg kunne godt se fornuften i, at det var et område, der interesserede mig. Jeg var bare ikke klar til det. Så gik der mange år, og da jeg var gravid, tænkte jeg, at jeg måske alligevel skulle gøre det. Det man har lært, kommer aldrig dårligt tilbage. Og det var en kort uddannelse, og når jeg var færdig kunne jeg bare sig nej, hvis ikke det viste sig at være noget. I dag er jeg glad for det.*

**Hanne**, 31 år, ryger

En anden social- og sundhedshjælper fortæller en næsten identisk historie. Denne ordveksling finder sted med Helle, der fortæller om sin indgang til sit nuværende fag:

*Altså... min drøm, da jeg sluttede skolen var, at jeg ville være møbelsnedker. Gammeldags møbelsnedker. Men ja, så blev jeg ferieafløser 2 dage efter jeg stoppede EFG, så har jeg været ferieafløser lige siden.*

Interviewer: Ja, jeg får jo lyst til at spørge, hvorfor du ikke blev møbelsnedker?

*Jeg tror, at jeg synes, at det her det var hyggeligt. Så blev jeg fastansat, og så tænkte jeg, at det er det. Så har jeg ikke spekuleret på at komme væk fra det siden.*

Interviewer: Det har du ikke spekuleret på...

*Nej.*

Interviewer: Hvor er du om 5 år?

*Så er jeg nok, hvor jeg er. Det tror jeg. Der er nok mange andre, der ville se mig et andet sted. Jeg sidder også som bestyrelsesmedlem i vores fagforening. Der er mange, der synes, at det ville være fint, hvis jeg kom derind og blev faglig sekretær. Men det er ikke min ambition.*

**Helle**, 39 år, social- og sundhedshjælper, rygestopper

Helle er 39 år og har været ansat i 22 år i kommunen som social- og sundhedshjælper. Hun har i den tid flyttet sig fra en position som udekørende hjælper til at blive fællestillidsmand for kommunens omkring 700 social- og sundhedshjælpere. Dette skift har flyttet hende "fra gulvet" til en fuldtids kontorstilling på rådhuset. Men hun savner arbejdet med at køre rundt til borgerne, og "være der for dem, give dem kvalitetstid". Hun oplever, at hendes tillidserhverv forhindrer hende i at have kontakt med den virkelighed, som social- og sundhedshjælperne arbejder i hver dag, og selvom hun har rigtig gode muligheder for advancement i det fagpolitiske system, nærer hun ingen ambitioner derom.

Katja, der er 28 år og ligeledes social- og sundhedshjælper, fortæller, at hun er meget glad for sit arbejde, og at hun ikke kunne forestille sig at lave andet. Alligevel har hun gjort sig tanker om fremtiden, uden at hun dog kan se, hvordan hun skal kunne opnå sit højeste ønske om at blive sygeplejerske. Følgende ordveksling finder sted i det personlige interview med Katja:

*Altså, jeg har selvfølgelig gjort mig nogle tanker om at skifte arbejde, for jeg har 35 år tilbage på arbejdsmarkedet og et eller andet sted, så ved jeg jo godt, at det er urealistisk at være i det her fag i 35 år. Men det bliver ikke lige nu. Altså det...jeg kan ikke beslutte mig for, hvad det ellers skulle være.*

Interviewer: Du kan ikke forestille dig noget andet, du kunne tænke dig?

*Nej, det kan jeg ikke.*

Interviewer: Ville det gøre nogen forskel for, hvad du ville kunne lave, hvis du blev assistent?

*Ja, det gjorde det, men der... problemet med assistenten [at blive assistentuddannet] er, at der går du på den almindelige løn, og det ville jeg kunne klare – altså elevløn. Men der håber jeg, at de ændrer det til voksenløn her inden for en overskuelig årrække. Ellers havde jeg været i gang med assistenten nu. Men det ...*

Interviewer: For det ville du egentlig gerne?

*Ja. Jeg ville jo allerhelst være sygeplejerske, så..*

Interviewer: Men det er sådan af økonomiske årsager, du ikke er gået i gang med det?

*Ja, helt sikkert pga. økonomien, at jeg ikke er gået i gang med at læse.*

**Katja**, 28 år, social- og sundhedshjælper, rygestopper

## Familien som fast holdepunkt i hverdagslivet

Familien spiller generelt en stor rolle i målgruppens hverdagsliv. Katja fortæller, at hun og sønnen hver søndag er sammen med hendes far og hendes farmor. Jytte beskriver, hvordan hun har et tæt forhold til sin mor og sin søster. Hanne fortæller, at hun ser sin mor minimum én gang om ugen, ligesom moderen, der bor i Ringsted, ofte overnatter hos Hanne, hvis hun af en eller anden grund er i det storkøbenhavnske område. Hanne har ligeledes sin nevø fra Ringsted boende, da han er ved at tage en uddannelse i København. Rasmus og Helle lægger begge stor vægt på, at de bor i umiddelbar nærhed af deres familier. Rasmus bor i samme opgang som sin mor, hendes mand og Rasmus' lillesøster, og Karsten bor sammen med sin mor.

Omgangen med familien virker generelt utvungen, og de kommer og går hos hinanden ligesom de ofte spiser sammen.

*Vi har et meget tæt forhold i vores familie, så vi ses 3-4 gange om ugen. Det er ikke nødvendigvis noget med at spise sammen, men noget med lige at komme forbi til en kop kaffe. Så har jeg også min lillesøster, hun bor stadig hjemme. Hun er 14 år. Hun er meget sammen med min moster og onkel (der bor 2 opgange væk i samme gade). De er nærmest vores reserveforældre. De har ingen børn, så vi har altid været deres børn.*

**Rasmus**, portør, 31 år, rygestopper

Helle fortæller ligeledes, hvordan hendes forhold til faderen styrkes af, at de går til frimærkesamling sammen. Det har de gjort i 19 år, lige siden Helle flyttede hjemmefra.

*Jeg synes, det er hyggeligt, og så er jeg sammen med min far hver 14 dag. I hvert fald. Så er der også noget andet familie med, fortæller Helle.*

Peter fortæller, hvordan hans familie betyder ALT for ham. Han vurderer selv, at han taler oftere med sin familie end de fleste. Hver dag er han i kontakt med en eller anden fra sin familie, forældrene eller en af de mange søskende.

Karin blev skilt fra sin mand for tre år siden. De stod for at skulle giftes og brudekjolen var indkøbt. Men manden meddelte pludselig, at han ville skilles, og Karins liv blev i hendes øjne slået i stykker. I perioden lige efter bruddet magtede Karin ingenting, og hendes mor flyttede derfor ind i lejligheden og overtog alle forpligtelser med indkøb, madlavning og afhentning af de to piger. Det var svært for Karin at vende sig til situationen, da moderen efter et par måneder flyttede tilbage til sin egen lejlighed igen. Karin betoner flere gange under interviewet, at hendes nærmeste familie betyder sikkerhed og tryghed, og at hendes mor og søskende hjælper hende med at få tilværelsen til at hænge sammen for hende. De skiftes for eksempel til at passe hendes to piger hver tirsdag, hvor Karin sammen med en veninde går til gymnastik.

### 5.1.2 Sundhed, risiko og krop

Inter99 undersøgelsen pegede på en mulig sammenhæng mellem sund livsstil og motivationen for et rygestop. Ligeledes viste undersøgelsen, at jo mere usund en livsstil en ryger har, jo mindre oplever rygeren, at rygning alene udgør en særskilt risiko for at blive syg i fremtiden. Vi var derfor interesserede i at afdække informanternes sundhedsbegreber og fremanalysere de forskelle og ligheder, modsætningsforhold og sammenfald, der var mellem disse og de officielle sundhedsbudskaber om rygning, kost og motion.

Når talen under interviewene faldt på, hvad sundhed var for informanterne, lavede stort set alle informanterne en distinktion mellem fysiologisk og psykologisk sundhed. Den fysiologiske sundhed blev i denne distinktion forbundet med de officielle sundhedsbudskaber om at spise grønt, motionere, lægge cigaretterne på hylden og negative kropssymptomer samt sygdom. Den psykologiske sundhed handlede til gengæld om sociale relationer, familieforhold, det kollegiale arbejdsmiljø og om realiseringer af de drømme, man måtte have for sit liv. I vægtningen mellem de to sundhedsbegreber mente langt de fleste, at den psykologiske sundhed og velfærd var langt vigtigere end den fysiske. Det var med andre ord vigtigere at have en sund sjæl end et sundt legeme. Informanternes psykiske velværd afhang i høj grad af de sociale relationer, som de indgik i først og fremmest i deres fritid og dernæst i deres arbejdsliv. Socialt samvær med familie og venner blev prioriteret højt og blev således altafgørende for deres vurderinger af, om de levede et sundt liv.

Eftersom det psykologiske sundhedsbegreb på mange punkter vejede tungere end det fysiologiske i informanternes vurderinger af, hvad det ville sige at leve sundt, blev livsglæde og livsnydelse som sundhedsfaktorer centrale og gennemgående temaer i interviewene:

Interviewer: Kender du også nogen, der er sunde, som har en sund livsstil?

*Ja, jeg kender da nogen, der er, vil jeg sige, hysterisk sunde. Det er så ud fra, at de gør mange af de ting som – eller gør ikke mange af de ting; de vil ikke have smør på brødet, og de spiser altid salat, og de har travlt med, hvordan andre lever hele tiden. Med at det gør, [at] de føler sig selv som perfekte mennesker. Og det som det bærer utroligt meget præg af, er, at de er ulykkelige. De [er] ikke lykkelige, for de gør ikke de ting, de har lyst til. Men de gør ting, fordi de hører gennem medierne, at det er sådan, man skal gøre. Og så gør de det.*

**Peter**, social- og sundhedsassistent, 32 år, ryger

Denne informant gik så langt som til at mene, at det kunne være direkte skadeligt for livskvaliteten og dermed sundheden at bestræbe sig på at leve op til de officielle anbefalinger om sund livsstil. Han er en af de informanter, der mest tydeligt oversætter ”det sunde liv” til at være et spørgsmål om at ”leve det gode liv”. Men mange af de andre informanter havde konstrueret et tilsvarende globalt psykologisk sundhedsbegreb:

*Sundhed for mig er, at jeg trives i min hverdag. Hvis jeg skal holde op med at ryge og gå og være sur... gale af mine børn og blive irriteret, fordi jeg i 30 dage eller mere bare ikke kan fokusere på andet end cigaretter, så er det ikke sundhed. For så har jeg det ikke godt. Sundhed for mig er at have det godt i min hverdag. Så har det ikke noget at gøre med motion, jeg dyrker eller ikke dyrker, eller en chokoladebar, som jeg spiser – eller en gulerod. Så sundhed er det, der får mig til at synes, at det*

*er dejligt at være i min hverdag. Det kan være en burger eller en gulerod. Det skal være det, som jeg har lyst til. Jeg gør ikke noget særligt for min sundhed, som jeg kan komme i tanke om. Ikke andet end det, som jeg vil. Og det er af hensyn til min sundhed. Jeg tror på, at jo gladere man er, jo bedre trives man, og jo bedre har din krop det også. Ligegyldigt hvad. <...> Når man gør noget, fordi det siger verden, at man skal. Fordi det er normen... gå og tænke, at jeg burde gøre det her, og man gør det aldrig, og man går og får det dårligt. Det er at være usund i mine øjne.*  
**Social og sundhedshjælper**, 31 år, ryger

For at få informanterne til mere konkret at beskrive, hvad det vil sige at være sund eller usund, bad vi dem beskrive en person, som de mente var enten sund og usund. Det interessante var, at langt de fleste rygere satte lighedstegn mellem ”rigtig sunde mennesker” og ”fanatiske mennesker” eller beskrev officielle anbefalinger om det sunde liv i negativt konnoterede termer. Som en af informanterne svarede, da hun blev spurgt, om hun kunne komme i tanke om en person, der var sund:

Interviewer: Kender du nogle, som du synes er sunde?

*Nej, altså jeg kender ikke de der virkelig helsefreaks, hvor det virkelig er motion fem gange om dagen, og... Så... nej. Det synes jeg ikke.*  
**Naja**, social- og sundhedshjælper, 23 år, ryger

En anden informant svarede:

*I den der standardiserede verden om, at så er man sund, når man spiser grønt og cykler og dyrker en masse motion og alt sådan noget. Så hende ville jeg nok pege på, hvis jeg skulle pege på en.*  
**Frank**, reservedelschef, 39 år, ryger

Med undtagelse af én ex-ryger gav såvel de øvrige ex-rygere, de tidligere ex-rygere og rygerne alle udtryk for tilsvarende forståelser af de officielle sundhedsbegreber. For denne ex-ryger var sundhed i lige så høj grad et spørgsmål om at have en sund livsstil. Sund kost og motion som en integreret del af hverdagslivet var lige så væsentligt og vigtigt som at have gode familierelationer og venner. Til spørgsmålet om, hvad det for ham ville sige at være sund, svarede han således prompte:

*Det er at leve sundt og have et godt liv. God familie. Være aktiv, vil jeg sige. Jeg er selv ved at blive sund. Jeg kan godt finde på stadig at spise slik og chips og sådan nogle ting... fed mad. Men jeg tænker mere over, hvad jeg spiser og hvad jeg laver. Jeg drikker heller ikke en liter cola om dagen. Det har jeg gjort.*  
**Rasmus**, portør, 31 år, tidligere ryger

En anden tidligere ryger, som var holdt op med at ryge for 1½ år siden, så også motion og sund kost som nødvendige elementer for at leve et sundt liv. Men da vi spurgte nærmere ind til hans forståelse af, hvad der skulle til for at være sund, henviste han til hans egen livsstil det første halve år efter han var holdt op med at ryge. På det tidspunkt begyndte han at vægttræne 3 timer om dagen 7 dage om ugen. I sine ambitioner om at få en ”flot figur”, omlagde han sin kost, tog forskellige former for kosttilskud, ligesom han – for at undgå overvægt – tog fedtforbrændere –

herunder præparatet "Let- Igen", som han importerede fra Tyskland. Efter et halvt år blev han imidlertid nødt til at stille træningen i bero, da han fik et arbejde, som ikke gjorde det muligt for ham at følge det hårde træningsprogram. Han var meget ærgerlig over, at han ikke siden var kommet i gang med at træne på samme niveau, men mente, at det var det tidspunkt i hans liv, hvor han havde været mest sund. Denne informant bar således også rundt på en forståelse af, at hvis du vil være "rigtig sund" indebærer det en streng dedikation til at motionere kombineret med strikte normer for kostindtag.

På trods af at flere af informanterne både røg, var overvægtige, havde forskellige former for negative kropssymptomer som følge af deres rygning eller overvægt, ofte spiste junkfood og/eller stort set aldrig motionerede, beskrev ingen af dem sig selv som "usunde". Nogle af dem omskrev i stedet de officielle sundhedsbegreber. At spise varieret blev således af mange oversat til at spise "lidt af det hele".

Under fokusgruppeinterviewene var det også tydeligt, at helbredet er den enkeltes ansvar, ligesom ansvaret for kroppen også er det. I de pågående diskussioner i grupperne kredsede informanterne om eventuelle vægtstigninger ved rygestop, mens kropslige symptomer på uheldig livsstil – hoste, brystmerter, generel overvægt – forblev relativt ureflekterede størrelser, der ikke gav anledning til refleksioner om at ændre livsstil. Flere gav udtryk for, at der skulle en advarsel til i form af sygdom, før de ville ændre på deres vaner. Kroppens advarselssignaler var ikke i sig selv nok. De informanter, der havde oplevet vægtøgning ved rygestop, ville gerne tabe sig, og flere gjorde en aktiv indsats for at holde vægten i skak.

### 5.1.3 Røg og risiko

Når rygerens sundhedsbegreb er formet og struktureret anderledes end de officielle sundhedsbegreber, er det som sagt ikke, fordi de ikke er bekendt med de officielle sundhedsbudskaber om at kvitte tobakken, spise sundt og motionere. De anerkender også, at der er risici forbundet med at ryge, men de anser ikke røgen for at være den eneste eller største risikofaktor i deres liv. Stort set alle rygerne og enkelte af de tidligere rygere lancerede under interviewene konkurrerende risikoparametre, som i deres optik var lige så sundhedsskadelige, hvorfor rygning ikke blev en særskilt risiko, der kunne motivere dem til et rygestop. En af informanterne havde en datter, som havde astma. Samtidig oplevede informantens dagligt svie i og trykken for brystet, og havde af sin læge fået af vide, at hun var ved at få rygerlunger. Alligevel svarede hun på spørgsmålet om, hvad hun tænker om de risici, der er forbundet med at ryge:

*Dem tager jeg ikke så højtideligt, eller... jo et eller andet sted gør jeg jo, for nu står jeg jo selv i det, ik'. Men, øm, folk har jo røget i mange, mange hundrede år, ik', og et eller andet sted, så skal vi jo have et eller andet som giver en dødsårsag. Du kan jo lige så godt have levet dit liv sundt og godt og så alligevel dø af et eller andet hjertestop eller sådan noget. Du kan blive kørt ned, når du går over gaden eller sådan noget. Så alt, hvad du egentlig gør i dag, er jo farligt. Så jeg synes ikke rygning er en større risikofaktor end så meget andet. Et flystyrt tager fx flere ned på en gang, ik'. Det kan godt være, det er en dum holdning at have, ik', men det skræmmer mig nu ikke så meget.*

Hvad tænker du i forhold til børnene?

*De har jo ikke godt af det. Så... det er også derfor vi lufter meget ud, og...vi ryger aldrig inde hos dem. Nu ved jeg godt, at røgen ryger derind alligevel, men døren bliver lukket derind til om aftenen, øh, så de ikke får det hele ind. Men altså, det eneste, det er jo at stoppe helt med at ryge, for at være helt god overfor dem. Men de vil jo blive påvirket, altså udsat for røg, lige gyldigt hvad man gør, hele deres liv. Og bilosen er jo heller ikke så sjov.*

**Jytte**, social- og sundhedsassistent, 36 år, ryger

I de tilfælde hvor sygdom eller sygdomssymptomer, som med al sandsynlighed kunne relateres til rygning, optrådte i rygerens liv, satte de ofte spørgsmålstegn ved årsagsforklaringerne. Flere mente således ikke, at det nødvendigvis var røgen, der var årsagen til de negative kropssymptomer, men at sygdomstegnene kunne have andre forklaringsårsager. En ryger havde igennem det sidste halve år taget blodtrykssænkende medicin. Han havde indenfor det sidste år taget 20 kilo på og var således blevet stærkt overvægtig, dyrkede ingen motion og spiste – med hans egne ord – ”rigtig godt og rigtig meget”. Alligevel var han helt overbevist om, at årsagen til hans forhøjede blodtryk var stress:

*Jeg har jo også været igennem stressen og alt det der, ik', og jeg var meget på derovre også (nikker med hovedet over mod en afdeling på arbejdet), ik'. Og der kastede man altså op hver morgen, ik', og havde lige en migræne, der tog ca. seks timer, ik', og så er det overstået igen, ik'. Jeg er så på blodtrykspiller nu, ik', og har været det i et halvt års tid, ik'. Det lå lige 160 over 110, og det synes min læge lige var i overkanten.*

Så fik du blodtrykssænkende medicin?

*Ja. Og jeg har faktisk ikke haft hovedpine siden, vel. Og altså med hovedpinen, jeg havde det måske hver anden eller tredje dag, ik'.*

Og det skyldes stress, mener du?

*Det er stress. Helt klart stress. Jeg kunne kaste op fem, seks gange, og jeg kunne ikke fokusere. Jeg kunne ikke tåle lys. Det var migræne. Og det var simpelthen kroppen, der sagde: ”Ved du hvad kammerat. Nu er du altså ude i for højt gear”. Og det kan jo både være ens møgunger og arbejdspladsen, hvor der jo er sket mange ting.*

Har din læge sagt noget om din rygning i forbindelse med dit blodtryk?

*Det sagde han ikke noget til. Han sagde, jeg var for fed, faktisk <...> Nå, men som han sagde sidst: ”Ja, det skader jo ikke noget at tabe et par kilo”, hvor jeg sagde: ”Nå ja, et par kilo kan man vel altid tabe”, hvor han så svarede: ”Ja, men man kunne lige så godt smide 6” (griner). Og så sagde han så også: ”Jamen du er en stor mand, men du kan godt smide et par kilo”, underforstået: ”Du kan godt tabe dig en 5-8 kilo”. Det kan jeg roligt dampe af. Men han er ikke hysterisk sådan. Han siger også: ”Jamen din muskulatur og din kropsbygning, du er jo en stor mand”. Men altså, det kreperer da også mig, når man er kommet ned på 95 kilo, så*

*kreperer det mig kraftedeme også, ik. Det er jo ikke sjovt, vel. Jeg synes ikke, det er sjovt, der står 115 komma et eller andet (på vægten), når der har stået 95, vel.*

**Martin**, tilsynsførende betjent, 46 år, ryger

Andre informanter stillede spørgsmålstejn ved troværdigheden af de risikofaktorer, der er forbundet med at ryge ved at fremhæve nogle af de metodiske problemstillinger, der kan være forbundet med at sige noget om helbredsrisici for den enkelte på baggrund af statistiske undersøgelser af rygningens skadelige virkninger. Således argumenterede en ryger for, at statiske beregninger af sundhedsskadelige effekter af rygning ikke sagde noget om den enkeltes risiko for at blive syg af rygning. Hans konklusion var derfor, at man som enkelt individ ikke kunne bruge statistikkerne til noget:

*Det handler jo mange gange om med de sygdomme, man nu kan få ud fra at spise forkert eller ryge eller drikke; jamen, er man disponeret eller er man ikke? Det ved man aldrig. Det er noget, man ligesom løbende kan finde ud af, og mange gange, når man finder ud af det, så er det ofte for sent. <...> Men jeg ved ikke, det er sådan lidt; sundhed og sundhed. Altså, jeg synes vi bliver fyldt op med alle mulige ting, og så må vi ikke spise smør den ene dag, og så må vi ikke spise æg den anden dag og den tredje dag – og alt sådan noget har jeg valgt lidt at se bort fra.*

**Peter**, social- og sundhedsassistent, 32 år, ryger

Samme informant går så vidt som til at stille spørgsmålstejn ved betydningen af at undgå røg for at undgå sygdom, da han mener, at det kan påvirke menneskets evolutionære overlevelsesdygtighed:

*Jeg lytter meget til de borgere, jeg besøger, som jo har levet livet, og som kan man sige nok har været eller er blevet immune overfor de her ting. Og man kan jo se, hvor gamle de er blevet og hvad for en livskvalitet, de har fået. De kan tåle tingene, fordi de ikke er blevet så... hvad, kalder man det – jeg ved ikke, hvilket ord jeg egentlig skal bruge til det. Men jeg vil sige et levende eksempel kan jo være: Jeg har en kollega, der jo har fået at vide, at hendes barn har fået fremprovokeret en astma på grund af, at hende og hendes mand røg. Og hun er så holdt op. Manden gjorde ikke, men valgte så at gå udenfor. Men hvor man jo så mener overordnet, at alle de partikler, der er i hjemmet, vil sidde der til evig tid, kan man næsten sige. Og det vil fortsat kunne være med til at gøre barnet mere sygt. Så tænker jeg også, hvis man laver det så klinisk alle steder, så vil barnet kunne blive endnu mere syg på sigt ud fra den viden, jeg har. For hvordan vil barnet så kunne trives i omverdenen blandt øm... det man snakker så meget om nu; klimaforandringer, og hvad er det den kommer af, og bilos, og hvad ved jeg. Altså, jeg vil sige måden at blive immun over for ting på, det er måske også ved at springe ud i det. Jeg ved ikke – nu skal jeg ikke have fået sagt det på en forkert måde, for selvfølgelig skal man lytte til, hvad de kloge professorer, de siger, men jeg tror også, at noget af det, skal tages med en gram salt. Det tror jeg. Fordi mange af dem, jeg besøger, har både røget og drukket og spist med måde. Jeg vil sige, at hvis man gør ting med måde – og det har de jo gjort – har [man] et fornuftigt liv.*

**Peter**, social- og sundhedsassistent, 32 år, ryger

Samtlige informanter – såvel rygere som tidligere rygere – mente ikke, at advarsler på cigaretpakkerne om rygningens skadelige virkninger havde nogen betydning for eller indflydelse på deres forhold til rygning. De fleste rygere lagde stort set aldrig mærke til dem, og andre betragtede dem nærmest som grinagtige. Igen blev betydningen af de risikofaktorer, der er forbundet med rygning, nedtonet ud fra argumentet om, at man ikke kunne vide sig sikker på, at det reelt ville være en risiko for dem. Således siger en informant:

Men når der står, at det giver lungekræft, så... så betyder det ikke så meget?

*Nej, det preller af, det er sgu lige meget (griner). Ej, men det er jo fordi, man også hører om folk, der får lungekræft, selvom de aldrig har røget. Og folk der dør af hjerte-kar sygdomme, selvom de ikke har røget. Eller også er det 25 år siden, de har stoppet, og alligevel har de så fået det senere hen, hvor man tænker: "Nå! Hvad er så lige pointen med, at jeg skulle stoppe, hvis jeg får det, om jeg ryger eller ikke gør".*

**Naja**, social- og sundhedshjælper, 23 år, ryger

Set i forhold til Inter99 undersøgelsens resultater er der ikke i vores datamateriale noget, der tyder på, at vægtforøgelse i forbindelse med et rygestop bekymrede informanterne. Det blev af rygerne ikke beskrevet som en barriere for at holde op med at ryge, ligesom det for ex-rygernes vedkommende ikke på noget tidspunkt havde været en bekymring i forbindelse med deres rygestop. Og kun en enkelt af rygerne ville, hvis valget stod imellem at fastholde et rygestop og tage på i vægt, vælge cigaretterne:

Interviewer: Så du vil til enhver tid hellere ryge, end du vil tage på?

*Ja, det vil jeg helt klart. Det er der slet ikke nogen tvivl om. Altså, det er jo stadigvæk usundt, ik', altså, om man tager på eller ryger, det er jo stort set de samme sygdomme man kan få af det, så... og så helst være slank og ryge, ik', end overvægtig og på rygestop.*

**Naja**, Social- og sundhedshjælper, 23 år, ryger

Det forhold, at denne informant prioriterer at ryge frem for en hypotetisk udsigt til at tage på i vægt, kan muligvis forklares med informantens unge alder og køn. Vi ved fra andre undersøgelser, at gruppen af yngre kvinder er mere optagede af at holde den slanke linje end den øvrige befolkning. De øvrige rygere gav ikke udtryk for, at vægtstigning var en hindring for et rygestop.

På spørgsmålet om, hvad der kunne få rygerne til at holde op med at ryge, svarede flere, at det ville de, hvis de for eksempel fik konstateret rygerlunger, fik kræft eller på anden måde blev syge. For de fleste rygestopperes vedkommende var det også rygerrelaterede sygdomme eller negative kropssymptomer, der havde motiveret dem til at holde op med at ryge. De mente heller ikke, at de var holdt op med at ryge, hvis de ikke havde oplevet symptomerne:

Tror du, du var holdt op med at ryge, hvis du ikke havde fået den der betændelses-tilstand?

*Nej, det tror jeg ikke, jeg havde. Jeg tror, det var det, der gjorde det, for jeg var rigtig træt af det. Det er selvfølgelig lidt sjovt, at det er sygdom, der skal til, før man holder op med at ryge, ik'å', men det var det, der skulle til for mit vedkommende.*

**Karsten**, maskinarbejder, 25 år, tidligere ryger

En anden rygestopper siger:

*Ja. Nogen er holdt op på grund af helbredsmæssige problemer, og folk er blevet trætte af det. Jeg holdt selv op på grund af helbredet. Jeg hostede som en sindssyg til sidst... om morgenen. Så begyndte jeg at tænke, om der var noget galt. <...> Jeg kunne også mærke, at jeg ikke kunne løbe på arbejdet... hvis vi skulle hurtigt over på skadestuen, blev jeg forpustet, og jeg hostede. Det var også sådan nogle ting, der fik mig til at tænke over det. I min unge alder allerede. Hvordan skulle det så være, når jeg blev 50 år. Jeg var nødt til at tænke sådan... hvis jeg allerede nu hostede sådan så tidligt, ik'.*

**Rasmus**, portør, 31 år, tidligere ryger

#### 5.1.4 Rygningens betydning i hverdagslivet

For at fremanalysere de præmisser, som fastholdt informanterne som rygere eller virkede motiverende ind på informanternes lyst til at holde op med at ryge, søgte vi at indfange rygningens betydning og position i informanternes hverdagsliv. Rygning som fænomen er ikke kun forbundet snævert med individuel adfærd, men også med socialitet og et helt spektrum af hverdagsdynamikker. Her tænkes bl.a. på, hvordan hverdagslivets organisering har indflydelse på, hvornår, hvorfor og hvordan rygeren beslutter at ryge, hvilken betydning rygeren tillægger rygningen, og hvordan denne betydning igen er knyttet til rygerens sociale univers. Alle rygerne forbandt rygning med at slappe af og hygge sig med familie og venner:

*Altså, det er jo en hyggeting, og det er jo noget, man slapper af med og nyder ik'. Det er jo rart, når man er ude og spise efter en god middag, at man har lov til at tænde en cigaret, ik', som en afslutning på sin middag.*

**Jytte**, social- og sundhedsassistent, 35 år, ryger

Når denne informant beskrev rygningens positive værdier gennem en reference til en situation, hvor man spiser middag ude i byen, betyder det ikke, at informanten kun ryger, når hun er ude og spise middag i byen. Det er heller ikke fordi, hun spiser middag ude hver dag. Denne informant ryger 40 cigaretter om dagen, men beskriver alligevel røgens positive værdier i forhold til en positivt ladet kontekst, som for de fleste – herunder også ikke-rygere – vækker associationer til noget afslappende, hyggeligt og rart. Rygning blev således af de fleste rygere i mindre grad beskrevet og betragtet som et afhængighedsforhold og i høj grad som en nydelsesfuld handling. Også Hanne forbinder entydigt rygning med hygge og afslapning.

*Jeg forbinder rygning med hygge og afslapning, det er lige som det... rygning for mig er sådan noget hygge. Det er noget jeg godt kan lide.*

**Hanne**, 31 år, social- og sundhedshjælper

I modsætning hertil beskrev flere af de tidligere rygere i langt højere grad deres forhold til rygning som et afhængighedsforhold. For et par af de tidligere rygere havde afhængigheden været så voldsom, at de for at kunne gennemføre rygestoppet måtte reorganisere deres dagligdag, og tidligere hverdagslige rutiner måtte ændres. Det gjorde de for undgå at komme i situationer, som mindede dem om den tid, hvor rygningen var en naturlig og integreret del af deres hverdag. En af de tidligere rygere beskriver det sådan:

Interviewer: Blev du nødt til at ændre rutiner i hverdagen efter rygestop?

*Ja, i starten. Simpelthen for at komme i gang... før kunne jeg godt sidde og drikke kaffe og ryge smøger, høre radio, se noget fjernsyn. Slappe af. Den første måned efter jeg stoppede med at ryge, der var det op, ud af sengen, og i bad med det samme. Tøj på og så lave et eller andet. Ikke noget med at slappe af, for så kom jeg til at tænke på smøgerne. <...> Jeg kunne godt finde på at gå en tur kl. 22 om aftenen bare for at tænke på noget andet end at ryge. Eller gå tidligt i seng og falde hurtigt i søvn, så du ikke skal tænke på det. Det har selvfølgelig også været kroppen. Kroppen manglede bare noget.*

**Rasmus**, portør, 31 år, tidligere ryger

Denne informant måtte imidlertid ikke kun ændre på hverdagslivets rutiner i sine bestræbelser for at blive røgfri. Det fik også konsekvenser for hans sociale relationer, fordi han for at fastholde et rygestop forsøgte at vige udenom så mange fristelser som muligt:

*Nogle af mine venner har jeg næsten ladet være med at gå i byen med, fordi de er rygere. Det er lettere at gå i byen med nogen, der ikke sidder og pulser en op i hovedet. Når man er fuld kan man godt blive fristet.*

**Rasmus**, portør, 31 år, tidligere ryger

En anden rygestopper havde i forbindelse med sit rygestop oplevet samværet med rygerne som positivt. Han havde på ingen måde følt sig fristet af at begynde at ryge, når han var sammen med rygere. Til gengæld mente han, at hans ophold sammen med kollegaerne i rygerummene på arbejdspladsen havde været en hjælp for ham i forbindelse med hans rygestop:

*(...) jeg er glad for, jeg gjorde det på den måde der. For jeg brugte ikke nogle rygestop hjælpemidler. Alt det der rygestop-tyggegummi, plaster, de der inhalatorer og sådan noget, det brugte jeg ikke, fordi et eller andet sted tror jeg, at jeg fik den del af det rygning, jeg skulle have. Det fik jeg, når jeg sad i pauselokalet.*

Inde ved rygerne (griner)

*(griner) Ja, inde ved rygerne. Der sad jeg så og sugede noget røg ind der, ik'å.*

**Karsten**, maskinarbejder, 25 år, tidligere ryger

Alle informanterne arbejdede på arbejdspladser, som håndhævede en rygepolitik, hvor der enten var indrettet henholdsvis rygerum og ikke-rygerrum, eller som betød, at rygerne måtte gå udenfor, hvis de skulle ryge. Flere rygere oplevede ikke dette som generende, men oplevede – på lige fod med ovenstående rygestopper – rygepauserne som en tiltrængt pause fra arbejdet:

*Så de ekstra smøger, som jeg ryger på arbejde, som ikke som sådan er ”nødvendige”, det er sådan nogle, hvor man lige har brug for en pause væk fra dem, og nogle gange er det også bare for at komme ned, hvor man lige får de der 5-10 minutters frisk luft samtidig med, man ryger, ik’ Hvor man lige får pustet tankerne ud af hovedet, ik’, og får rimelig ro, ik’, og så kan man gå op og fortsætte igen, ik’*

Så du bruger dem også som afbræk?

*Ja, som afbræk for lige at komme ud i to minutter. Ja, det er måske i virkeligheden mere end man lige regner med... at man faktisk går ned og får den pause væk fra de andre.*

Ja. Hvad med ikke-rygerne – hvad gør de for at få det der afbræk der?

*Jamen, der er nogle, der bare kommer med ned, altså også for at få de der fem minutters luft, ik’, og for at snakke lidt. Og så om aftenen, der mødes vi så alle sammen nede i kælderen og så ryger – altså dem, der så ryger, ik’. Og der er tit ikke-rygere med der, som bare er der for at snakke lidt og få noget luft.*

Og det synes du er hyggeligt – om aftenen?

*Ja, det er jo så hyggeligt.*  
**Naja**, social- og sundhedshjælper, 23 år, ryger

Såvel rygere som tidligere rygere mente i vid udstrækning, at rygning var en privat sag, som man ikke skulle blande sig i. De mente, at det var folks personlige valg, om de ville holde op med at ryge eller ej. Flere rygere var derfor stærkt irriterede over de rygeforbud, som var blevet indført på deres arbejdspladser:

Hvad tænker du selv om de forskellige initiativer, der er – især på offentlige arbejdspladser – med, at man skal holde op med at ryge?

*Altså, jeg synes, det er noget pjat. Jeg synes folk skal have lov til at ryge, hvis de vil. Og så synes jeg, man skulle indrette rygerum, så man skåner ikke-rygerne. For det må være folks egen sag. Og vi putter en masse penge i statskassen ved at ryge, ik’, og de penge må jo forsvinde et eller andet sted hen. Øm, jeg ved så godt, at der ikke ryger så meget til hospitaler og indlæggelser, men et eller andet sted må det næsten gå op i en højere enhed, ik’. Jeg synes, det er... hvad hedder det?*

En privat sag?

*Ja, men jeg synes, det er ved at være lidt racistisk overfor rygerne efterhånden, for jeg synes virkelig, de har været hårde, ik’.*

Du føler, du begynder at blive presset?

*Ja, meget endda. Men jeg tager ikke det pres særlig alvorligt, for jeg vil bestemme selv.*

**Jytte**, social- og sundhedsassistent, 36 år, ryger

Rygerne stod ikke alene med dette synspunkt. Flere af de tidligere rygere mente heller ikke, man burde blande sig i, hvor vidt folk røg – heller ikke selvom det betød, at de selv og andre blev udsat for passiv rygning.

*Det var mere min mor og dem, der er blevet fanatiske ikke-rygere... at man ikke må ryge inde i stuen. Sådan noget kan jeg ikke klare. Jeg er ligeglad med om folk sidder og ryger 20 smøger her hos mig... det generer mig ikke. De får også et askebæger, hvis de ryger. Sådan en gider jeg ikke at blive. Man skal tænke på andre... også dem, der ikke vil holde op med at ryge. Det må de selv om. Jeg synes ikke, at man skal lave det hele om til ikke-rygning... rygere er også mennesker. Man kan heller ikke sige til patienterne, at de ikke må ryge. Det er deres liv. <...> jeg synes, at det er forkert, at der er en klapjagt på rygerne. Du kan ikke presse dem til at holde op.*

**Rasmus**, portør, 31 år, tidligere ryger

Som mange forholdt sig til spørgsmålet om sund kost og dyrkelsen af motion, så forbandt langt de fleste af informanterne således også rygeforbud med begrebet ”fanatisme”. De opfattede rygning som en privat sag og mente ikke, at den passive røg, som rygerne måtte udsætte andre for, var et forhold, der skulle lede til rygeforbud. En informant gik så langt som til at mene, at oplysningskampagnerne om rygningens skadelige virkning og rygeforbudene er et tegn på, at vores samfund var ved at overgå fra at være et demokrati til at være et diktatur:

*Altså, jeg vil sige, måden at få folk til at lytte på, det er også ved at fremlægge noget mediemæssigt, som er sobert. Altså, noget der er forståeligt. Ikke noget der er... Jeg vil sige, måden man gør det på lige nu herhjemme, det er meget diktaturstyret. Det, vi alle dage har kunnet være stolte af herhjemme – eller i hvert fald i meget lang tid i både dit og mit liv <...>, det er, at vi har et demokrati. Og demokratiet er med til, at vi har medbestemmelse, og vi har indflydelse på vores eget liv. Jeg vil sige, at hvis tingene begynder at være så styrende nu med diktatur, at tingene skal trækkes ned over hoved på os, så får vi det jo som i mange andre lande i verden, og det er jo det, som vi har at være stolte af, det kan vi snart ikke længere være stolte af, for det er ved at blive ødelagt.*

**Peter**, social- og sundhedsassistent, 32 år, ryger

### 5.1.5 Sundhed i det sociale rum

Rygning er en kompleks problemstilling, der hænger sammen med normer og værdier i det sociale netværk. Fokusgrupperne åbnede op for et indblik i, hvad det betyder for værdier og for de ting, der giver mening for den enkelte, når forståelsesrammen flyttes fra det enkelte individ til en kontekst, som er repræsentativ for den kontekst, hvori informanterne har deres daglige gang og deres sociale liv. Her var det også muligt at spore, hvorledes den enkeltes standpunkter blev udfordret og i nogle tilfælde flyttet gennem diskussionerne med deres kolleger, venner og familiemedlemmer. Processerne var naturligvis i høj grad styrede af de spørgsmål og

opgaver, der blev stillet så på trods af, at der var mulighed for at diskutere og bringe egne erfaringer på banen – hvilket også blev gjort – så var spørgsmålene rammesættende for processerne.

Måden hvorpå deltagerne fyldte rammerne ud var bestemt af den enkeltes placering i gruppen som dominerende versus domineret, som bl.a. kunne læses ud af den talelængde og tyngde, der blev tillagt den enkelte informants argumenter.

Under fokusgruppeinterviewene blev informanterne bedt om at drøfte og prioritere følgende forhold, der kunne relateres til sundhed; Kost, Motion, Gode boligforhold, Rygning, Være glad for livet og Gode venner. Endvidere blev de bedt om at diskutere/færdiggøre og drøfte forskellige udsagn om rygning med bl.a. baggrund i eksempler fra eget liv:

- *Jeg vil gøre alt for, at min søn/datter ikke begynder at ryge*
- *Rygere har det sjovere end ikke-rygere*
- *Summen af laster er konstant*
- *Det bedste ved at holde op med at ryge er...*
- *Det værste ved at holde op med at ryge er...*

De blev videre bedt om at forholde sig til, om det er i orden at blande sig i andres måde at forvalte sundhed på, ligesom de blev bedt om at forholde sig til et udvalgt rygestopmateriale fra Kræftens Bekæmpelse.

### **Sundhed til forhandling**

Som vi så det under de individuelle interviews kom forståelsen af sundhed blandt fokusgruppeinformanterne generelt til at dreje sig om at være glad for livet og have gode venner, snarere end det drejede sig om kost, motion og rygestop. Uden undtagelse støttede alle informanterne hinanden i at tilskrive positive oplevelser og et solidt socialt netværk stor værdi, også selvom det kunne betyde, at det skete på bekostning af bevidstheden om såvel den kortsigtede som den langsigtede virkning af en eventuel u hensigtsmæssig adfærd i forhold til egen sundhed.

Den måde, hvorpå de argumenterede for denne prioritering, kredsede overvejende om, at gode venner og glæde ved livet var de grundlæggende forudsætninger for at have et godt liv, som næsten uden modifikationer kunne sidestilles med at sundt liv – eller i hvert fald et liv, der føltes værdifuldt. Samtidig blev gode venner og livsglæde i flere tilfælde set på som direkte forudsætninger for overhovedet at kunne tænke på motion, kost og rygevaner.

*”... være glad for livet og have gode venner. Så kan jeg styre min kost og min motion.”*

**Carsten**, IT-konsulent, 34 år, ryger

*”Ja, fordi så har du også en opbakning, både fra dig selv, men også fra din omgangskreds ikke?”*

**Frank**, reservedelschef, 39 år, ryger

Nogle gange kunne rygning endog vendes til noget, som en hel gruppe af mennesker kunne blive enige om, havde et nærmest sundhedsfremmende element i sig:

*Jeg synes, det er svært, også fordi; er det hvad ens logiske sans siger, eller hvad man selv synes, der er vigtigt for sundheden. Fordi jeg ved jo godt, at rygning burde jo reelt være til sidst for sundheden, for rygning er jo dårligt for luftvejene, men på den anden side, så giver det måske også nogle glæder og – ja hvad ved jeg. Så det måske kunne være en gave?*

**Katja**, Social- og sundhedshjælper, 28 år, ex-ryger

De fleste rygere anså på linie med denne kvinde rygning for at have et element af livskvalitet i sig. Et element, de var villige til at investere deres helbred i på sigt, fordi det betød kvalitet her og nu i deres hverdag.

Ser vi på hvilken viden, der trækkes på i forhold til sundhed, er det ofte den personlige erfaring som en del af det almindelige hverdagsliv, der er i spil:

*Jeg har en dame – eller lige nu har jeg hende ikke midlertidigt – men en dame på 97, som siger til mig, at gør man alt med måde, så varer livet længe, og så blomstrer livet. Så siger hun: ”Det er jeg jo et levende bevis på”. Og så siger jeg: ”Jo, det må jeg jo sige”. Altså, hun siger, alt med måde. Så kan man både ryge og drikke. Og hele pibetøjet. Det gør hun. Men med måde*

**Peter**, social- og sundhedsassistent, 32 år, ryger,

Til tider kan det officielle sundhedsbegreb stå i direkte opposition til det at have det godt, og informanterne lader det således negativt:

*Det kan ikke nytte noget at være enormt sund og aldrig gøre noget som helst forkert – mmm, jeg har en i familien, der er meget, meget fokuseret på sundhed, og det er også fint. Det accepterer jeg fuldt ud, men vedkommende er meget, meget oftere syg, dårlig, end jeg er. Jeg ved ikke, hvor glad vedkommende egentlig er.*

**Hans**, IT-mand, 38 år, ryger

## Mestring af sundhed

Sundhed i forhold til kost blev i informanternes hverdagslivskonstruktion til et spørgsmål om at spise varieret. Men spørgsmålet om at spise sundt var i nogles optik ikke kun et spørgsmål om at gøre det bedste for din egen sundhed. Det var også et spørgsmål om økonomi:

*Du er nødt til at spise, som du har penge til. Ville jeg sige. Altså, jeg har ikke... personligt har jeg ikke råd til at gå ned og købe det sunde kød og de økologiske grøntsager og whatever. For det er økonomien ikke til. At jeg så måske gerne ville det, det var en anden side af sagen.*

**Inge**, førtidspensionist, 47 år, ryger

Økonomiske barrierer for at købe og spise sundt var én dimension af informanternes hverdagslivsbetingelser. En anden dimension var forståelsen af ”sund kost” som et spørgsmål om at spise varieret:

*Men man kan sige, at kosten er jo også meget, at du sørger for at få varieret kost. At du ikke kun spiser de usunde ting.*

**Helle**, social- og sundhedshjælper, 39 år, rygestopper

At spise ”varieret” var i denne informants fortolkning ikke et spørgsmål om at sørge for spise forskellige typer grøntsager, kostfibre, kulhydrater og proteiner. I stedet blev det – som vi så det under de personlige interviews – til et spørgsmål om at spise ”lidt af det hele”, såvel sunde som usunde ting.

Kun for et absolut fåtal var motion en naturlig og integreret del af dagliglivet. Som vi så det under de personlige interviews, blev motion for mange forbundet med fanatisme og for nogle som en aktivitet forbeholdt overvægtige. Kun nogle enkelte gav udtryk for, at der skete en vis positiv dominoeffekt, når de var fysisk aktive:

*Når jeg så virkelig træner, så er min kost også oppe, ikke? Og så bliver jeg også mere glad for livet.*

**Helle**, social- og sundhedshjælper, 39 år, rygestopper.

Ovenstående informant gav videre udtryk for at føle mere overskud, når hun dyrkede motion. Dette perspektiv på motion blev godtaget i den pågældende kontekst. Men godtagelsen af hendes udsagn skete som en accept af hendes oplevelser, snarere end som en tilkendegivelse af, at de øvrige interviewdeltagere delte oplevelsen med hende. I samme gruppe var der en positiv indstilling til rygestop: To var holdt op, og en ville gerne holde op. De to rygestoppere var begge positive omkring selve rygestoppet og var særligt lettede over ikke længere at være ”jaget vildt” som rygere.

I flere grupper var spørgsmålet om, hvorvidt det var i orden at blande sig i andres måde at forvalte deres helbred på, oppe til diskussion. Her var det særligt de sundhedsskadelige effekter af rygning, lige fra hoste og vejrtrækningsproblemer til KOL, samt de negative konsekvenser af forkert kost, hvor problemstillinger omkring fedme og diabetes blev drøftet.

I forhold til spørgsmålet om hvorvidt det var socialt acceptabelt at blande sig i andres måder at forvalte deres sundhedsmæssige levevis på, var den dominerende holdning, at der måtte skelnes mellem nære og mere løse relationer. I de nære relationer kunne man godt respektfuldt påpege en bekymring over for andre, mens det i forhold til den mere perifere omgangskreds ikke var legitimt at blande sig. Der var stor entydighed omkring, at man var bevidst om risici for helbredet, og det gjaldt såvel rygning som overvægt, men at det var den enkeltes ansvar at forvalte eget helbred. Som en informant siger:

*Jeg er udmærket klar over, det er usundt, og jeg har gjort mig det valg. Og så kan det godt være på sigt, at jeg bliver syg af det. Og sådan er det. Men det må jeg jo bare vente og se. Og i det tilfælde så må jeg jo bare få det bedste ud af det.*

**Peter**, social- og sundhedsassistent, 32 år, ryger

Denne informant ville på linie med de øvrige ikke selv bryde sig om indblanding i sin livsførelse hverken fra familie og kolleger eller fra offentlige instansers side. Der var dog også to informanter, mor og datter, der mente, at over for ens tætte familie og kolleger havde man en pligt til at blande sig, hvis man var bekymret. Mo-

deren havde prøvet selv at medvirke aktivt til at hjælpe en kollega, der var overvægtig og gerne ville tabe sig ved at afskaffe wienerbrød som del af hyggen på arbejdspladsen.

### **Rygningens rolle i hverdagslivet**

Den værdi, rygning havde i forskellige kontekster varierede alt efter antallet af rygere, der var til stede og de forskellige deltageres plads og fylde i gruppen. I en gruppe var der eksempelvis to rygere (mænd) og en rygestopper (kvinde). Kvinden var holdt op med at ryge, fordi hendes søn havde fået konstateret astma. På trods af at hendes kæreste ikke havde klaret et rygestop, og på trods af at rygestoppet havde kostet hende en vægtøgning, så var hun stædig og holdt fast i rygestoppet. For de to rygere i den pågældende gruppe var rygning meget eksplicit en vigtig del af det at have et godt liv. På et tidspunkt under interviewet, da der blev talt om rygestop, fortalte den ene ryger, der generelt var meget radikal i sine udmeldinger, hvor dødssyg han syntes, den anden mand var blevet, dengang han havde været rygestopper i et år. Herpå finder følgende ordveksling sted mellem rygeren Peter og eksrygeren Katja:

**Peter:** *Men i dit tilfælde, der kan man jo også godt sige, at motivationen kunne være sværere, fordi både din kæreste og dig prøvede at holde op med at ryge, og det lykkedes jo for dig, men han ryger stadig. Så man kan sige, at det som du kunne forpuste jeres lille dreng med, det gør han jo stadig, for han fortsætter ufortrødent.*

**Katja:** *Ja, ja.*

**Peter:** *Men hvor meget hjælper det så, at du holder op?*

**Katja:** *Ingenting*

**Peter:** *For du holdt jo op for hans skyld, ikke for din egen. Det er jo et eller andet – det er jo lige fedt.*

**Katja:** *Ja, ja.*

**Peter:** *Fordi det er jo...*

**Katja:** *Jamen det har jo ikke hjulpet [min søn], at jeg stoppede med at ryge. Fordi at... jeg vil sige, at et eller andet sted er det lige før, at [min samlever] ryger det mere nu, end han gjorde, da jeg røg altså ... jeg ved ikke hvorfor.*

**Peter:** *Nu kan han ryge dine også.*

**Katja:** *Ja, det er jo det, der bliver røget næsten lige så mange cigaretter, som da vi begge to røg.*

Den opbakning, som man umiddelbart kunne tro ville tilflyde kvinden fra omgivelserne, forbliver fraværende. Der stilles spørgsmålstejn ved effekten af rygestoppet, og de anstrengelser, hun har gjort sig, udviskes. Resultatet af hendes rygestop bliver således underkendt. Hvad der var vundet i renere luft til barnet og mere sundhed for kvinden blev i denne kontekst fuldstændig negligeret. Efterfølgende fortsætter samtalen, og det kommer frem, at sønnen i perioder, hvor han ikke er forkølet, ikke får astmamedicin. Det får igen den mest talende ryger på banen:

**Peter:** *Så kan man diskutere, om det er rygningen, der har forårsaget det.*

**Katja:** *Det tror jeg ikke, nej, fordi min farmor har astma, min far har astma – jeg tror, han havde fået det uanset hvad.*

**Peter:** *Men det er blevet en god ting bare at sige: Det er nok rygningen. Den er blevet lidt for god. Og det er derfor, det er svært at tage noget alvorligt, når den bare kommer som en gængs kommentar.*

I ovenstående dialog kan mindst tre interessante elementer, der relaterer sig til det officielle sundhedsbegreb, identificeres. Der sættes for det første spørgsmålstejn ved årsagen til, at den kvindelige informants søn har astma. Eftersom flere af kvindens familiemedlemmer også har astma, kan det lige så godt være årsagen til at sønnen også har fået det snarere end at være en virkning af, at sønnen dagligt er blevet udsat for tobaksrøg. For det andet: Da hypotesen om, at årsagen til sønnens astma kunne findes i hans arveanlæg, blev røgen "fritaget" som årsagskilde. Arvelige betingelser blev således oversat til, at hvis du har anlæg for en sygdom, får du den, uanset hvordan du i øvrigt lever dit liv. Over for biologiske arveanlæg kan man ikke gøre hverken fra eller til. Denne årsagsforklaring gjorde det på den måde lettere for de to øvrige informanter, som ingen interesse havde i at holde op med at ryge, at tilbagevise rygningens skadelige virkninger. Som følge heraf blev viden om røgens skadelige virkninger sat til dørs som useriøs. Man ledes videre til at antage, at et budskab risikerer at miste værdi, når det bliver sagt for ofte.

### **Risikotænkning**

Går vi yderligere ind i de diskussioner, der har udspundet sig i det sociale rum, så var et tilbagevendende omdrejningspunkt under fokusgruppeinterviewene, at røgens skadelige virkninger blev sat op mod andre helbredstruende risici. Særligt blev smøg nævnt som en sundhedsfare:

*Der hvor jeg arbejder, der er en stor kantine, en rigtig, rigtig stor kantine, og den ligger lige ud til Vasbygade, og der kører der 40.-50.000 biler i døgnet. Der røg vi i en lille bitte ende af kantine. Nu er der blevet totalt røgforbud. Og det er også fint med mig. Men jeg kan ikke se det logiske i, at vinduerne er lige op og ned af den gade. Hvad får vi ikke smidt ind, uanset om der bliver røget eller ej?*

**Hans,** IT-mand, 39 år

Som nævnt i foregående afsnit er der en tendens til diskussioner i interviewene om, hvorvidt sygdom foranlediges af adfærd eller af dispositioner. Sidstnævnte kommer som hverdagslivsforståelse til at repræsentere et gyldigt modargument, så længe en klokkeklar og entydig determinerende årsagsvirkning relation ikke kan bevises.

### **Forholdet mellem dominerende og dominerede**

Hvis vi afslutningsvis ser på, hvordan mening blev dannet i grupperne, er der et tydeligt mønster, hvor de dominerende holdnings- og meningsdannere også var dem, der kom først på banen. De dominerende var entydigt de mest talende og dem, som meget hurtigt havde en mening om tingene. De talte længst tid og ved afrundinger af tematikker, var det dem, der lukkede ballet med en opsummerende meningstilkendegivelse. I nogle tilfælde blev dette yderligere understreget ved, at den dominerende gik fra at tale i 'jeg'-form til at tale i 'vi'-form.

*Altså der, tror jeg nok, at vi begge to har det sådan, at hvis vi holder nok af et menneske, så lukker vi munden op og siger det"*

*Lis, pensioneret pædagog, 66 år, rygestopper*

Dette mønster gav ikke anledninger til negative stemninger i grupperne. Hver informant syntes blot at indtage de pladser, de blev tildelt. I enkelte grupper var der en mere flad og ligeværdig struktur, hvilket medførte, at det var legitimt for den enkelte at have en anden holdning end de andre.

### **5.1.6 Rygestoppernes hvorfor og hvordan**

De enkelte rygestoppere præsenteres her individuelt. Der sættes fokus på deres motivationer for et rygestop samt de forhold, der har virket fremmende eller hæmmende for at initiere, gennemføre og fastholde rygestoppet. For yderligere at nuancere billedet har vi valgt også at medtage de rygere, som havde erfaringer med rygestop fra tidligere tidspunkter i deres liv.

#### **Katja, 28 år**

*Jeg kunne se, hvor påvirket han blev af cigaretrøg*

Katja stoppede med at ryge ca. 3 måneder før interviewet. Hun var på det tidspunkt generet af smerter i brystet, kortåndethed og hoste. Hun blev dog ikke primært motiveret af sine fysiske gener, men af at hendes 2-årige søn fik konstateret astma og blev sat i medicinsk behandling. Samtidig informerede hendes læge hende om røgens skadelige virkning og bad hende overveje at holde op med at ryge. Da hun gennem en periode havde prøvet at gå fra at sidde med sit barn og give ham astmamedicin og derpå ud på altanen for at ryge, oplevede hun, at det var svært at finde mening i det og besluttede sig for at forsøge at stoppe. Katja trappede ned over få dage ved brug af nikotintyggegummi og har holdt det siden. Hendes kæreste prøvede samtidig også at holde op, men klarede kun rygestoppet i få timer. Det sværeste ved ikke at ryge var ifølge Katja, at rygning var blevet en indgroet vane knyttet til mange dagligdags ting som fx at tænde en cigaret, mens hun talte i telefon. Katja har også måttet konstatere, at hun har taget seks kilo på, efter hun er

holdt op med at ryge. Hun har opdaget, at hun egentlig uden at være særlig bevidst om det er begyndt at spise større portioner ved måltiderne og ofte putter slik i munden, når hun ellers ville have røget. Rygestoppet efterlader et savn, der er forbundet med bestemte handlinger og kontekster;

*Det der morgenkaffe og cigaretter; det var simpelthen det bedste, jeg vidste! Og det er også det, jeg savner allermest; det er det, når jeg sidder med en kop kaffe. Det er ikke efter maden og alt det der, som mange andre har; nej, det er, når jeg sidder med min kaffe, sammen med nogle veninder eller noget, ikk'?*

Kigger man på den støtte, Katja umiddelbart får, synes det svært at se, at der umiddelbart i hendes sociale netværk er faktorer, der virker fremmende i forhold til at understøtte Katja i hendes rygestop. Hendes kæreste holdt ikke sit rygestop, og selvom han i starten accepterede at ryge på altanen, er det endt med, at der nu godt må ryges indendørs igen. På arbejdspladsen er der et flertal, der går i rygerummet efter maden, og vælger man ikke at gå med, mister man noget af den sociale snak. Katja går derfor tit med. Som nævnt i et tidligere afsnit er den moralske opbakning til at overse. Hendes grundlag for at gennemføre rygestoppet miskrediteres, fordi hun alligevel ikke har opnået at skabe et ikke-rygerhjem, eftersom sønnen nu er medicinfri, og fordi der i hendes sociale kontekst kan argumenteres imod rygning som årsag til sønnens astma kontra andre mulige risici såsom smøg. Som hun selv siger: *Jeg tror ikke, jeg har nogen ikke-rygere i min omgangskreds.*

Katja peger på sin egen stædighed som den vigtigste faktor for at fastholde sit rygestop.

### **Karin, 40 år**

*Vi fik tilbudt rygestopkursus på arbejdet, og så tænkt jeg, at jeg lige så godt kunne prøve*

Karin satte sin stopdato for lidt mere end et år siden på et rygestopkursus, som hun deltog i sammen med sin mor. Siden da, har hun ikke været fast ryger, men hun kan finde på med måneders mellemrum at ryge et par hvæs af en cigaret ved festlige lejligheder. Hun beskriver, at hun som ryger var en 'ryger-light', da hun aldrig var oppe på at ryge mere end ca. 10 cigaretter om dagen. Hun savner ikke cigaretterne særligt meget. Cigaretterne betød først og fremmest hygge, og det var helt uproblematisk for hende at gennemføre rygestoppet.

*"Jamen, det var hyggeligt at ryge en cigaret sammen med min kollega, når vi skulle til at sortere dagens post. Det var en fast rygetid på arbejdet... når vi stod der med posten...og vi sagde farvel til hinanden om eftermiddagen med en smøg. Min ex-mand røg jo ikke, og på grund af at vores piger begge havde astmatisk bronkitis som helt små, så har jeg altid røget under emhætten herhjemme. Men det var jo ikke hyggeligt at stå der... det var en trang... noget fysisk".*

Det er mest cigaretterne på arbejdet, som Karin kan længes efter. Hendes kollega spørger hende stadig af og til, om 'hun vil med ud og ryge'. Ikke så meget for at dele en smøg – mere for at have hendes selskab. At holde pause med rygerne på ar-

bejdet fik dog Katja til at begynde at ryge igen efter hendes anden graviditet. Hun skulle lige have et hvæs hos en kollega den ene dag, og næste dag to hvæs og pludselig røg hun en hel cigaret alene. Og så blev hun ryger igen.

Karin har røget on and off siden hun var 18 år. Under hendes to graviditeter har hun hver gang holdt op fra det minut, hvor graviditeten var konstateret. Karin fortæller, at hun selv med sit begrænsede forbrug af cigaretter var plaget af smerter i brystet, der stammede fra en for høj produktion af mavesyre, som rygningen var med til at fremme. I første omgang fik hun piller for lidelsen. Da pillerne således tog smerterne, røg Karin fortrøstningsfuldt videre. Hun plagedes dog også af slimfyldt røghoste om morgenen, hvilket gjorde hende noget betænkelig over for cigaretternes skadelige indflydelse på hendes sundhed.

Som pillekrævende diabetiker har Karin mange gange af lægen fået at vide, at hun skal holde op med at ryge. Selvom Karins far er hårdt ramt af følgesygdomme til diabetes, fik lægens henstillinger ikke Karin til at holde op med at ryge.

*Nej, jeg ville ikke holde op med at ryge. Han (lægen) sad der med alle sine plancher, men det kunne jeg ikke bruge til noget.*

Men da Karin via arbejdet fik tilbudt et betalt rygestopkursus for godt et års tid siden... *tænk jeg, at det kan jeg ligeså godt prøve. Og min mor ville også gerne være med... så kunne vi gøre det sammen.*

Karin var meget glad for kurset, skrev med ildhu dagbog over sine cigaretter og gik højt op i sin stopdato, som hun uden slinger holdte fast i. Karin beskriver i dag sig selv som røgfri... *selvom jeg kan da godt finde på at ryge en cigaret ved festlige lejligheder, men jeg begynder aldrig at ryge igen...jeg kommer aldrig til at købe en pakke cigaretter igen.*

### **Helle, 39 år**

*"Du dufter af faster", sagde min nevø. 'Hvad dufter jeg af?' spurgte jeg, og så sagde han 'røg'.*

Helle har været røgfri i lidt over 1 år, da hun bliver interviewet. Hendes baggrund for at holde op med at ryge var dels, at hun følte, at det efterhånden var blevet så besværligt at være ryger på grund af det stigende antal forbud og restriktioner, der var alle vegne, dels at hun havde det skidt med, at hendes lille nevø satte lighedstegn mellem lugten af faster og lugten af cigaretrøg. I forbindelse med en længere forkølelse og lungebetændelse, hvor hun ikke kunne ryge, besluttede hun derfor, at nu var det slut. Helle brugte ikke sundhed som argument for sin beslutning om at holde op:

*Cigaretterne er de mest usunde, men det var ikke derfor jeg holdt op. Jeg har jo hørt på alle de der skrækhistorier og set rygerlunger. Men jeg tænker: og? Altså, jeg var på hospitalet med min veninde, der havde vejrtrækningsproblemer og kom i respirator. Det første, jeg gjorde, var at gå ud og tænde en smøg. Vi ved jo godt, at det er farligt... og at drikke. Men fra det og til at lade være er der langt.*

Helle brugte ikke nikotinsubstitutter, men klarede sig blot med egen viljestyrke. Helle har egentlig ikke savnet cigaretterne, og i dag tænker hun ikke på dem længere:

*Det var da hyggeligt, men nu er det så mange andre ting. Altså. Det er ikke sådan... jeg var også bekymret for, hvad jeg skulle gøre af mine hænder. Men jeg har ikke den der følelse af at skulle nørkle med mine hænder hele tiden. Jeg har slet ikke oplevet de der ting, som man plejer at sige er forfærdelige.*

Rygestoppet har medført en vægtforøgelse på 15 kilo på trods af, at Helle har dyrket ekstra motion. Hun er ked af og generet af de ekstra kilo, som hun satses på skal tabes igen, men dette kan dog ikke motivere Helle til at begynde at ryge igen. Dertil er glæden ved at være røgfri og lugtfri for stor:

*I starten havde jeg det meget sådan, at skulle jeg ikke bare begynde at ryge igen og så tabe de kilo. Men altså, livet er blevet nemmere ved ikke at være ryger. Man kan færdes alle vegne. Man kan gå ud og spise, uden man behøver finde rygelokalet. Alle de der irritationsmomenter ved at være ryger. De er væk. Så livet er blevet lettere.*

Hertil kommer en bedre økonomi, fornemmelsen af ikke at være jaget vildt længere og endelig, at Helle på baggrund af den indsigt, hun havde i statistikker over rygeres livslængde og sygdomsrisiko havde en bevidsthed om, at hun havde forøget sine egne chancer for et længere og bedre liv. Rygestoppet havde ikke, som hun ellers fik stillet i udsigt, ændret på hendes lugte- og smagssans.

Helle oplevede det generelt ikke som svært at holde op, selvom det var det, hun havde forventet. Venner og familie har bakket op om hendes rygestop, og på arbejdspladsen var der flere, der holdt op med at ryge. Så hvor Helle i starten gik med i rygerummet, skete dette ikke så ofte mere. På hendes eget kontor måtte hendes kolleger godt ryge, ligesom Helle syntes, det var okay, at hendes familie og venner røg i hendes hjem. Helle var således meget upåvirket af, at andre røg i hendes selskab, ligesom den vægtmæssige effekt betød vedholdenhed i forhold til motion. Hun fremstod dermed meget autonom og besluttet omkring fastholdelse af rygestoppet.

### **Rasmus, 31 år**

*Jeg hostede som en sindssyg til sidst.*

Rasmus røg ind til for et år siden omkring 25 cigaretter om dagen. Han var begyndt at hoste voldsomt om morgenen, og han var endvidere påvirket af alle de lungepatienter, han blev konfronteret med hver dag gennem sit arbejde som portør. Mange af dem lå med iltapparater, og han tænkte ofte, at sådan ønskede han ikke at ende. En dag besluttede han efter et par ugers overvejelser at holde op. På hans arbejde var der rig mulighed for at komme på rygestopkurser, men som Rasmus siger: "Man går ikke op til en eller anden fremmed og sidder og snakker om at stoppe med at ryge".

Rasmus var meget opmærksom på, at nogle vaner og nogle vanesmøger hænger sammen – det var derfor nødvendigt at ændre på indgroede vaner for at lykkes med rygestopet. Den sædvanlige morgenkaffe måtte springes over, for den var alt for tæt forbundet til dagens første smøg; det var bare i bad og så op på cyklen.

Dertil kom rastløsheden;

*Når du stopper med at ryge, så skal du lave noget andet. Du kan ikke bare sætte dig hen. Så tænker du på det konstant. Det gjorde jeg også. Lige efter jeg var stoppet, blev jeg hyperaktiv. Jeg kunne gøre lejligheden ren i en hel dag... lave noget andet... ud... væk... ind til byen... kikke på forretninger. Jeg kunne ikke ligge på sofaen en hel aften mere, som jeg kunne før. For jeg lå og tænkte på en smøg hele tiden.*

Den fysiske afhængighed forsøgte Rasmus at afhjælpe med nikotintyggegummi, men han syntes ikke, at det hjalp, så det endte med, at det var viljestyrken alene, som bar ham igennem. De bedste støtter gennem den første svære periode af rygestopet var Rasmus familie, der har været der for ham med snak og opmuntring.

Efter Rasmus holdt op med at ryge, begyndte han at løbetræne. Han ændrede også sin kost, så han begyndte at spise mindre slik og fed mad. I forhold til hans tidligere livsstil levede han overordnet et langt sundere liv efter sit rygestop. Han blev inspireret til at holde op med at ryge af sin bror, der selv har tabt sig og er begyndt at spise sundere og mere grønt. Deres ændrede kostvaner har også haft en afsmittende effekt på deres forældre.

Gennem de seneste år havde Rasmus oplevet, at rygekulturen havde ændret sig både i familien og på arbejdspladsen. Der var begge steder mange, der var holdt op, og hvor man før uden skrupler røg inde, blev der nu kun røget udendørs eller ved et åbent vindue. Det var dermed blevet lettere at fastholde et rygestop.

## **Bent, 29 år**

*... min onkel fik konstateret halskræft for to år siden.*

Bent havde røget mellem 20 og 40 cigaretter om dagen, fra han var 13 år. Han havde flere gange prøvet at holde op med at ryge, men hver gang var han startet igen. Denne gang havde han holdt rygestopet i et halvt år. Det, der var anderledes denne gang, var, at beslutningen blev truffet på et andet grundlag: Hans onkel fik for to år siden konstateret, at han havde halskræft, og han døde af sin sygdom i januar i år. Endvidere havde Bent's datter fået astmatisk bronkitis og var kommet i medicinsk behandling for sygdommen. Gennem nogle måneder trappede han ned og få dage før nytår 2006 holdt han helt op. Han havde besluttet at nytårsaften skulle være hans ilddåb:

*<...> hvis jeg kan holde nytårsaften, hvor jeg drikker og det der, så kan jeg også holde det alle de andre dage.*

Bent brugte nikotintyggegummi et par dage, men havde ellers klaret sig uden hjælpemidler af nogen art. Han havde ikke søgt ikke nogen hjælp eller støtte fra familie eller kolleger, men var vedholdende ved egen styrke og beslutsomhed:

*Men nu har jeg så også haft de her ting at gå ud fra. Det med min onkel, som så er død af kræft, og så pga. min datter, der har astmatisk bronkitis. Jeg har haft de to punkter at holde mig efter. Så det er jo nok mest for hende, for at hun ikke skal gå hen, og det skal blive konstant med hende.*

Han havde ikke følt sig generet af andres rygning eller derigennem følt sig ansporet til at vige fra sin beslutning. På arbejdspladsen var det fortsat tilladt at ryge. Han syntes, rygestoppet var gået forbavsende nemt i forhold til, hvad han havde regnet med. De 10 kilo, han havde taget på, havde han på forhånd kalkuleret med, og de bekymrede ham ikke synderligt. Tabte han dem, var det fint, og hvis ikke, så kunne han godt leve med de ekstra kilo og bevidstheden om, at han havde gjort noget godt for sit lungesystem. Han havde fået en anden gevinst primært i form af, at hans datter havde fået det bedre og sekundært, at hans lugtesans var blevet væsentligt forbedret. Bent havde ikke ændret på andre vaner i forlængelse af, at han ikke røg mere. Hans kone og hans forældre var ikke holdt op, men der blev ikke røget indendørs mere. I omgangskredsen var der et par stykker, der var holdt op, og der var generelt en positiv stemning overfor rygestop, der kunne virke fremmede i forhold til en fastholdelse af rygestoppet.

### **Karsten, 25 år**

*Jeg kan huske det lige så tydeligt med den der tidslinje der, og så kunne jeg bare se, hvordan livet blev forkortet efter hvor gammel, du var.*

For 1½ år siden gik Karsten til lægen, fordi han fik en brændende fornemmelse i halsen, når han drak kolde drikke. Det viste sig, at han havde en betændelsestilstand, og lægen rådede Karsten til at lægge cigaretterne på hylden, fordi han mente, de var årsag til betændelsen. En lungefunktionstest viste endvidere, at Karstens lunger langt fra havde den kapacitet, man kunne forvente af en mand i hans alder. Det helt afgørende var dog, at lægen viste Karsten en statistisk model over rygningens livsforkortende virkninger. På den kunne man også se, hvordan rygestop kunne indvirke positivt på livstidslængden. Allermest bed Karsten mærke i grænsen ved 25 år:

*Og da sagde han så, at hvis du stoppede, inden du var 25, så havde du en betydelig større chance for at leve rigtig længe – eller lige så længe, som hvis du slet ikke havde røget. Jeg ved ikke, om det er det, der har siddet inde i mit baghoved, det der med, at jeg skulle stoppe inden jeg var 25, for det har jeg jo gjort. Og det er altså noget, jeg husker meget tydeligt. Det er det der A4 ark, der sad oppe bag lågen deroppe i klinikken.*

De daglige 15 – 20 smøger blev lagt på hylden, og Karsten besluttede samtidig at ændre sit liv radikalt, ikke mindst for at holde tankerne væk fra cigaretterne. Han begyndte at træne i et motionscenter 3 timer dagligt alle ugens dage. Hans mål var at få en rigtig bodybuilderkrop. For at styre vægten begyndte han at spise Let-Igen, og han planlagde også sin kost, så den var optimal i forhold til at opbygge muskelmasse. Han oplevede selv, at det var træningen, der gjorde det muligt for ham at modstå nikotinrangen i den første tid efter rygestoppet. Han brugte ikke nogen form for substitutter, ligesom han ikke søgte støtte i sin omgangskreds til at klare sig igennem den første tid.

Karsten havde ikke været generet af, at der blev røget på arbejdspladsen eller i andre sammenhænge, og havde ikke på noget tidspunkt vaklet i forhold til fastholdelsen af rygestopet.

Halvandet år efter Karsten var holdt op, havde hans forhold til træningen normaliseret sig, så han trænede et par gange om ugen, og om de kilo, han trods alt havde taget på, siger han: *Altså, jeg vil hellere være røgfri og veje fem kilo mere. Helt sikkert.*

### **Frank, 39 år, ryger, tidligere rygestopper**

*Jeg havde været oppe [om natten for at ryge]. Og så tænkte jeg; det var da fuldstændig vanvittigt at ryge, og så stoppede jeg der.*

En nat for cirka to år siden var Frank oppe og skulle lige ryge en cigaret. Der, midt om natten, syntes han pludselig, at det var for meget, at han skulle have den trang til at ryge. I det sekund traf han spontant beslutningen om, at han ikke ville ryge mere. Muligvis influerede det også på hans beslutning, at han havde oplevet at se sin mor meget syg og døende som følge af usund levevis. Det var under alle omstændigheder noget, han havde reflekteret over i forhold til sin egen livsførelse.

Frank brugte ikke nikotinplaster eller andre substitutter, og han syntes egentlig, at selve trangen til nikotin forsvandt efter bare 14 dage. Det svære var mere ”vanens magt”. Sidegevinsten ved at være røgfri oplevede Frank som primært stolthed over at være røgfri samt en klart forbedret lugte- og smagssans.

Frank holdt sit rygestop i et år. Hans kone røg videre, og på arbejdspladsen var det fortsat tilladt at ryge på afgrænsede områder. I hans omgangskreds var der såvel rygere som ikke rygere.

På et tidspunkt mente Frank, at han godt kunne administrere at være festryger. Det viste sig imidlertid at være en fejlbedømmelse, for snart blev det til mere, og så sad han i saksen igen. Frank havde intentioner om at gøre et nyt forsøg på at holde op med at ryge inden længe.

### **Martin, 46 år, ryger, tidligere rygestopper**

*Vi skulle have et hus, og så var rygning simpelthen sådan en af de ting, vi kunne spare på.*

Martin havde røget siden han var 18 år. Han var i 5 - 6 år rygestopper, og havde således en solid erfaring med at holde op. Motivationen for hans rygestop var af ren økonomisk karakter, da han skulle købe hus med sin daværende kone, og der i deres budget ikke var plads til unødvendige udgifter. Martin holdt derfor op fra den ene dag til den anden. Han var imidlertid ikke mere vedholdende, end han godt kunne ryge lidt, når der bød sig en festlig lejlighed. Martin syntes ikke, det var svært at holde op, ligesom han ikke fandt det svært igennem mange år at fastholde sit rygestop i det daglige. Hans kone, der også stoppede, da de skulle købe hus, kunne ikke holde sit rygestop. Martin oplevede ikke de store forskelle i den periode, hvor han ikke røg, hverken med hensyn til helbred, vægt, smags- eller lugtesans. Efter at have mødt en ny kæreste, som var ryger, begyndte Martin langsomt at ryge igen. Han havde på tidspunktet for interviewet ikke nogen planer om at holde op med at ryge, men mente han ville gøre det, hvis han blev syg.

## 5.2 B: Diskussion på tværs af temaerne

Her diskuteres på tværs af interviewene i forhold til spørgsmål om, hvad der træder frem om sundhed og rygning, når der kikkedes ind i interviewpersonernes hverdagsliv. Det diskuteres, hvordan en rygestopper evner at gøre det rigtige for at mestre et rygestop, således at personen fastholder sig selv som ex-ryger. Desuden er det relevant, at fremhæve, hvilke ressourcer der hjælper en rygestopper og hvilke barrierer, der skal overvindes.

### 5.2.1 Beslutningen om rygestop

Der er forskellige årsager til, at ex-rygerne har taget beslutningen om at holde op med at ryge. Nogen er holdt op, fordi de fik konstateret en sygdomstilstand, der kunne forbindes med deres rygning, andre fordi de havde kropssymptomer, som de selv forbandt med rygning, andre fordi deres mindreårige børn fik konstateret astma og nogle beskriver, hvordan de bare fik nok af at ryge. Ønsket om sundhed i fremtiden spiller ind i enkelte af beslutningsprocesserne, men langt fra i alle. Ofte har sundhed først værdi, når en sygdom har manifesteret sig.

Mennesker med en stærk oplevelse af sammenhæng i livet er bedre rustede til at handle og finde løsninger på de problemer, som de måtte stå over for. De mestrer hverdagslivets udfordringer på en tilpasset måde. Når man kikker på tværs af de rygestop-historier, som interviewundersøgelsen har givet indblik i, så er det ressourcer som stædighed, selvrespekt, stolthed, evnen til at bryde vaner og viljestyrke, som rygestopperne refererer til, når de selv skal begrunde, hvordan det er lykkedes dem at blive cigaretterne kvit. Alle forskellige former for indre mestringsressourcer. Desuden viser undersøgelsen, at de fleste af rygestopperne har fundet opbakning og støtte til at gennemføre rygestoppet i deres nærmeste sociale netværk. Der har været ressourcer til deres rådighed, 'legitime andre' inden for rækkevidde, der har kunnet støtte op om rygestoppet. Undersøgelsen peger på, at når de socio-kulturelle netværk, som målgruppen er en del af, er ikke-rygere eller holder op med at ryge, så er det lettere at tage en beslutning om selv at holde op og at gennemføre rygestoppet. Det er svært at stå alene med et rygestop, men hvis rygestop tillægges værdi i det/de sociale netværk, så er det en stærkt medvirkende faktor for en beslutning om et rygestop.

Undersøgelsen viser, at det sociale netværk ikke kun kan indvirke positivt på sundhedsadfærd, men også rummer potentiale til at indvirke negativt ved at udøve indflydelse, der fastholder en ryger som ryger. Interviewene viser, at det sociale netværk har kræfter til at gøre usund og uacceptabel adfærd acceptabel. Det ses særligt i tilfældet med Katja, hvor der i fokusgruppeinterviewet med hendes sociale netværk blev stillet spørgsmålstejn ved effekten af hendes rygestop i forhold til sønnens astma. Hun blev ikke bakket op i rygestoppet – tværtimod. Andre af rygestopperne talte om, hvordan de var blevet opfordret til at ryge af kollegaer, når de nu alligevel holdt pause med rygerne på arbejdspladsen.

### 5.2.2 Sundhedsbegreb

En stærk diskurs i interviewpersonernes sundhedsbegreb handler om 'det gode liv/livskvalitet' over for 'det sunde liv/livsstil'. Sundhed er ikke i sig selv en strukturerende værdi i interviewpersonernes hverdagsliv, og der er ikke mange beslutninger, normer og rutiner i hverdagslivet, der reguleres ud fra et eksplicit ønske om at være sund i betydningen kost, ikke-rygning og motion. Det er kendetegnende for interviewpersonerne, at de først lukker sundhed i den officielle betydning ind, når der i hverdagslivet har manifesteret sig et behov herfor. Deres rationale er ikke, at de vil ændre eventuelle vaner eller lignende, fordi dette er sundt. Sundhed i sig selv er ikke en styringsmekanisme i hverdagslivet, men et problem, der viser sig og først dér kræver opmærksomhed og eventuel handling.

Sundhed defineres som en tilstand, hvor man gør, hvad man vil, fordi det giver nydelse og livsglæde i hverdagen. Særligt fokusgruppeinterviewene viste med tydelighed, hvordan interviewpersonerne udpeger kvaliteter som at være 'glad for livet' og at have 'gode venner', som de vigtigste enkeltfaktorer for at have et sundt liv. Rygning blev i mange tilfælde sat nederst på listen over, hvad der havde betydning for et sundt liv. Der blev i flere af fokusgruppeinterviewene udtrykt en holdning om, at en forudsætning for at kunne spise sundt, dyrke motion mm. var, at man var glad for livet. Er man ikke glad for livet og finder sin hverdag meningsfuld, så kan man ikke tage en beslutning om at leve sundere – og gennemføre beslutningen.

Interviewene med rygerne viser, at de ikke opfatter rygning som en trussel for deres sundhed/helbred. Selvom rygerne alle kan beskrive kropssymptomer som hoste, forhøjet blodtryk, gentagne tilfælde af lungebetændelse og stakåndethed, så er de i stand til at fortolke deres kropssignaler, så disse ikke konflikter med deres rygning. De beskriver sig selv som sunde på trods af signaler fra kroppen på det modsatte, og anser ikke sig selv i risiko for at udvikle alvorlig sygdom på længere sigt. De har det, i hvert fald så tæt som vi kommer på dem i interviewene, godt med deres krop. Også selvom flere af rygerne i undersøgelsen på et tidspunkt har været holdt op med at ryge, og kan beskrive, hvordan de oplevede flere positive kropssignaler på baggrund af rygestoppet, så fortæller disse rygere, at de hellere vil ryge. Fordi det øger deres livskvalitet. Og når rygning forbindes så entydigt med livskvalitet, og livskvalitet vurderes som væsentligst for at have et sundt liv, så kan det være en del af forklaringen på, hvorfor rygning som isoleret enkeltfaktor ikke ses som sundhedsskadeligt. En af deltagerne i et af fokusgruppeinterviewene beskriver, hvordan han *ryger en sund cigaret* af den simple årsag, at den gør ham godt.

Rygning er af afgørende betydning for rygernes sociale liv – særligt på arbejdspladsen giver interviewpersonerne beskrivelser af, hvordan rygning er det sociale kit. Hvis man ikke ryger, er man sat udenfor det sociale liv. Det er i rygepauserne, at man udveksler de små og store historier fra hverdagslivet, og der er flere fortællinger i interviewene om, hvordan man tilkalder arbejdspladsens rygere med telefonkæder for at mødes om en smøg. Rygning er en del af arbejdslivet, som giver hverdagslivet mening. Man hygger sig, når man ryger, og nogle af rygestopperne fortsætter med at deltage i rygepauserne for at vedblive med at være del af det fællesskab. Ideen om at rygere har det sjovere trives i bedste velgående. Fordi det er deres erfaring. Et rygestop kan derfor skabe en manglende oplevelse af sammenhæng i hverdagslivet.

### 5.2.3 Fremtidsorienteringer

Interviewdeltagernes fremtidsorienteringer handler ikke ret meget om forandringer. Der spores i interviewmaterialet en tendens til at ville fastholde status quo. Interviewpersonerne kan beskrives som en målgruppe, der har en høj genkendelsesorientering i livet. Dette kan gøre dem lukkede over for forandringer som eksempelvis et rygestop, der bringer potentielt kaos ind i livet. Der er ingen tvivl om, at et rygestop fordrer en evne til og muligheden for at ændre på grundlæggende vaner og rutiner i hverdagslivet. Og ligger det ikke inden for hverdagslivets betingelser at ændre grundlæggende rutinemønstre, så bringer et rygestop så megen uorden i hverdagslivet, at det er uønskværdigt. For mange af rygerne handler det om at være glad her og nu. Derfor tænker de kortsigtet på, hvad der i nuet skaber glæde og det gode liv. Tanken om mulig sygdom ude i fremtiden kan ikke få dem til at holde op med at ryge i nutiden, når rygning giver glæde i denne nutid. Denne orienteringsform står stærkt, og flere af rygerne har kun et skuldertræk til overs for, at rygning kan give dem en sygdom på længere sigt. For måske er de netop en af de personer, der tåler røgen uden at blive syg.

Det træder desuden tydeligt frem i interviewmaterialet, at hverdagslivets betingelser naturligt er med til at begrænse interviewpersonernes drømme for fremtiden. Når man befinder sig i en social position med ringe uddannelse og relativt dårlige økonomiske kår, så er det svært at få drømmene for fremtiden til at flyve højt. Så er det langt vanskeligere at se, hvordan man kan flytte sig radikalt.

### 5.2.4 Sundhedsinformation

Sundhed i den officielle betydning skal kunne fungere i hverdagen for at give mening. Deltagerne i interviewundersøgelsen kender alle som én de officielle sundhedsråd. Alle deltagere udtrykker entydigt, at de godt VED at rygning er skadeligt for sundheden. Særligt rygerne i undersøgelsen tillægger ikke information om rygningens skadelige virkninger nogen betydning for, om de ryger eller ej. Dette er næppe en overraskende konklusion. Information om skadevirkninger ved rygning kan potentielt bekræfte og dermed fastholde ex-rygerne i rygestoppet. Men en entydig konklusion i undersøgelsen er, at en øget informationsstrøm om sundhedsskadelige virkninger ved rygning i sig selv næppe vil have nogen effekt i forhold til en beslutning om at holde op med at ryge.

Interviewpersonerne trækker på de nære, personlige erfaringer i hverdagslivet om, hvad der virker, og hvad der ikke virker. De laver deres egne strategier for sundhed, der kan indpasses i hverdagslivets virksomhed. Hermed kan sundhedsfaglig ekspertviden ikke konkurrere. Der er flere fortællinger i interviewmaterialet, der viser, at interviewpersonerne tvivler på eksperternes sunde råd. For hvad der er sundt i dag, er usundt i morgen. Og når den sundhedsfaglige viden alligevel ikke kan afstemmes med hverdagslivets betingelser, så er det logisk at afvise den som ubrugelig og uvederhæftig. Denne mistillid går så hånd i hånd med interviewpersonernes præferencer og styringsmekanismer i hverdagslivet, hvilket kan være en del af forklaringen på, at de afviser den officielle diskurs om sundhed. Moderniteten stiller som følge af globaliseringen store mængder af information og viden om sundhed til rådighed for det enkelte individ, der efterlades med byrden at skulle sortere i den. I moderne socialt liv får begrebet livsstil en særlig betydning. Jo mere traditionen mister sit tag i individet, og jo mere hverdagslivet påvirkes af det globa-

le, i jo højere grad tvinges den enkelte til at træffe valg om livsstil blandt mange forskellige muligheder.

Når sundhedsbudskaberne ofte revideres, omformuleres, eller trækkes tilbage, giver det grobund for en radikal tvivl og forurolighed. For hvad skal man tro på? Det er sandsynligt, at interviewpersonerne overvinder denne tvivl ved at sortere i budskaberne og skabe deres egen sti gennem junglen af sunde budskaber. Viden tilegnes ikke længere gennem eksperterne som en envejsproces – viden gentilgøres i hverdagslivet af menigmand i modernitetens refleksivitet. Modernitetens refleksivitet refererer til modernitetens tilbøjelighed til konstant at tilbyde ny viden og nye informationer, der kan give anledning til en kontinuerlig revision, fordi der eksisterer mange konkurrerende muligheder. Modernitetens refleksivitet kuldsejler dermed individernes forventninger til den sikre viden.

Interviewpersonerne stiller – med rette? – spørgsmålstegn ved den tilgængelige sundhedsviden, da alt kontinuerligt viser sig at kunne være anderledes.

### 5.2.5 Fremtidige sundhedspædagogiske tiltag?

Konklusionerne i interviewmaterialet peger i retning af sundhedspædagogiske tiltag og initiativer, der søger at iscenesætte sundhed i målgruppens hverdagsliv via andre midler end videnoverføring/information. Der skal her introduceres et blik, der kan give inspiration til fremtidige aktiviteter, hvis målgruppens sundhed skal øges.

Sociologen Aaron Antonovsky arbejder ud fra et salutogenetisk perspektiv, som han anlægger som et helhedsorienteret perspektiv på mennesker og sundhed. Den salutogenetiske orientering defineres som en orienteringsform inden for sundhedsforskningen, der har fokus på de ressourcer, der øger individets sundhed. Således beskæftiger Antonovsky sig med det, der holder mennesker sunde frem for det, der fører til sygdom (det patogenetiske perspektiv). Centralt i Antonovskys tilgang står de tre begreber 'begrivelighed', 'håndterbarhed' og 'meningsfuldhed'. *Begrivelighed* angiver, i hvilken udstrækning en person opfatter stimuli, som hun udsættes for, som kognitivt forståelige, og som en sammenhængende, struktureret og tydelig information. Hvis stimuli ikke er begribelige, vil hun opfatte disse stimuli som en form for kaotisk, tilfældig og uforklarlig støj, der bibringer usikkerhed. Har en person en stærk oplevelse af begribelighed over for indre såvel som ydre stressorer, kan personen passe disse stimuli ind i en sammenhæng og forklare dem. *Håndterbarhed* handler om, hvorvidt en person oplever, at der står ressourcer til rådighed, der er tilstrækkelige til at overkomme krav og stimuli. Det kan være ressourcer, som personen selv har kontrol med, eller som en legitim anden kontrollerer. En person, der har en stærk oplevelse af håndterbarhed, vil ikke føle sig som offer for omstændighederne, men vil kunne møde uheldige omstændigheder i tilværelsen konstruktivt. *Meningsfuldhed* henviser til den tilstand, hvor en person er i stand til at skabe mening i selv ulykkelige eller alvorlige hændelser. At vedkommende ser hændelser i livet som udfordringer, der skal imødekommes, og vil gøre sit bedste for at klare sig igennem dem.

Tilsammen skaber de tre begreber den globale indstilling til livet 'oplevelse af sammenhæng' – OAS. Oplevelse af sammenhæng:

*'udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men dynamisk tillid til, at ens indre og ydre miljø er forudsigelige, og at der er en stor sandsynlighed for, at alting vil gå så godt, som man med rimelighed kan forvente'.* (Antonovsky, 2000:13)

Antonovskys model lægger op til en betragtning om, at der bagved en tilsyneladende usundhed (som fx rygning, manglende motion, dårlige madvaner), ligger en sundhed gemt i alle mennesker, en sundhed defineret som evnen til at mestre stressorer. Mestringsevne betyder, at begivenheder i livet kan begribes, håndteres og giver mening, såvel intellektuelt, følelsesmæssigt som praktisk. Hvis det sker, oplever individet sammenhæng i sine livserfaringer, hvilket vil bidrage til et godt helbred, og på sin vis vil være forudsætningen for et grundlæggende godt/robust helbred.

Det kunne med dette udgangspunkt være relevant og spændende at udvikle baggrunden for konkrete sundhedspædagogiske aktiviteter og initiativer, der arbejder inden for det teoretiske univers, som det salutogenetiske perspektiv introducerer. Ved at øge målgruppens generelle mestringsevne og modstandsressourcer, øges tilføjede deres mulighed for at mestre og gennemføre mere gennemgribende livsstilsændringer.

## 6 Litteraturliste

Antonovsky, A. (2000): **Helbredets mysterium**. Hans Reitzels Forlag. København

Bech-Jørgensen, Birte (1994). **Når hver dag bliver hverdag**. Akademisk Forlag. København

Bech-Jørgensen, Birte (2002): **Forskning og hverdagsliv**. Forskningsgruppen Arbejds- og Levemiljøer, årgang 7, nr. 1.

Dahlberg, K., Drew, N & Nyström, M (2001): **Reflective Lifeworld Research**. Studentlitteratur. Lund.

Fog, Jette (1981): **Om kvalitativ metode**. I: Broc, T., Krarup, K., Larsen, P.K. & Rieper, O. (red): Kvalitative metoder i dansk samfundsforskning. Lejersymposiumet 1978. Nyt fra samfundsvidenskaberne 50.

Fog, Jette (1997): **Den moralske grund i det kvalitative forskningsinterview**. I: Jørgensen, Per Schultz (red): Kvalitative meninger – som almengørelse af det konkrete. Nordisk Psykologi. Hans Reitzels Forlag. København. S. 39 – 56.

Fog, Jette (2004): **Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview**. Akademisk Forlag. København.

Giddens, Anthony (1994): **Modernitetens konsekvenser**. Hans Reitzels Forlag. København. Kap. III, pp. 72 -130.

Giddens, Anthony (1996): **Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under senmoderniteten**. Hans Reitzels Forlag. København. Kap. 1 & 2, pp. 7 – 87.

Kvale, Steinar (2000): **Interview**. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag, København.

Schutz, Alfred (2004): **Hverdagslivets sociologi. En tekstsamling**. Hans Reitzels Forlag. København.

van Manen, Max (2003): **Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy**. The Althouse Press.

## 7 Bilagsfortegnelse

**Bilag 1: Spørgemanual til individuelle interview og fokusgruppeinterview**

**Bilag 2: Oversigt over de forskellige steder hvor der er søgt kontakt til interviewpersoner**

# Bilag 1: Spørgemanualer til individuelt interview og fokusgruppeinterview

## Spørgemanual - Individuelle interviews

### Hverdagsliv – organisering

#### Familieliv

- Bor du alene eller har du partner og/eller familie? (kernefamilie, dele etc?)
- Hvad laver din partner?
- Alder på børn.

#### Dagsrytme

- Beskriv en almindelig hverdag? Hvornår står du op, hvad gør du så: morgenmad (hvad spises).
- Hvordan kommer du til/fra arbejde (bus, tog, cykel etc.)
- Hvis der skal hentes børn, hvordan sket det så?
- Hvem køber ind og laver aftensmad? Hvad spiser du/I? Kokkereres der, færdigretter, rugbrødsfad, pizza eller?
- Hvad laver du om aftenen (hvis aften-/ nattearbejde: Hvad laver du, når du har fri): fx Ser fjernsyn/DVD, har fritidsaktiviteter, sammen med børn, husligt arbejde, ser venner, evt. fritidsaktiviteter)
- Hvordan ser weekenderne ud?
- Hvem er du sammen med, hvilke aktiviteter er du/i engageret i?
- Sker der noget særligt i weekenden, som ikke sker i løbet af ugen?

#### Arbejdsliv

- Regelmæssige arbejdstider eller skiftende (dag, aften, nat (for at få et billede af, hvor stabil deres hverdagslivs rytmer er))
- Hvad består dit arbejde af? Beskriv en almindelig arbejdsdag fra start til slut? Hvad gør du? Sammen med hvem?
- Hvornår holder du pauser, holdes pauser sammen med nogen, ryger de – ryger de ikke? Hvor spiser I frokost, hvad spiser du, hvad spiser de andre, hvem sidder du sammen med – hvem sidder du ikke sammen med – hvorfor/hvorfor ikke?
- Er du glad/tilfreds med dit arbejde? Har du indflydelse på dit arbejde? På hvordan det organiseres/udføres?
- Hvad ville du arbejde med, hvis du selv kunne bestemme?

## Sundhed - sundhedsopfattelse

### Alle:

- Mestring af sundhed (i hverdagslivet).
- Hvad gør de for egen sundhed? Hvorfor og hvordan?
- Hvad er sundhed? /kom forbi standardsvar om kost og motion../
- /Hvad er dine erfaringer med at gøre noget for din sundhed? Det er hverdagslivets samlede erfaringer, der er afgørende for, hvordan vi vurderer vores muligheder for at handle og for at have kontrol over vores handlinger./
- Hvad er sundhed? (ideologi)
- Hvad er sundhed for dig? Hvornår er man egentlig sund? (bredt og positivt)
- Vil du sige, at du selv er sund? Hvordan ser du din egen sundhed?
- Hvordan tror du, at andre ser på din sundhed?
- Hvornår gjorde du sidst noget, der var godt for din/familiens sundhed? (praksis)
- Fortæl om alle de ting du gør for din sundhed/for at føle dig godt tilpas? Hvad gør du, når du skal gøre noget godt for dig selv/forkæle dig selv? (egenomsorg)
- Skal man være sund for at være lykkelig?
- Hvad gør du for selv at være sund? Hvornår gjorde du sidst noget, der var godt for din eller familiens sundhed? (praksis) Hvad gør du, når du skal gøre noget godt for dig selv/forkæle dig selv? (egenomsorg).
- Hvilke handlinger udføres for at nå et mål inden for sundhed?
- Hvad er usundhed? Kender du nogle, der er usunde? Hvorfor er de usunde?
- Kender du nogen, der er sunde? Hvorfor er de sunde?
- Hvornår gjorde du sidst noget, der var usundt? Kunne du lide det?
- Har du prøvet at gøre noget, der skulle være godt for din sundhed, og så alligevel opgivet det? Hvilken grunde havde du til ikke at gennemføre? /negative beslutninger, der ligger til grund for ikke at gennemfører en bestemt handling/
- Synes du, at du har nogle sundhedsproblemer (arbejds-mæssigt/privat)?  
PROBLEMDEFINITION
- Hvem er disse problemer et problem for?
- Hvilke problemer er de vigtigste at gøre noget ved?
- Hvorfor eksisterer disse problemer? Hvor stammer de fra? ÅRSAGER

- Kan du selv gøre noget for at løse disse problemer? Hvem kan ellers gøre noget? Hvad har betydning for, at problemerne løses? LØSNINGER
- Hvad/hvem kan hindre dig i at opnå dine mål? Hvem har eller kan have indflydelse på, hvor sund du er? Hvem kan arbejde for din sundhed?
- Hvilke initiativer/handlinger kan sættes i gang for at løse problemerne?
- Er der på et tidspunkt sket noget i dit liv, der har fået dig til at tænke på sundhed?
- Hvis du selv kunne bestemme din sundhed, hvad skulle så være anderledes? Hvordan kunne det blive sådan? Skulle noget overhovedet være anderledes?
- Hierarkiet af sundhedsproblemer. Afvejningen af forskellige sundhedsproblemer i hverdagslivet. Hvad er værst?

### **Rygere:**

- Hvad betyder rygning i dit hverdagsliv? Hvornår ryger du/i hvilke situationer?
- Ryger dine kolleger, venner, familiemedlemmer? Har den kolleger, venner, familiemedlemmer, som ikke ryger? Er der forskel på, hvordan du ryger, når du er sammen med hhv. rygere – ikke rygere?
- Beskriv, hvad du føler, når du tænder en cigaret?

### **Ex-rygere:**

- Hvad var baggrunden for beslutningen om rygestop? /spørg ind til motivation/
- Evt. hjælpere? Evt. modstandere? /familie, venner, substitution, andet/
- Mestring af rygestop (i hverdagslivet)
- Hvad har været afgørende for, at du har kunnet gennemføre rygestop? Hvad var lettest/sværest i forbindelse med rygestop? Er du blevet overrasket over noget?
- Oplever du, at du som ex-ryger har ændret på andre (sundheds)vaner? Træffer du i dag andre valg for din sundhed end tidligere?
- Hvordan har du det med at være sammen med rygere nu? Er der nogen rygere, som det er sværere at være sammen med end andre i forhold til at opretholde rygestop?
- Hvad tænker du nu, når du tænker på en cigaret?

### **Kropsopfattelse**

- Forestillinger om forholdet mellem rygning og vægt
- Der er nogle undersøgelser, der viser, at mange er bekymrede for de negative konsekvenser et rygestop evt. kan have på et rygestop – hvad tænker du om det? Har du det på samme måde? Hvorfor/ hvorfor ikke?
- Hvornår oplever de at være i balance/have det godt med deres krop? Hvad er afgørende for denne balance/have-det-godthed?
- Gør du dig andre tanker om, hvordan rygning kan påvirke dit udseende (hud, tænder, hænder..)? Er du bekymret for at du lugter af røg?

### **Risikoopfattelse**

- Rygning som risiko for at blive syg i fremtiden?

### **Til rygerne:**

- Når du på cigaretpakkerne kan læse, at du kan få kræft og dø af at ryge og der i øvrigt er en del i medierne om, at rygning kan gøre dig syg, hvad tænker du så?
- Bliver du selv bekymret for at blive syg? Tænker du, at der er så meget, man kan blive syg af?
- Hvad tænker du om advarslerne om passiv rygning? Er der nogen sammenhænge, hvor du særligt tænker over det – ikke tænker over det?

### **Til eks-rygerne:**

- Har den generelle snak om, at man kan blive syg og dø af rygning haft indflydelse på din beslutning om at holde op med at ryge? Hvordan – hvordan ikke?
- Har advarslerne om passiv rygning haft indflydelse på din beslutning om at holde op med at ryge? Var der nogle sammenhænge, hvor du særligt tænkte over det – ikke tænkte over det?
- Hvad opfattes i øvrigt som særlig risikabelt i forhold til fremtidig sygdom? Hvad tror du, der har betydning for, om man bliver syg/kan holde sig rask? Tror du, at man selv har indflydelse på, hvor sund/syg man er?

# Interviewguide - Fokusgruppeinterview

## 1. Introduktion

Deltagerne præsenterer sig (navn, alder, uddannelse, arbejde, børn, fritidsaktiviteter)

Interviewer præsenterer sig og informerer om projektets formål

- Det er mest jer der skal snakke og diskutere med hinanden
- I skal snakke om x antal emner/udsagn, som jeg introducerer et af gangen

I skal diskutere emnet indtil:

- Det er klart, hvor enige eller uenige i er
- Få så mange pointer frem som muligt (kom med oplevede eksempler)
- Forestil jer, at I sidder hos en af jer og diskuterer over en kop kaffe/øl
- På bordet ligger forskellige effekter, som i er velkomne til at anvende i diskussionerne

(Til interviewer: led diskussionerne så oplevelser og erfaringer kommer frem og ikke blot holdninger. Hvad har de personligt oplevet i relation til udsagnet?)

Emnerne støttes evt. af forskellige effekter (cigaretpakker med tekster, rygestopinformation, rygeskilte, mm.. *Denne del står stadig til diskussion*)

Brainstorm på emner/udsagn:

- Summen af laster er konstant
- Rygere har det sjovere end ikke-rygere
- Det er okay, når en vært/værtinde lægger restriktioner på gæsternes rygning
- Jeg kunne godt tænke mig at holde op med at ryge
- Jeg kunne godt tænke mig, at du holdte op med at ryge
- Jeg skader mine omgivelser, når jeg ryger
- Ingen festlig sammenkomst uden røg
- Det er vigtigt at beskytte små børn mod røg
- Jeg vil blive ked af det, hvis min søn/datter begynder at ryge
- Jeg vil gøre alt for at min søn/datter ikke begynder at ryge
- Det betyder meget for mig, hvad mine omgivelser/venner mener om min rygning
- Jeg blander mig i mine venners/families sundhed, hvis der er noget, der bekymrer mig
- Man skal ikke blande sig i sine venners/families sundhed

## 2. Opgave

I får først en opgave, der går ud på at rangordne forskellige sundhedsemner i forhold til, hvor vigtigt det er for sundheden.

- Rygning
- Kost
- Motion
- Være glad for livet
- Gode venner
- Gode boligforhold

## 3. Udsagn

Vurder og diskuter forskellige udsagn (5 i alt???)

Opfølgende spørgsmål:

- Når/hvis I taler med venner/familie/kollegaer om rygning, hvad handler samtalerne så om. Tænk på sidste gang I talte om rygning med nogen.
- Hvornår skal man tale med andre om rygning? Giv eksempler.
- I hvilke situationer kommer I til at tænke på rygning?
- Hvem er den værste skodryger I kender? Hvordan? Hvem er den mest hensynsfulde ryger I kender? Hvordan?
- Diskuter: Er rygning overhovedet noget andre skal blande sig i?
- Henvis til materialerne: Hvad mener I om disse effekter? Deres udformning og budskab?
- Hvad betyder det for jer, hvis jeres venner/familie udtrykker, at de er bekymret over jeres rygning?
- Kan I huske at nogen i jeres omgangskreds har haft indflydelse på jeres rygning. Hvordan?

## Bilag 2: Oversigt over de forskellige steder hver der er søgt kontakt til interviewpersoner

Her vises en liste over de forskellige steder, der har været inddraget i forsøget på at skabe kontakt til interviewpersoner:

- Præsentation på konference i FOA-sundhed
- Telefonisk kontakt til byggegruppen, 3F
- Præsentation på gruppemøde i hjemmeplejen i Ishøj (personligt fremmøde – 1 potentiel i målgruppen, der dog ikke ønskede at deltage, mange rygere)
- Torsten Sonne, psykolog, tidligere leder af Stoplinien
- Per Karsten Nielsen og Aske Panduro, Kræftens Bekæmpelse (X-hale rygestopprojektet) – de 6 potentielle de havde i målgruppen vente aldrig tilbage ...
- Plejhjemsleder på Kredsens Hus på Frederiksberg, der rundsendte forespørgslen til 6 andre ledende oversygeplejersker på plejehjem på Frederiksberg (ingen i målgruppen, der ville stille op)
- Har haft kontakt til to andre plejehjem på Frederiksberg, der kun kunne levere rygere
- Naja vedr. veninde - veninde var ikke i målgruppen – hun var under uddannelse til lærer.
- 3 F: Jesper Weihe (uddannelseskonsulent) – der var en potentiel murerlærling – ønskede ikke at bruge så lang tid på at snakke om rygning
- Dagcenter for demensramte i Københavns Kommune – ingen i målgruppen
- Birgitte Silving, ledende oversygeplejerske på plejehjem i Storkøbenhavn – ingen i målgruppen
- Rygestopkonsulenten på Frederiksberg (IT-konsulent Else Marie Laursen)
- Rygestopkoordinatoren i hjemmeplejen på Amager
- Diverse gruppeledere i hjemmeplejen i Københavns Kommune (især Nørrebro)
- Rygestopkonsulenten på Bispebjerg Hospital (var ikke særlig samarbejdsvillig)
- Teknisk Skole – Emdrup – uddannelserne/efteruddannelserne rettet mod en gruppe der er for veluddannet i forhold til målgruppen
- Joan fra ”Aftensol” – ingen i målgruppen
- Serviceleder Tove Christensen, DPU
- Kontakt til portørgrupperne på Bispebjerg Hospital, Gentofte Amtssygehus og Herlev Amtssygehus