

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Ingrid Sakshaug

Graviditet og røykeslutt

Pregnancy and smoking cessation

Dato: 18.05.2016

Totalt antall sider: 37

Abstrakt

Introduksjon: Røyking i svangerskapet kan gi alvorlige komplikasjoner og skadevirkninger for mor og barn, og helsepersonell i møte med gravide har en viktig rolle for å gi kunnskap og motivere til røykeslutt. **Hensikt:** Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere kan motivere gravide til røykeslutt. **Metode:** Dette er en allmenn litteraturstudie der 12 kvalitative og kvantitative forskningsartikler er blitt benyttet for å svare til hensikten. **Resultat:** Det ble funnet fire kategorier: faktorer som fremmer røykeslutt, faktorer som hemmer røykeslutt, opplevelsen av sosial støtte og møtet med helsepersonell. Den siste kategorien svarer mest til hensikten med oppgaven, men de andre kategoriene er relevante da det gir kunnskap om hva som oppleves viktig for kvinnene i forbindelse med røykeslutt. **Diskusjon:** Det ble funnet at motivering til røykeslutt kunne oppleves problematisk både for kvinner og helsepersonell. En god relasjon og kunnskap om motivering ble vektlagt. Samtalemotiverende intervju og teorier om atferdsendring ble funnet å være effektive verktøy for å motivere til røykeslutt. **Konklusjon:** For å motivere til røykeslutt trenger sykepleiere kunnskap om kommunikasjonsverktøy og kommunikasjonsteknikker. Med slik kunnskap, i tillegg til å vise omsorg, respekt for kvinnenens autonomi og unngår å opptre moraliserende vil en kunne danne en god relasjon som anses som viktig for å kunne motivere til atferdsendring.

Nøkkelord: Røyking, graviditet, svangerskap, motivering, sykepleie

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	ii
1. Introduksjon	1
1.1 Hensikten med oppgaven og avgrensninger	2
1.2 Begrepsavklaringer	2
2. Metode.....	3
2.1 Litteratursøk.....	3
2.2 Ethiske vurderinger.....	6
2.3 Analyse	6
3. Resultat.....	8
3.1 Faktorer som fremmer røykeslutt	8
3.2 Faktorer som hemmer røykeslutt	9
3.3 Opplevelsen av sosial støtte.....	10
3.4 Møtet med helsepersonell	11
4. Diskusjon.....	14
4.1 Faktorer som fremmer røykeslutt	14
4.2 Faktorer som hemmer røykeslutt	15
4.3 Opplevelsen av sosial støtte.....	17
4.4 Møtet med helsepersonell	19
5. Metodediskusjon	24
6. Konklusjon	26
Litteraturliste	28

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Analysetabell

Vedlegg 4: Skjema for artikkelgranskning

Antall ord: 9675

1. Introduksjon

Det er gjennomsnittlig 22 prosent av alle voksne som røyker daglig eller av og til (Folkehelseinstituttet, 2015). I 2014 røykte 7 prosent i begynnelsen av svangerskapet, og 4 prosent fortsatte ut svangerskapet (Helsedirektoratet, 2016e). Gravide under 20 år oppgir at de røyker mest, der 24 prosent røyker i begynnelsen og 14 prosent fortsetter ut svangerskapet. Opplysninger om den gravide røyker blir ført inn på helsekortet på svangerskapskontrollene dersom kvinnen godtar det. Disse opplysningene blir registrert hos Medisinsk fødselsregister og brukes til helseovervåking og forskning (Folkehelseinstituttet, 2015).

Når mor røyker i svangerskapet påvirkes barnet ved at økt mengde karbonmonoksid i blodet hindrer oksygenopptaket i blodet. I tillegg vil barnet få mindre tilførsel av oksygen og næring gjennom morkaken og livmoren på grunn av nikotinet, dette er fordi nikotinet gjør at blodårer trekker seg sammen. Røyking i svangerskapet kan også medføre tidlig vannavgang og blødning som øker risikoen for infeksjoner og for tidlig fødsel, forliggende og for tidlig løsning av morkaken, spontanabort, lav fødselsvekt, og at barnet dør i de ukene rundt fødselen for eksempel på grunn av komplikasjoner med morkaken og blødninger. Lav fødselsvekt innebærer at viktige organer blir mindre utviklet (Helsenorge.no, 2016).

Hagtvedt (2010) viser til at leger og jordmødre skal undersøke den gravides røykevaner ved konsultasjoner og har en plikt til å informere både mor og far om risikoer forbundet med røyking. Sykepleiere kan møte gravide på legekontor, helsestasjon, sykehus og samt mange andre arenaer. Leger, jordmødre og sykepleiere sammen med annet helsepersonell har en viktig rolle for å spre kunnskap og motivere til røykeslutt. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) er først og fremst rettet mot jordmødre og leger, men henvender seg også til den gravide og annet helsepersonell som hun kan ha kontakt med. I kapittelet om levevaner i svangerskapet står det:

«Helsepersonell kan bruke denne perioden til å gjøre kvinner mer bevisste på levevaner og få dem til å forstå hva levevaner betyr i svangerskapet – både for kvinnen selv og for fosteret. Mye av denne informasjonen trenger kvinnen før hun blir gravid og tidlig i svangerskapet. Slik informasjon må derfor være en del av den generelle helseinformasjonen i samfunnet og bli en integrert del av folks helsekunnskap.»

1.1 Hensikten med oppgaven og avgrensninger

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan motivere gravide til røykeslutt.

Oppgaven har et sykepleieperspektiv, men også pasientperspektiv og noe pårørendeperspektiv kommer fram gjennom forskningsartiklene og derfor også diskusjonsdelen. Innenfor tobakk vil det avgrenses til bruken av røyk. Det var ønskelig å bruke både røyk og snus innenfor tobakkbegrepet, men til tross for at det ble søkt etter bruken av snus i svangerskapet var det problematisk å finne forskning om dette emnet. Oppgaven inkluderer gravide i alle aldre.

1.2 Begrepsavklaringer

Oppgaven kommer til å omtale enkelte teorier og modeller som er brukt i noen studier, og finner det derfor nødvendig å forklare de i korthet. De er utviklet for å forklare atferdsendringer og kan være nyttige for helsepersonell å ha kunnskap om når en skal hjelpe mennesker til å endre livsstil.

Teorien om planlagt atferd (Theory of planned behavior (TPB)) er en kontinuerlig modell, som betyr at den beskriver atferdsendring som en sammenhengende prosess, og faktorene i modellen har til hensikt å kunne forutsi og forklare helseatferd og atferdsendring. Teorien er en videreutviklet av Icek Ajzen, og var basert på en tidligere modell kalt *Teorien om overveid handling* (TRA) som var dannet av Ajzen og Martin Fishbein. Modellen består av faktorene holdning, subjektiv norm og oppfatningen av evnen til å kontrollere og styre sin egen atferd, som påvirker intensjonen til å utføre en handling og utførelse av handlingen (Kristoffersen, 2011a).

Den transteoretiske modellen, også kalt faser i endringsprosesser, er en trinnvis modell og baserer seg på at mennesket går igjennom ulike faser ved atferdsendring. Modellen er utviklet av James O. Prochaska og Carlo C. DiClemente, og omhandler endringsfasene føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, vedlikehold og tilbakefall. Modellen kan være et verktøy for helsepersonell som veileder i atferdsendring med at en hjelper mennesket ved å tilrettelegge veiledningen utfra hvilken fase mennesket er i (Kristoffersen, 2011a; Helsedirektoratet, 2016d).

Aron Antonovsky har utviklet en modell som beskriver helse som en kontinuerlig tilpasningsprosess. Modellen beskrives som salutogen, og ved å bruke et salutogenisk perspektiv har en til hensikt å identifisere og vektlegge faktorer som fremmer helse, i stedet for å fokusere på faktorer som bidrar til sykdom. Modellen beskriver at mennesket innehar en opplevelse av sammenheng, som dannes over tid gjennom hendelser opplevd i oppveksten. Mennesker med høy eller sterk opplevelse av sammenheng vil ha lettere for å opprettholde god helse når de blir utsatt for sterke påkjenninger. Begrepet om opplevelse av sammenheng består av tre komponenter, forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Ved å styrke de tre komponentene i modellen vil en øke menneskets opplevelse av sammenheng og vil bidra til mestring og kunne ivareta god helse (Kristoffersen, 2011c).

2. Metode

Polit & Beck (2012) beskriver metode innen forskning som steg, prosedyrer og strategier en anvender for innsamling og analyse av data til en studie. Oppgaven er en allmennlitteraturstudie, som beskrives av Forsberg & Wengström (2008) som også en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt der en beskriver og analyserer valgte studier.

2.1 Litteratursøk

Når en har avgrenset problemområdet kan en søke etter litteratur gjennom formulerte søkeord (Forsberg & Wengström 2008). Det ble funnet 12 forskningsartikler som var relevant for hensikten til oppgaven. Artikkene er både av kvantitative og kvalitative studier.

Artikkelsøkene ble utført i databasene Medline og Swemed gjennom skolens eget bibliotek. Artikkelsøk ble gjort i tidsrommet 29.01.16 til 09.02.16. Forsberg & Wengström (2008) beskriver Medline som en bred database innenfor medisin, sykepleie og odontologi med hovedsakelig vitenskapelige artikler med opprinnelse helt tilbake til år 1966. Swemed blir beskrevet som en database som dekker medisinsk forskning med vitenskapelige tidsskriftsartikler, forskningsrapporter og avhandlinger med opprinnelse helt tilbake til år 1982. For å finne forskning som svarer til hensikten ble det brukt søkeord som «smoking

cessation, «tobacco use cessation», «tobacco, smokeless/or snuff cessation» kombinert med «pregnancy», «motivation», «midwives» og «midwifery». Søkeord ble kombinert med OR eller AND for å avgrense antall treff i søket. I tabell 1 vises eksempel på artikkelsøk. Søkene ble avgrenset til artikler publisert fra år 2001 til 2016, engelsk språk, full tekst og abstrakt. Det var ønskelig med nyere forskning og måtte være publisert innen de siste 15 årene. Artiklenes titler og abstrakter ble først vurdert. Hvis abstraktene virket å være relevant for denne studien ble artiklenes hele tekst lest og vurdert. I tabell 2 vises eksempel på inkludert artikkel.

Tabell 1: Eksempel på artikkelsøk

Database Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 29.01.2016	Abstracts AND english language AND full text AND year 2001- current	Smoking cessation OR Tobacco use cessation OR Tobacco, Smokeless/ snuff cessation AND pregnancy AND motivation	67	67	38	13	9

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikler valgt for granskning og vurdering

Tabell 2: Eksempel på inkludert artikkel

Forfattere År Tittel Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere Alder	Hovedresultat	Kommentar om kvalitet
Tod (2003) Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study British Journal of Community Nursing England	Hensikten med studien var å utforske og forklare barrierer til røykeslutt i svangerskapet	Design: Kvalitativ studie Instrument: Semi- strukturerte intervju Intervensjon: Intervjuene besto av både åpne og lukkede spørsmål om røykevaner, kvinnens obstetriske historie, faktorer som påvirker opptak eller avslag på røykeslutt tjenester, kunnskap og oppfatninger om røyking og graviditet og forslag for fremtidige tjenester.	11 deltakere Alder: 21- 32 år	Alle deltakere var klar over noen av risikoene med røyking i svangerskapet. De opplevde bekymringer og skyldfølelse som fremmet ønsket om røykeslutt. Barrierer ble identifisert og forklarte hvorfor deltakere fortsatte å røyke i svangerskapet. Barrierer falt innenfor fem kategorier: viljestyrke, røykens rolle og betydning, påvirkning av familie og venner, problemer relatert til helsetjenestetilbudet, og tolkning og forståelse av fakta om røyking i svangerskapet.	Godkjenning fra lokal etisk komite Deltakere har gitt informert samtykke

2.2 Etiske vurderinger

I følge Polit & Beck (2012) er etiske vurderinger viktige for å ivareta at menneskers rettigheter er beskyttet. Et viktig moment i etiske vurderinger er at en framskaffer informert samtykke fra deltakere, og mange av studiene har vist til at de har mottatt samtykke fra deltakerne. Forskningsartiklene som er brukt har etiske vurderinger eller har blitt vurdert av en etisk komite. 9 forskningsartikler viser til at de har fått godkjenning fra etisk komite. 2 forskningsartikler har godkjenning fra Institutional review board. En artikkel viser til at de har søkt om etisk godkjenning, men at komiteen fant at det ikke var nødvendig da studien var en del av en bredere evaluering av et prosjekt om røykfritt svangerskap, og ikke involverte å spørre mennesker om deres helse eller involverte intervensjoner. Dalland (2013) viser til at forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultater. Forskningsartiklene som er brukt ivaretar personvern og har anonymisert innholdet. Uredelig forskning innebærer at en fabrikkerer eller forfalsker data, og plagierer som betyr at en anvender noen andres ideer, resultater eller ord uten å referere (Polit & Beck, 2012). Litteraturen som er brukt til denne studien er referert til for å unngå plagiering.

2.3 Analyse

I følge Dalland (2013) er analyse et granskningsarbeid for å utforske hva materialet en har funnet forteller noe om. Polit & Beck (2012) viser til at et system for koder kan være nyttig for å kategorisere informasjonen fra materialet. Forskningsartiklene ble først undersøkt og vurdert om de var relevante for oppgaven. Så ble forskningsartiklene gransket og vurdert gjennom et skjema dannet av Sjöblom & Rygg (2012). Etter å ha lest artiklene mange ganger ble innholdet fra resultatdelene omdannet til meningsbærende enheter. Disse ble ført inn i en tabell for å få en bedre oversikt for så å bli kodet med farger for å finne meningsbærende enheter som omhandlet det samme temaet. Til slutt ble de som omtalte samme tema dannet til subkategorier og til slutt kategorier. Tabell 3 viser eksempel på hvordan analysen ble utført. Det ble dannet fire kategorier som ble brukt for å danne resultatdelen i denne studien. De fire kategoriene er faktorer som fremmer røykeslutt, faktorer som hemmer røykeslutt, opplevelsen av sosial støtte, og møtet med helsepersonell. Av disse kategoriene er det møtet med helsepersonell som svarer mest til hensikten med oppgaven, men også de andre kategoriene er

relevante for sykepleieutøvelsen da en trenger kunnskap om hva som oppleves viktig for kvinnene i sammenheng med røykeslutt.

Tabell 3: Eksempel på hvordan analysen ble utført

Meningsbærende enhet	Subkategori	Kategori
<p>Kvinner rapporterte at de hadde blitt fortalt av helsepersonell at de måtte slutte å røyke, men opplevde det ikke som nyttige råd da de ikke fikk råd og veiledning om hvordan de kan slutte (Nichter et al., 2007).</p> <p>Jordmødre vektla ønsket om å skape et godt forhold til kvinnene. Forholdet ble sett på som et viktig verktøy for å kunne oppfordre kvinnen til å tenke over røykeslutt (Abrahamsson et al., 2005).</p> <p>Kvinner opplevde at gjennom å være åpen i kommunikasjon med jordmoren og kontaktpersonen ble det lettere å gjøre en forandring i røykevaner (Petersen et al., 2010).</p>	<p>Erfaringer og opplevelser i kontakt med helsepersonell</p> <p>Informasjon og veiledning fra helsepersonell</p> <p>Tilbud og tiltak fra helsepersonell</p>	<p>Møtet med helsepersonell</p>

3. Resultat

3.1 Faktorer som fremmer røykeslutt

For mange kvinner er graviditeten i seg selv og identiteten som en mor en sterk motivasjonsfaktor, og kunnskap om risikoer de utsetter barnet sitt for skaper en bekymring som fremmer ønsket om røykeslutt (Levis et al., 2014; Nichter et al., 2007; Radley et al., 2013; Tod, 2003). For noen kvinner er graviditeten i seg selv nok motivasjon til røykeslutt og er relatert til bekymringen for barnets helse (Mcleod et al., 2003). Ben Natan, Golubev, & Shamrai (2010) fant at hos kvinner som hadde mestret røykeslutt, hadde over halvparten sluttet når de ble kjent med at de var gravide. Det ble også funnet at kvinner som hadde mestret røykeslutt i tidligere svangerskap hadde større intensjon for å slutte i nytt svangerskap enn de som ikke hadde mestret røykeslutt tidligere. Kvinner har til en viss grad kunnskaper om risikoer og skader røyking i svangerskapet kan innebære for barnet (Levis et al., 2014; Tod, 2003). Levis et al. (2014) fant at fosterskader, krybbedød og dødfødsel var risikoer som var sterke motivasjonsfaktorer, spesielt krybbedød og dødfødsel fordi det kunne medføre tap av barnet. En annen studie fant at offentlig reklamering og antirøykekampanjer, og andre menneskers holdninger til røyking under svangerskapet og kvinnens egen skyldfølelse hadde fremmet tanker om røykeslutt (Mcleod et al., 2003). Kvinner som har kunnskap om risikoer forbundet med røyking i svangerskapet kan oppleve negative følelser når de tenker på hvilke skader de kan utsette barnet sitt for. Noen opplever et negativt selvbilde, skyldfølelse og skam over sin røyking, og disse følelsene forsterkes når andre mennesker spør om de røyker (Nichter et al., 2007; Tod, 2003). Kvinner som hadde røyket i tidligere svangerskap opplevde også skyldfølelse og ønsket å slutte å røyke under den nye graviditeten. Noen førstegangsmødre kunne tenke at graviditeten skulle bli deres store test, et tidspunkt for når de skulle gi røykeslutt et seriøst forsøk. Motivasjon og selvtillit til å mestre røykeslutt var høy hos denne gruppen kvinner, og de anså ikke hjelpemidler som nødvendig (Radley et al., 2013). Ben Natan et al. (2010) fant i sin studie at noen kvinner mener de er i stand til å kontrollere sin røyking og at de tror at røykeslutt i stor grad avhenger av dem selv. Noen kvinner mente at evnen til å mestre røykeslutt handlet om å mobilisere nok viljestyrke (Tod, 2003).

3.2 Faktorer som hemmer røykeslutt

Mange kvinner opplever det som vanskelig selv om de har et dypt ønske om å slutte å røyke. Kvinner kan beskrive røyking som en avhengighet, der symptomer på nikotinavhengighet gir frustrasjon og et ønske om å fortsette å røyke (Ben Natan et al., 2010; Fujioka, Kobayashi, & Turale, 2012; Levis et al., 2014; Mcleod et al., 2003; Tod, 2003). En studie gjort av Mcleod et al. (2003) fant at kvinner beskrev at de ikke var i stand til å gjøre endringer i røykevaner da de hadde viktigere problemer å håndtere. Mange kvinner kan finne at de mangler viljestyrke, spesielt når de har stressende livssituasjoner (Ben Natan et al., 2010; Tod, 2003). Flere studier viser til at røyking blir sett på som en måte å håndtere stress på, og blir beskrevet som stresslindrende fra husarbeid, ha omsorgen for barn, økonomiske problemer og ustabile jobbsituasjoner, og vanskeligheter i partnerforhold (Abrahamsson & Ejlertsson, 2002; Levis et al., 2014; Nichter et al., 2007; Petersen, Steyn, Everett-Murphy, & Emmelin, 2010; Tod, 2003). Noen studier viser til at de som ikke lykkes i røykeslutt eller opplever røykeslutt som svært vanskelig har lav sosial støtte, har ustabil økonomi og ustabile boforhold (Nichter et al., 2007; Radley et al., 2013). Noen kvinner kunne føle at de har gitt opp andre former for å mestre stress på, som å være med venner og festing, og for disse kvinnene var røyking deres viktigste måte å håndtere stress på. Røyking ble også omtalt som en ressurs for å håndtere frustrasjon og sinne, og kunne skape evner til å kontrollere vanskelig situasjoner. Å røyke ble dermed en måte å håndtere livet på (Nichter et al., 2007). Kvinner kunne forstå at følelsen av håpløshet var en negativ faktor og bidro til å hindre endring av røykevaner (Petersen et al., 2010). Nichter et al. (2007) fant også i sin studie at noen kvinner er ambivalent for sine egne tanker om hvor skadelig røyking kan være for barnet. Mcleod et al. (2003) fant at noen kvinner trodde at deres røyking ikke var skadelig for barnet, spesielt hvis de reduserte mengden. Noen kvinner kan stille seg i tvil til faktakunnskap om røyking under svangerskapet. De kan minimalisere risikoen for helse relaterte skader for seg selv og barnet (Tod, 2003). Kvinner som hadde røyket i tidligere svangerskap kunne også være i tvil til risikoer og skader hvis deres tidligere barn hadde vært friske (Levis et al., 2014; Nichter et al., 2007; Tod, 2003). Kvinner kunne også stille spørsmål til troverdigheten av bilder brukt for å frembringe reaksjoner og følelser knyttet til fødselsskader på grunn av røyking under svangerskapet (Levis et al., 2014). Petersen et al. (2010) fant i sin studie at noen kvinner anser røyking som akseptabelt da det er minst skadelig av mange rusmidler, som alkohol og narkotika. I tillegg trodde noen kvinner at røyking kunne hjelpe dem å unngå å utvikle andre

avhengigheter. Levis et al. (2014) fant at noen kvinner mente det var akseptabelt å røyke i begynnelsen av svangerskapet før en blir kjent med graviditeten. De kunne også mene at det var akseptabelt å røyke i slutten av svangerskapet, da barnet ikke nødvendigvis var utsatt for fosterskader som en utvikler tidligere under svangerskapet.

3.3 Opplevelsen av sosial støtte

Mange gravide har partnere, annen familie og venner som røyker, og det å bli utsatt for passiv røyking kan være demotiverende for røykeslutt. Flere studier fant at kvinner var utsatt for passiv røyking i hjemmet (Ben Natan et al., 2010; Hegaard, Kjaergaard, Moller, Wachmann, & Ottesen, 2003; Karatay, Kublay, & Emiroglu, 2010; Nichter et al., 2007). Karatay et al. (2010) fant i sin studie at fire femtedeler av partnere til kvinnene røykte, og tre fjerdedeler av kvinnene var utsatt for passiv røyking i hjemmet. Også Fujioka et al. (2012) fant i sin studie at svært mange kvinner oppga at de hadde partnere og familie som røyket. Studie gjort av Petersen et al. (2010) fant at kvinner beskrev mennesker i deres miljø som tunge røykere og at røyking var vanlig. I tillegg kunne kvinner oppleve manglende støtte fra partnere, og måtte kjempe for å slutte å røyke alene. Kvinner kan oppleve det vanskelig å slutte når mange i det sosiale miljøet røyker (Nichter et al., 2007). Støtte fra partnere om røykeslutt ble betraktet som svært viktig for de gravide og for at de skulle kunne holde seg røykfri (McLeod et al., 2003). Kvinner kunne tenke at hvis deres partner sluttet å røyke ville de vært i et røykfritt miljø og selvkontroll for å bli røykfri ville vært større (Ben Natan et al., 2010). Tod (2003) fant også at kvinner rapporterte at de kunne oppleve tilbakefall hvis partneren røykte. Partnere ble også funnet å be kvinner om å slutte å røyke, men fortsatte selv å røyke i hennes nærvær (Nichter et al., 2007). Hegaard et al. (2003) fant at det var sammenheng mellom røykeslutt og ingen påvirkning av røyking utenfor hjemmet, og at det derfor er sannsynlig at det var enklere med røykeslutt hvis kvinnene ikke var utsatt for passiv røyking. Noen studier fant at kvinner hadde evnen og muligheten til å skape et røykfritt miljø både i og utenfor hjemmet (Nichter et al., 2007; Radley et al., 2013). Nichter et al. (2007) fant også at kvinner som ikke mestret røykeslutt eller redusering hadde ikke evnen og muligheten til å skape et røykfritt miljø, og at det var sammenheng mellom det å ikke mestre røykeslutt eller redusering og lite støtte fra kollegaer, spesielt hvis de hadde ustabile jobber. Det ble også funnet at kvinner som ikke mestret å redusere sin røyking hadde svært lav sosial støtte, og betraktet kun sine egne barn

som mennesker de kunne stole på. Tidligere barn hadde også vært til sosial støtte for røykeslutt, og uttrykte et sterkt ønske om at deres mor måtte slutte (Nichter et al., 2007).

En annen studie gjort av Fujioka et al. (2012) viste til at et e-learning program kunne hjelpe kvinner med røykeslutt. Programmet var tilgjengelig for alle med mobiltelefoner og internett tilgang som gjorde det enkelt for kvinner å delta. Gjennom programmet kunne kvinner få veiledning om røykeslutt og informasjon om blant annet hvordan å redusere symptomer på nikotinavhengighet. I tillegg kunne de kontakte helsepersonell når som helst for å diskutere problemer og bekymringer. Nichter et al. (2007) fant i sin studie at en kvinne hadde brukt hjelpetelefon for røykeslutt som sosial støtte og opplevde det som svært positivt. Tod (2003) fant at for noen kvinner kunne det å delta på røykeslutt tjenester være problematisk dersom de har omsorg for andre barn og ikke har tilgjengelig transport.

3.4 Møtet med helsepersonell

Studiene har utforsket både helsepersonells og gravides oppfatning av det å råde og veilede til røykeslutt.

Veiledning og råd kan oppfattes negativt av kvinnene, og at de opplever at jordmødrene er dømmende, slik at råd og veiledning får motsatt virkning og kvinnene går i en forsvarsposisjon og fortsetter å røyke (Tod, 2003). Petersen et al. (2010) fant også at kvinner kunne oppleve jordmødre som dømmende og at de viste lite empati. Også Nichter et al. (2007) fant at kvinner kunne oppleve at legens råd om røykeslutt skapte negative følelser. Nichter et al. (2007) fant at noen kvinner opplevde rådene om røykeslutt som lite nyttige da de ikke mottok råd om hvordan de kunne mestre røykeslutt. Samme studie viste til at en kvinne hadde ment at en brosjyre og et hjelpenummer for røykeslutt utlevert av en lege var svake tiltak, og at røykeslutt derfor ikke kunne være viktig. Radley et al. (2013) fant i sin studie at utlevering av insentiver som belønning var effektivt for å fremme røykeslutt.

Petersen et al. (2010) hadde utforsket kvinners erfaringer i møte med helsepersonell og fant at forholdet mellom dem kunne være problematisk. Kvinner kunne ha vanskelig for å danne et tillitsforhold til jordmødre, og følte seg ikke komfortabel med å snakke om enkelte ting og holdt derfor en viss avstand. Hvis jordmødre og rådgivere tok seg tid til kvinnene, og oppfordret de til å snakke og at de kunne føle at ble lyttet til ville forholdet forbedres. Når rådgiver hadde oppfordret dem til å uttrykke følelser og synspunkter hadde det skapt en

følelse av verdi og respekt hos kvinnene. Etter hvert hadde kvinnene verdsatt råd og veiledning de mottok og innså at det var nødvendig å forandre røykevaner. Rådgiveren hadde klart å erstatte følelsen av håpløshet hos kvinnene med håp og ambisjoner om at røykeslutt var mulig (Petersen et al., 2010). Ben Natan et al. (2010) fant at kvinner var veldig opptatte av legens vurderinger som igjen påvirker kvinnenes beslutning om røykeslutt.

Levis et al. (2014) fant i sin studie at kvinner mente at kommunikasjon om røyking i svangerskapet mellom helsepersonell og gravide burde bestå av korte og enkle meldinger, og meldingene burde fokusere på helserisikoen for moren og barnet, og inneholde informasjon om langsiktige komplikasjoner forårsaket av røyking i svangerskapet. Bruken av bilder for å demonstrere ville være mer effektivt sammen med tekst, men kunne også oppleves negativt og som sjokkterapi for kvinnene.

Noen studier viser til at kvinner har fått råd og veiledning av helsepersonell om at hvis de opplever røykeslutt som svært stressende at de heller må la det være, da også stress kan være skadelig for barnet og føre til blant annet tidlig fødsel og spontanabort (Levis et al., 2014; Nichter et al., 2007). Mcleod et al. (2003) fant at hvis helsepersonell gir uklare meldinger om røykeslutt kan det medføre at kvinner fortsetter å røyke.

Mcleod et al. (2003) fant at jordmødre anså det som sin plikt å undersøke om den gravide røykte, men opplevde det samtidig vanskelig. For jordmødre var det viktig å danne et godt forhold til kvinnene og de bekymret seg over at spørsmålet om røyking kunne gjøre det vanskelig. Også Abrahamsson, Springett, Karlsson, Hakansson, & Ottosson (2005) fant at jordmødre hadde erfart at råd og veiledning om røykeslutt kunne være negativt for dannelsen av et godt forhold med kvinnen, og at jordmor kunne ta avstand fra spørsmålet om røyking. Jordmødre var opptatt av å danne et godt forhold til kvinnene, og forholdet ble ansett som viktig for at jordmoren skulle kunne stimulere kvinnen til å endre røykevaner. For å kunne gi informasjon om røykeslutt uten at det påvirket forholdet negativt oppga jordmødre intuisjon og erfaringer som eneste ressurser de hadde til å håndtere situasjonen.

Mcleod et al. (2003) sin studie viste til at hvis jordmødre følte seg sikker på at kvinnene ville forandre røykevaner var de komfortable med å gi informasjon, veiledning og støtte. Noen jordmødre kunne være usikre på hvordan de skulle oppmuntre til røykeslutt og kunne føre til at de unngikk det. Jordmødre mottok trening i samtalemotoden motiverende intervju for å kunne fremme røykeslutt på en måte som ikke framkalte skyldfølelse hos kvinnene. Det å inkludere partner i røykesluttveiledning opplevdes viktig både for kvinnene og jordmødrene

(McLeod et al., 2003). Karatay et al. (2010) fant også at det å inkludere partnere i røykeslutt kan gjøre det enklere for kvinnen å slutte, samt forebygge at kvinnen blir utsatt for passiv røyking. Hvis kvinner mestrer redusering eller røykeslutt vil det oppleves positivt å dele det med jordmoren (McLeod et al., 2003). Karatay et al. (2010) sin studie fant at bruken av samtalemotiverende intervju var effektivt for å fremme røykeslutt hos gravide kvinner. Kvinner som klarte å slutte å røyke ble også funnet å ha fått økt mestringstillit.

Abrahamsson et al. (2005) fant at alle jordmødre hadde noe kunnskap om samtalemotiverende intervju som en måte å fremme røykeslutt på. Det ble funnet at jordmødre unngikk å gi informasjon hvis de følte at de manglet kompetanse på hvordan en skal tilnærme seg røykesluttveiledning. Noen jordmødre kunne klandre kvinnen og opplevde at hun var uansvarlig. Men de kunne likevel oppleve skyldfølelse og mene at de hadde sviktet mor og barn. Jordmødre hadde også erfart at noen kvinner kunne bli defensive under råd og veiledning om røykeslutt, men oppfattet det som uunngåelig og at det antagelig oppsto på grunn av uvitenhet, uansvarlighet og skyldfølelse hos kvinnene. Jordmødre innså også at det å gi veiledning i røykeslutt kunne øke kvinnens skyldfølelse. For jordmødre som hadde erfaring med å veilede gravide i røykeslutt, ble bruken av metaforer og andre illustrasjoner vektlagt, da de kunne få kvinnen til å få bedre forståelse for hvordan røyking påvirker barnet.

Ben Natan et al. (2010) fant at en kunne forutsi intensjonen til kvinner for å røyke gjennom *Teorien om planlagt atferd*. Den faktoren som påvirker kvinnenes intensjon mest var oppfattet atferdskontroll, som innebærer at de har en følelse av å være i stand til å overvinne hindringer for å slutte å røyke. Hvis kvinnene hadde egne holdninger om at røykeslutt var viktig og i tillegg var oppmerksom på mennesker i deres miljø sine meninger om røyking i svangerskapet var sannsynligheten større for å mestre røykeslutt.

Abrahamsson & Ejlertssons (2002) studie fant at ved å bruke et salutogenisk perspektiv kan en motivere kvinner til røykeslutt, og at kommunikasjonen mellom jordmor og kvinner må ta utgangspunkt i kvinnens synspunkter og tanker om røyking. Røyking ble funnet å bli brukt som en måte til å håndtere følelser på og at en kan fremme røykeslutt ved å gjøre kvinner bevisst på dette. Videre mener de at for å fremme røykeslutt bør man fokusere på å bruke kilder som øker nivået av opplevelse av sammenheng, særlig komponenten om håndterbarhet, for å stimulere kvinnen til å mobilisere ressurser.

4. Diskusjon

4.1 Faktorer som fremmer røykeslutt

«Om jeg ikke har greid å slutte før, så skal jeg iallfall klare det når jeg blir gravid!»
(Helsedirektoratet, 2013).

Resultatet viser at graviditet er for enkelte kvinner en sterk motivasjonsfaktor for å slutte å røyke, og er relatert til at kvinnene ble bekymret fordi de hadde en viss kunnskap om de negative virkningene røyking hadde både for seg selv og barnet. Det ble også funnet at noen kvinner kunne ha stor tro på at de ville mestre redusering og røykeslutt, og mestring var blant annet avhengig av at en kunne finne nok viljestyrke. Forskning.no (2010b) viser til at blant de som hadde mestret røykeslutt i Norge hadde åtte av ti mestret røykeslutt uten andre hjelpemidler enn motivasjon og viljestyrke. Videre viser resultatet at kvinner kunne ha noe kunnskap om risikoene forbundet med røyking i svangerskapet, og kvinner kunne oppleve negative følelser hvis de var kjent med risikoene, og de negative følelsene kunne øke hvis de ble påminnet av andre mennesker eller samfunnet at røyking i svangerskapet var skadelig. Helsedirektoratet (2016a) viser til at tobakkskampanjer gjennom media er effektive for å redusere bruken av tobakk og er direkte rettet mot blant annet å motivere gravide til røykeslutt.

I følge Moland (2015) tenker mange kvinner at de skal slutte å røyke når de blir gravide. Dette bekreftes også av Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd (2001). I tillegg viser de til at ønsket om røykeslutt er knyttet til at kvinnene opplever tanker og bekymringer om barnets helse og har et ønske om at barnet skal være friskt. I følge Regan (2013) vil noen kvinner oppleve at de bekymrer seg for hva de kan ha utsatt barnet for før de ble kjent med at de var gravide. Likevel er sannsynligheten for at barnet blir født med en misdannelse veldig liten, og de fleste misdannelser er genetisk betinget og sjelden en konsekvens forårsaket av giftstoffer, infeksjoner og miljømessige faktorer. Det viktigste er å minimalisere risikoene videre i svangerskapet ved å få en bedre livsstil ved å kutte ut røyking.

De fleste kvinner er klar over risikoene og de negative virkningene røyking har for svangerskapet. Derfor ønsker mange kvinner å mestre røykeslutt, og mange greier det også. Det kan være en utfordring for noen selv om motivasjonen er tilstede (Helsedirektoratet,

2013). Motivasjonen for røykeslutt kan være stor når en kvinne blir gravid og de fleste kvinner vet at røykeslutt er det beste for barnet (Thesbøl, 2003). Selv om de fleste kvinner vet at røyking i svangerskapet ikke er bra, er ofte ikke kunnskap om temaet nok til å skape motivasjon til røykeslutt da mennesker også styres av følelser og behov (Nylander, 2002). Det er lite sannsynlig at kvinner som røyker føler mindre omsorg for barnet sitt enn røykfrie kvinner, og det er heller ikke mangel på kunnskap om de negative virkningene røyken har som hindrer røykeslutt, men mangel på motivasjon (Andresen, 2000).

Melchior (2003) mener at kvinner utvikler en morsrolle som er et spesielt forhold til sitt barn, og at morsrollen innebærer at kvinnen har noen tanker om barnet utvikler seg normalt og får bekymringer omkring barnets helse. I følge Dixon, Gould, Marks, & Whitfield (1994) er bekymringer og tanker om ansvaret som medfølger det å få et barn er helt naturlige å ha, og det at foreldre opplever slike tanker viser at en ønsker barnet et godt liv. De kommende foreldrene bør dele og diskutere bekymringene da det vil lette utviklingen av rollene som foreldre.

I følge Nylander (2002) kan det å bli mor være knyttet til å ha skyldfølelse, da moren ønsker så sterkt å gjøre det beste for barnet, men ikke alltid oppnår det hun ønsker. Nylander har uttalt seg i en artikkel fra Bladet Forskning (2005) at «*Det er adekvat å ha dårlig samvittighet når man gjør noe galt. Det hjelper oss til å handle rett.*» I følge en undersøkelse publisert av Forskning.no (2010a) hadde kvinner som røyket kjennskap til skadevirkningene som røyk kunne ha på barnet og opplevde bekymringer og dårlig samvittighet, og hadde uttrykt at om det skulle være noe galt med barnet ville de ha vanskelig for å tilgi seg selv.

4.2 Faktorer som hemmer røykeslutt

Resultatet viser at kvinner beskriver røykeslutt som vanskelig da røyking er en avhengighet, i tillegg ville røykeslutt også være vanskelig hvis kvinnen opplevde stressende livssituasjoner, eller brukte røyking som en måte å håndtere stress på. Resultatet viser også at noen kvinner kunne være i tvil til faktakunnskap om røyking i svangerskapet, og ha ambivalente tanker om hvor skadelig deres røyking kunne være for barnet. Kvinner kunne ha erfaringer fra tidligere svangerskap at deres barn hadde vært friske.

I følge Meberg & Slørdahl (2005) vil mange velge å redusere inntaket i stedet for å slutte å røyke, og kan ha sammenheng med at bruken av tobakk utvikler seg til en avhengighet. Også Hagtvedt (2010) viser til at nikotinavhengigheten kan gjøre det vanskelig med røykeslutt for gravide. Sosial- og helsedirektoratet (2005) forklarer at røykavhengighet kan deles i en fysisk og en psykisk kategori. Den fysiske avhengigheten består av at kroppen er vant med tilførsel av nikotin, og den psykiske avhengigheten handler om vaner som en lagt til seg.

Helsenorge.no (2015a) beskriver at den fysiske avhengigheten består av at nikotinet frigjør signalstoffer i hjernen som gir en følelse av velvære. Den psykiske avhengigheten består av at man knytter røyking til forskjellige situasjoner, slik at man for eksempel kan oppleve abstinenser etter å ha spist mat eller når man er sammen med venner. Man kan også oppleve abstinenser hvis man føler seg stresset, nedfor eller sint. De vanligste abstinenssymptomene er irritabilitet, konsentrasjonsvansker, en følelse av uro, svimmelhet, kvalme, nedstemthet, hjertebank, kaldsvette og hodepine. Wilkinson (2011) beskriver abstinenser som negative følelser, men etter man har forsynt kroppen med nikotin kommer positive følelser som ro og avslapning. Bergsjø (1998) viser til at desto mer kvinnen røykte per dag desto mer sannsynlig var det at hun ikke mestret røykeslutt.

Olufsson (1999) viser til at røyking forekommer oftere hos mennesker med lav sosial status og som er i stressende livssituasjoner. I følge Wilkinson (2011) er stress den vanligste begrunnelsen for ikke å bli røykfri. Noen personer som opplever stress forsøker å dempe stresset med røyking, men i virkeligheten vil røyking forverre stresset. Røyking kan gi en forestilling om at stress lindres, mens det egentlig svekker kroppens egne forsvarsmekanismer og er et hinder for at en håndterer stress på en god måte. Bergsjø (1998) viser også til at gravide som bruker røyking for å mestre stress kan ha vanskeligheter med å slutte. Tangen (2005) beskriver at for mange er røyking en måte å slappe av og en måte å håndtere vanskeligheter på. Dixon et al. (1994) viser til at kvinner som bruker røyking som en måte å håndtere stress bør finne en annen måte for å håndtere sine problemer. Tiltak en kan gjøre selv er lett trening, meditasjon og yoga da disse er gode måter å slappe av og avkoble på.

Nylander (2002) formidler en pasients oppfatning av røyking i svangerskapet, der kvinnen stiller seg i tvil til faktakunnskap ved at hun har erfaringer med søsteren hennes fikk friske barn til tross for at hun røykte. Hennes barn viser liten vekst gjennom svangerskapet, men avviser at røykingen hennes kan være en årsak til dette. Litteratur er likevel tydelig på de risikoene røyk innebærer for barnet, inkludert lav fødselsvekt. I følge Hagtvedt (2010) vil de skadelige stoffene i røyken øke sykdomstilfellene hos barn med omtrent 150 prosent.

De negative virkningene av røyking i svangerskapet er godt beskrevet i litteratur, og de kan også ses gjennom ultralyd. Ultralydundersøkelse av barnet etter kvinnen har røyket vil vise at hjertefrekvensen øker, barnet beveger seg mindre og pustebevegelser blir raskere og avbrytes oftere (Andresen, 2000; Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001; Hagtvedt, 2010). Litteratur viser også til at kvinner som røyker får barn som i gjennomsnitt veier 200 gram mindre i fødselsvekt enn barn av kvinner som ikke røyker (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001; Dixon et al., 1994). Olufsson (1999) bekrefter dette med at fødselsvekt og røyking har sammenheng og at fødselsvekten avhenger av kvinnens mengdeinntak av røyk, der økt røykforbruk gir lavere fødselsvekt.

Viktigheten med å redusere inntaket av røyk når en ikke mestrer røykeslutt blir fremhevet i mye litteratur (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001; Dixon et al., 1994; Helsedirektoratet, 2013; Thesbøl, 2003). De viser også til at om en bytter sigarettmerke til et med lavere nikotininnhold vil det ikke hjelpe da de er like skadelige som andre sigaretter og da en ofte øker inntaket for å kompensere (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001; Hagtvedt, 2010; Helsedirektoratet, 2013). Moland (2015) viser til at uansett når en slutter i graviditeten vil det ha positiv virkning for barnet, selv om det er sent i svangerskapet.

4.3 Opplevelsen av sosial støtte

Resultatet viser til at mange gravide hadde partnere og andre mennesker i sin omkrets som røykte, og at de kunne bli utsatt for passiv røyking både i og utenfor hjemmet. Mange av kvinnene kunne oppleve det vanskelig med røykeslutt når de ble utsatt for passiv røyking, og kvinnene kunne mene at det ville være enklere med røykeslutt hvis de opplevde støtte fra det sosiale miljøet. Barn som gir støtte til røykeslutt ble også opplevd som positivt av kvinnene. Noen kvinner hadde brukt hjelpetelefon for røykeslutt som sosial støtte.

Passiv røyking er også skadelig for kvinnen og barnet (Andresen, 2000; Dixon et al., 1994; Thesbøl, 2003). I følge Regan (2013) vil passiv røyking gi samme risiko som om kvinnen skulle røyket selv. Kvinnen som utsettes for passiv røyking får i seg de samme skadelige stoffene som den som røyker gjør, som betyr at det ufødte barnet også får i seg de skadelige stoffene (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001). Litteratur viser derfor til at det viktig at kvinnen oppfordrer mennesker i hennes miljø til å ikke røyke i hennes

nærvær, og at hun unngår omgivelser hvor det røykes eller er røykfullt (Dixon et al., 1994; Regan, 2013).

I følge Moland (2015) vil røykfrie foreldre gir barnet det beste utgangspunktet både i og etter svangerskapet. Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd (2001) viser til at det vil være lettere å slutte for kvinnen dersom partneren er røykfri eller slutter sammen med henne. Dette støttes også opp av Andresen (2000), Moland (2015), Regan (2013), og Thesbøl (2003). Partnere som ikke røyker eller har røyket kan ha vanskelig for å forstå hvor vanskelig det er å for kvinnen å bli røykfri (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001). Knapstad (2007) har forsket på røykeslutt hos KOLS-pasienter, og gjennom sin studie ga deltakerne uttrykk for at de fikk god støtte fra familie til røykeslutt og oppga at deres barn var veldig engasjerte. Deltakerne hadde også vektlagt viktigheten med røykfrie omgivelser. Røykfrie miljøer var svært støttende for den som ønsker å slutte, men deltakerne kunne oppleve det vanskelig å kontrollere andres røyking i sosiale sammenhenger. I Norge er det røykeforbud på noen offentlige steder som gjør at man er beskyttet mot passiv røyking (Thesbøl, 2003). Paragraf 12 i *Loven om vern mot tobakksskader* omhandler røykeforbud i lokaler og transportmidler, og ble endret i år 2003 med at dens hensikt er å beskytte mennesker mot passiv røyking (Tobakksskadeloven, 1973; Store norske leksikon, 2014).

Resultatet viser til e-learning program og hjelpetelefon for røykeslutt som effektive hjelpemidler for kvinner som ønsket å slutte å røyke. Hjelpetelefon for røykeslutt blir i Norge kalt *Røyketelefonen*, og denne tjenesten kan tilby støtte og veiledning innenfor røykeslutt og veiledere kan gi individuell oppfølging i opptil ett år (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Røyketelefonen kan også gi oversikt over røykesluttkurs rundt om i landet og tilby gratis informasjonsmateriell (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001). Veiledere gjennom røyketelefonen hjelper mennesker å finne motivasjon og bruker også samtalemotoden motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2016b; Helsenorge.no, 2015b). Gjennom nettstedet *slutta.no* kan en også få veiledning og støtte til røykeslutt gjennom chat (Helsedirektoratet, 2016b; Helsenorge.no, 2015b).

I følge Andresen (2000) er det også støtte å få gjennom i røykesluttkurs. Frisklivssentraler kan arrangere røykesluttkurs for mennesker som ønsker å dele erfaringer og støtte hverandre gjennom røykeslutt. Å få støtte fra mennesker som er i samme situasjon kan oppleves motiverende. Ansatte ved frisklivssentraler kan også tilby individuell veiledning (Helsedirektoratet, 2016b; Helsenorge.no, 2015b).

4.4 Møtet med helsepersonell

Resultatet viser at råd og veiledning fra helsepersonell om røykeslutt kan oppfattes dømmende og fremkalle negative følelser hos kvinnen. Forholdet mellom helsepersonell og kvinner kunne oppleves problematisk, men kunne forbedres hvis helsepersonell tok seg tid til å lytte og oppfordret kvinnene til å snakke. Kvinner kunne også oppfatte helsepersonells råd til røykeslutt som svake og lite hjelpsomme hvis de ikke mottok veiledning i hvordan de kunne mestre røykeslutt. Resultatet viser at jordmødre anså det som sin plikt å undersøke den gravides røykevaner. De kunne også mene at det å danne en god relasjon til kvinnen var viktig for å kunne veilede til røykeslutt. Resultatet viser også at noen jordmødre var usikre på hvordan de skulle veilede til røykeslutt, og dette kunne føre til at de unngikk å ta opp temaet. Jordmødre kunne være kjent med samtalemotiverende intervju, og jordmødre kunne oppleve det enklere å veilede til røykeslutt hvis de var trygge på at kvinnene ønsket å endre sine røykevaner. En annen studie fant også at motiverende intervju var effektivt for å fremme røykeslutt hos gravide.

I følge Larsen (2005) har helsepersonell en viktig rolle i veiledning til røykeslutt. I Nylanders (2002) historie om kvinnen som røykte forteller kvinnen at hun opplevde at helsepersonell hadde dømt henne for hennes røyking. Hun opplevde at de så dømmende på henne da hun hadde vært gravid flere ganger, men hadde spontanabortert. Kvinnen hadde fått informasjon om hva som kunne skje med barnet hvis mor røykte, men kvinnen hadde vært mer interessert i å ha en samtale. Kvinnen hadde uttalt at hvis noen hadde vist henne omsorg og kjærlighet i stedet for å dømme henne hadde det kanskje hjulpet henne med røykeslutt. Gjennom samtaler, støtte fra partner og nikotinerstatningspreparater mestret kvinnen til slutt å kutte røyken. Nylander (2002) viser til at det nytter når helsepersonell bryr seg og følger opp kvinnenes røyking, men samtaler må ikke utvikle seg slik at kvinnene oppgir feilinformasjon om sine røykevaner.

Bendiksen (2010) viser til at relasjonen mellom kvinnen og jordmor eller lege vil være avgjørende for kvaliteten på konsultasjoner. Kvinnen trenger å føle egenverd og respekt gjennom konsultasjonene og er sårbar når hun må gi andre kjennskap til sin egen livssituasjon. Nylander (2002) viser også til at helsepersonell kan bli overivrig når de opplever at kvinnen ikke kutter røyken, at situasjonen kan utvikle seg til å bli ubehagelig.

Helsepersonell kan også føle seg maktesløse og trekker seg unna og mene at kvinnene får ta ansvar selv for sin egen røyking. Arntzen & Sandvold (2010) utførte en studie der de fant at helsepersonell ønsket å veilede i røykeslutt, men oppfattet det som vanskelig.

Helsepersonellet ønsket å ikke opptre moraliserende, men vise respekt for den enkeltes autonomi og kunne unngå veiledning dersom vedkommende virket uinteressert eller negativ til røykeslutt.

Helsedirektoratet (2004) anbefaler også at leger som ønsker å veilede til røykeslutt viser respekt for den enkelte og ikke opptre moraliserende. De viser også til at leger kan unngå å ta opp temaet om røykeslutt da de ønsker å beholde et godt forhold til sine pasienter. Larsen (2005) viser til at helsepersonell kan unngå å ta opp temaet om røykeslutt da de ikke ønsker å trenge seg inn i deres privatliv, hvis de har tidsnød, synes det er ubehagelig å snakke om, eller mener at de mangler kunnskap og kommunikasjonsteknikker. Det er uheldig hvis helsepersonell unngår å ta opp temaet rundt røykeslutt da det kan signalisere at det ikke viktig for helsen til mor og barn (Hagtvedt, 2010; Helsedirektoratet, 2004; Larsen, 2005).

Resultatet viser at kvinner kunne ha mottatt råd fra helsepersonell om at røykeslutt kunne oppleves svært stressende og at en burde unngå å utsette barnet for unødig stress da det også kunne være skadelig. En studie viste helsepersonell kunne gi blandede meldinger om røykeslutt og at det kunne medføre at kvinnene fortsatte å røyke. Helsedirektoratet (2013) viser til at det ikke finnes grunn for å anta at nikotinabstinenser har negativ innvirkning på barnet, og at det derfor er best om mor slutter helt å røyke.

Helsedirektoratet (2004) viser til at endringsfokusert rådgivning er effektivt for å styrke pasienters motivasjon til atferdsendring. Endringsfokusert rådgivning baserer seg på Prochaska og DiClementes fasemodell for atferdsendring, også kalt *Den transteoretiske modell* (Helsedirektoratet, 2016d). I tabell 4 vises eksempel på atferdsendring basert på Den transteoretiske modellen. I følge Larsen (2005) skal veileder som benytter seg av endringsfokusert rådgivning forsøke å styrke pasientens motivasjon til atferdsendring gjennom å utforske ønsket om å bli røykfri, akseptere pasientens ambivalens og fremme pasientens tro på egen mestringsevne.

Tabell 4: Eksempel på atferdsendring basert på Den transteoretiske modell

Faser i atferdsendring	Pasientens opplevelse	Sykepleierens rolle
Føroverveielse	Lite innstilt på endring	Skape bevissthet om uønsket atferd
Overveielse	Ambivalens	Hjelpe til med å løse ambivalens
Forberedelse	Legge plan for endring	Hjelpe til med å lage en plan og sette mål
Handling	Forsøker å endre atferden	Vise støtte og være oppmuntrende
Tilbakefall	Tilbakefall til tidligere atferd	Bidra til læring og være positiv
Vedlikehold	Forsøker å unngå tilbakefall	Bidra til å holde motivasjonen for å unngå flere tilbakefall

Resultatet viser at en studie fant at motiverende intervju var effektivt for å fremme røykeslutt hos gravide. Ivarsson (2010) viser til samtalemotiverende intervju som endringsfokuseret rådgivning. Motiverende intervju er et nyttig verktøy for helsepersonell for å fremme atferdsendring, og er ofte brukt i forbindelse med røykeslutt. Helsedirektoratet (2016c) anbefaler også at helsepersonell bruker denne metoden når en skal veilede gravide til å endre levevaner, og viser til at metoden har som hensikt å fremme motivasjon.

I følge helsedirektoratet (2016d) kan veileder under samtalen havne i situasjoner som er private og gi kvinnen negative følelser. Det er derfor viktig at veileder opptrer respektfullt, empatisk og er samarbeidende. I følge Ivarsson (2010) er motiverende intervju er personsentrert, som menes at det er pasientens syn på sin egen situasjon som er i fokus. Motiverende intervju baserer seg på en tro om at mennesket er eksperten på seg selv og eget liv og vet selv de beste løsningene på problemene en opplever. Også Helsedirektoratet (2016d) viser til at det er kvinnen selv som legger grunnlaget for innholdet i samtalen og står fritt til å bestemme utfallet og dermed måten hun ønsker å leve på. Helsedirektoratet (2005) anbefaler helsepersonell å bruke en pasientsentrert metode når en kommuniserer, som innebærer at en tenker at pasienten er eksperten på sitt eget liv. Helsepersonell anbefales da å

bruke kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, åpne og lukkede spørsmål, leder samtalen og identifiserer og forsterker pasientens ressurser.

Videre viser Ivarsson (2010) at rådgiverens oppgave er å utforske pasientens grunner for atferdsendring, stille spørsmål som gjør at pasienten utforsker endring, samt belyse det som pasienten selv mener kan være til positiv utvikling. Rådgiver skal hjelpe pasienten med å utforske og løse ambivalens slik at pasienten kan ta en beslutning, hjelpe pasienten med å sette mål og utvikle en handlingsplan.

Helsedirektoratet (2016d) viser til at den som veileder i motiverende intervju skal uttrykke empati, utvikle diskrepans, rulle med motstand, unngå argumentering og støtte mestringskompetanse. Med å uttrykke empati menes at veileder skal bruke refleksjoner som viser at en forstår kvinnens opplevelse av seg selv og sin situasjon. Å utvikle diskrepans betyr at veileder skal hjelpe kvinnen med å styre fokuset mot områder der hun kan finne ubalanse mellom hvordan hun har det og hvordan hun ønsker å ha det. Å rulle med motstand betyr at veileder vil kunne møte motstand fra kvinnen gjennom samtalen, og at da veileder viser at en forsøker å forstå hennes situasjon og hvilken endringsfase hun er i. Med å unngå argumentering menes det at veileder skal tilby informasjon i stedet for å argumentere for og imot det kvinnen sier. Med å støtte mestringskompetanse menes det at hennes motivasjon henger sammen med at hun tror hun vil klare å endre atferden. Hun utforsker sine egne meninger om hvor viktig det å endre atferd samt hvor stor tiltro hun har til å klare å gjennomføre det. Veilederen skal forsøke å frembringe endringssnakk hos kvinnen. Dette innebærer at hun utforsker sine tanker, følelser og ideer til atferden hun ønsker å endre, samt finner egne grunner for at atferdsendring er ønskelig, og bestemmer selv når hun er klar for å utføre atferdsendringen. Kvinnen kan bli utfordret til endringssnakk når veileder stiller åpne spørsmål, stiller spørsmål om hennes planer for endring og tro på egen mestringssevne, ved å utforske hennes ambivalens og bekymringer, fremme håp ved å snakke om tiden både før og etter atferdsendring,

Kristoffersen (2011b) viser til at motivasjon kan inndeles i to hovedtyper, ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon kan være belønning for en handling en utfører, mens indre motivasjon kan være at en ønsker å gjøre den spesifikke handlingen. Videre vil motivasjon bestå av to faktorer, der den ene er en energikomponent som kan være innsatsen eller utholdenheten en har, og den andre er retning, som baserer seg på mål og valg en setter seg. Sykepleieren har som oppgave å rette ytre motivasjon til indre motivasjon. Den samlede

motivasjonen avhenger av hvordan mennesket oppfatter seg selv og hva den får ut av å nå sitt eget mål.

Resultatet viser at en studie fant at insentiver i form av belønning var effektivt for å fremme røykeslutt. Også andre studier kunne gi små belønninger for at kvinner deltok i studiene. Norsk helseinformatikk (2016) viser til en pressemelding publisert i tidsskriftet *Addiction* om en studie som fant at belønning i form av gavekort var effektivt for å fremme røykeslutt hos gravide. Økonomisk motivasjon økte interessen for røykesluttprogram og økte sjansene for å mestre røykeslutt. *Forskning.no* (2014) viser til en studie gjort i USA der de fant at det var effektivt å gi insentiver i form av et økonomisk tilskudd hos deltakere som ønsket å mestre røykeslutt. Forskerne mente også at det var kostnadseffektivt da det var mer lønnsomt å betale små summer til deltakere sammenlignet med kostnadene av tobakksrelaterte sykdommer. *Forskning.no* (2014) viser til at dette ikke blitt prøvd og utforsket i Norge.

Resultatet viser at noen studier ga tilbud til kvinner om nikotinerstatningspreparater i tillegg til andre intervensjoner for å motivere til røykeslutt. Nikotinerstatningspreparater kan være effektive i behandling for røykeslutt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Taxbøl, 2003). Nikotinerstatningspreparater bør egentlig ikke anbefales til gravide, men kan tilbys hvis det følges opp av lege og anses som mindre skadelig enn at kvinnen fortsetter å røyke. Nikotinerstatningspreparater vil gi mindre tilførsel av nikotin enn røyk, og kvinnen unngår inntak av andre skadelige stoffer som finnes i røyken (Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd, 2001; Helsedirektoratet, 2013; Norsk gynekologisk forening, 2014)

Resultatet viser at en studie hadde funnet at gjennom Teorien om planlagt atferd kunne en forutsi kvinners intensjon om å røyke i svangerskapet. Kristoffersen (2011a) viser til at Teorien om planlagt atferd kan benyttes for å forutsi og forklare atferd som for eksempel røyking. Modellen innebærer enkelte faktorer som kan forsterkes og dermed bidra til endring av atferd. En persons holdning til sin egen atferd som for eksempel røyking kan oppleves med ambivalens, som menes at personen kan vektlegge de negative sidene med røykingen sterkere enn de positive sidene. De subjektive normene kan også vektlegges forskjellig av mennesket, ved at en er mer oppmerksom på at mennesker i sitt miljø ser mer negativt på røyking enn positivt. Faktoren oppfattet atferdskontroll innebærer en persons oppfatning av sin egen evne til å kunne kontrollere sin egen atferd, og vil sammen med tidligere nevnte faktorer påvirke en persons intensjon til å gjøre en bestemt handling.

Resultatet viser at en studie fant at det å bruke et salutogenisk perspektiv i samtale med kvinner kunne motivere til røykeslutt, og at den som veileder bør fokusere på å øke nivået av opplevelse av sammenheng, og særlig håndterbarhetskomponenten slik at den som veiledes kan mobilisere ressurser. Kristoffersen (2011c) viser til at personer som har en sterk opplevelse av sammenheng vil kunne ha evnen til å ta valg som fremmer helsen.

Helsepersonell kan styrke opplevelsen av sammenheng hos mennesker ved å styrke de tre komponentene som er forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Med at situasjonen er forståelig menes at mennesket må ha kunnskap om sin egen situasjon, ha oversikt eller vite hva som vil skje slik at en kan oppleve trygghet og kontroll. Med at situasjonen oppleves meningsfull menes det at situasjonen må være meningsfull for mennesket, og at meningsfullhet vil gi mennesket motivasjon. Med at situasjonen er håndterbar menes at mennesket må oppleve at en har evne til å påvirke sin egen situasjon ved at situasjonen er forutsigbar, at det finnes muligheter for mestring, og at det finnes hjelp om en skulle ha behov for det.

5. Metodediskusjon

Denne allmenne litteraturstudien anvender 5 kvantitative studier og 6 kvalitative studier, og en studie som bruker begge metodeformene. Det var ønskelig med flere kvalitative studier, men en anså at kvantitative studier kunne være like relevante. Kvalitative studier belyser erfaringer helsepersonell kunne ha med veiledning og rådgivning til røykeslutt og kvinners erfaringer med røykeslutt. Kvantitative studier belyser mer effekten av ulike intervensjoner som kvinner mottok, og belyser deres ressurser og barrierer til røykeslutt. Noe av forskningsartiklene er nokså gamle av opprinnelse, der 5 av artiklene er over 10 år gamle. Det var ønskelig at inkluderte artikler ikke skulle være over 10 år for å sikre ny og oppdatert forskning, men artikkelsøket ble utvidet til 15 år og resulterte i at en fant eldre artikler som ble vurdert å være relevant for hensikten og studien og ble derfor inkludert.

Studien har altså både sykepleieperspektiv, pasientperspektiv og et snev av pårørendeperspektiv. Dette ble ikke ansett som negativt for studiene, da endring av atferd ble funnet å være et samspill mellom helsepersonellet og kvinnene, og kvinnene vektla viktigheten med at pårørende var støttende i atferdsendringen.

Forskningsartiklene viser til at studiene er gjennomført i ulike land. 2 studier er utført i USA, og 2 studier er utført i Sverige. Resten av studiene er utført i England, Danmark, Japan, Skottland, Sør-Afrika, New Zealand, Israel og Tyrkia. At studiene er utført i ulike land trenger ikke å være en svakhet, men det kan være at kulturforskjeller påvirker tilliten kvinner har til helsevesenet og de faglige vurderingene en mottar. Holdninger hos den enkelte og den sosiale aksepten for å røyke i et svangerskap kan også være forskjellig i ulike kulturer, og at det kan tenkes at det også påvirker kvinnene til røykeslutt. Økonomi innenfor kulturer kan også være forskjellig og noen studier har rettet seg mot kvinner som har økonomisk ustabilitet, og det ble funnet at kvinner som ikke mestrer røykeslutt er oftere preget av dette og annen ustabilitet i livssituasjonen. Det at studiene er utført i forskjellige land kan også påvirke informasjonen og intervensjonene som kvinnene mottok, men erfaringer med røykeslutt eller motivering til røykeslutt kan likevel oppleves det samme.

Det er brukt to databaser for å finne forskningsartikler, Medline og Swemed. At det ikke har blitt brukt flere databaser kan ha påvirket funnene av forskningsartikler. Søkeordene som ble brukt ble basert på studiens hensikt og kan også ha begrenset funn av artikler. Det ble funnet flere forskningsartikler, men kun 12 ble valgt som mest relevant og interessant for studien. Det var også ønskelig at snus skulle inkluderes i tobakkbegrepet for denne studien og det ble søkt etter forskningsartikler om bruken av snus i svangerskapet ved å bruke søkeordene «Snus», «Snuff», og «Smokeless tobacco», uten at det ble funnet noe som var relevant for denne studien. Det har ikke blitt utført håndøk etter forskningsartikler.

Litteratur om røykeslutt hos gravide var noe vanskelig å finne, og mange fagbøker og annen litteratur har hovedsakelig bare kapitler eller avsnitter om temaet. Det ble derfor anvendt en del litteratur fra helsedirektoratet og annen statlig helseinformatikk og i tillegg noe litteratur om motivasjon, stress og generelt om svangerskap.

9 studier viser til at de har etisk godkjenning. 2 studier har mottatt godkjenning fra såkalte Instituttal review boards. 1 studie som søkte om etisk godkjenning fikk det vurdert at det ikke var nødvendig med etisk godkjenning for å gjennomføre studien. For en annen studie måtte det letes i pre-publiserte versjoner for å finne at de hadde gjort en etisk vurdering og fått etisk godkjenning.

6. Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere kan motivere gravide til røykeslutt. I studien kommer det da fram gravides opplevelser og erfaringer med å motta hjelp fra helsepersonell til røykeslutt. I tillegg kommer det fram opplevelser og erfaringer med å bryte vanen og avhengigheten, og hvilke faktorer som spiller inn for at en skal ha lettere for å mestre røykeslutt. For noen kvinner kunne graviditeten i seg selv være motivasjon til røykeslutt, forbundet med at en hadde kunnskap om skader og risikoer en utsetter barnet for. At en mor ønsket at ens barn skal være friskt og ha god helse er naturlig og hjelper kvinner til å handle riktig for å gi barnet de beste forutsetninger til et godt liv. Kvinner kunne oppleve røykeslutt som problematisk og vanskelig, og beskrev avhengighet og stressende livssituasjoner som hovedårsaker, og i tillegg kunne de være i tvil til faktakunnskap om hvor skadelig røyk kunne være for barnet. Mange kvinner var utsatt for passiv røyking, og beskrev det som vanskelig å slutte når mennesker røykte i deres nærhet. Sosial støtte til røykeslutt ble derfor vektlagt av kvinnene. Helsepersonell bør oppfordre partner og familie til å støtte kvinnen til røykeslutt og unngå å røyke i hennes nærvær, og tilby kvinnen støtte gjennom røykesluttkurs eller individuell veiledning, samt informasjon om støtte gjennom hjelpetelefoner og nettbaserte tjenester. I møte med helsepersonell kommer det fram at gravide kan oppleve at helsepersonell dømmer dem og fremkaller negative følelser. Dette kan gjøre forholdet mellom dem vanskelig, selv om helsepersonell ønsker å danne et godt forhold og anser det som viktig for å kunne motivere til røykeslutt. Noen kvinner kunne også oppleve at helsepersonell ikke strakk til ved at de ikke fikk veiledning i hvordan de kunne mestre røykeslutt. Helsepersonell ble funnet å ha noe kunnskap om motiverende intervju som en metode for å fremme røykeslutt, mens andre kunne være usikre på hvordan de skulle gå fram og unngikk derfor å ta opp temaet. Helsepersonell ble funnet å ha en viktig rolle for å kartlegge røykevaner, informere om de negative virkningene røyking er forbundet med og veilede til røykeslutt for gravide, spesielt de som arbeider innenfor svangerskapsomsorgen. Det ble funnet at forholdet og situasjonen kan oppleves bedre hvis helsepersonell viser omsorg, respekt for kvinnens autonomi og unngår å opptre moraliserende. Selv om helsepersonell kan føle seg maktesløse bør de være tydelige og understreke at røykeslutt er viktig, samt følger opp kvinnens røyking for å unngå å signalisere at det ikke er viktig for helsen til både mor og barn. For å gjøre det enklere for helsepersonell å møte utfordringer forbundet med å motivere til røykeslutt er det nødvendig med kommunikasjonsteknikker.

Motiverende intervju eller endringsfokusert rådgivning ble funnet å være effektivt for å motivere til røykeslutt. Slike verktøy innebærer at en har en viss kunnskap om det og kommunikasjonsteknikker. Helsepersonell som motiverer til røykeslutt vil også ha nytte av å ha kunnskap om teorier forbundet med atferdsendring.

Litteraturliste

Abrahamsson, A., & Ejlertsson, G. (2002) A salutogenic perspective could be of practical relevance of the prevention of smoking amongst pregnant women. *Midwifery*. 18(4):323-31.

Lest 29.01.16.

Abrahamsson, A., Springett, J., Karlsson, L., Hakansson, A., Ottosson, T. (2005) Some lessons from Swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery*. 21(4):335-45. Lest 09.02.16.

Andresen, H. (2000) «Livsstil» i *Barn i vente*. s. 32. Oslo: BAM forlag.

Arntzen, A., & Sandvold, B. (2010) «Hvordan veilede om røykeslutt». Publisert i Sykepleien Forskning. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0101. Lest 01.05.2016. URL:

<https://sykepleien.no/forskning/2010/10/hvordan-veilede-om-roykeslutt>

Ben Natan, M., Golubev, V., Shamrai, V. (2010) Smoking during pregnancy: analysis of influencing factors using the Theory of Planned Behaviour. *International Nursing Review*.

57(3):388-94. Lest 29.01.16.

Bendiksen, R. B. (2010) «Svangerskapsomsorg» i Hagtvedt, M. L. & Holan, S. *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. 2 utg. s. 83-95. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Bergsjø, P. (1998) «Hva kan skade fosteret?» i Bergsjø, P; Førde, R; Sjøli, S. I; Telje, J; Thesen, J. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. 3 rev. utg. s 252. Oslo: Universitetsforlaget.

Bladet Forskning, av Forskningsrådet (2005) «Ammingens ansikt». Artikkelforfatter: Munch, A. Lest 30.04.2016. URL:

http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Ammingens_ansikt/1250810540095

Dalland, Olav (2013) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. 2 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd i samarbeid med Den Norske Jordmorforening og Jordmorforbundet NSF (2001) «Jeg er gravid» i *Graviditet og røyking*. s. 3. Oslo: Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd.

Dixon, J., Gould, L., Marks, I., Whitfield, P. (1994) «En helt spesiell anledning» i *Alt om svangerskapet*. 4 utg. (rev.). s. 10. Oslo: Chr, Schibsteds Forlag.

Folkehelseinstituttet (2015) «Faktaark fra Folkehelseinstituttet. Røyk og snus – faktaark med statistikk». Lest 08.01.2016. URL: <http://www.fhi.no/tema/royking-og-snus/fakta-om-royking-og-snus>

Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm: Författarna og Bokförlaget Natur og Kultur.

Forskning.no (2010a) «Sier de trenger hjelp til å slutte». Lest 30.04.2016. URL: <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-bakterier-forebyggende-helse-royking-barn-og-ungdom/2010/12/sier-de-trenger>

Forskning.no (2010b) «Høytid for røykeslutt». Lest 30.04.2016. URL: <http://forskning.no/content/hoytid-roykeslutt>

Forskning.no (2014) «Betaling kan hjelpe fattige røykere til å slutte». Lest 01.05.2016. URL: <http://forskning.no/2014/11/betaling-for-roykeslutt>

Fujioka, N., Kobayashi, T., Turale, S. (2012) Short-term behavioral changes in pregnant women after a quit-smoking program via e-learning: a descriptive study from Japan. *Nursing & Health Sciences*. 14(3):304-11. Lest 29.01.16.

Hagtvedt (2010) «Røyking og bruk av rusmidler i svangerskapet» i Holan, S. & Hagtvedt, M. L. (red.). *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. 2 utg. s. 97-105. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Hegaard, H., Kjaergaard, H., Moller; L. F., Wachmann, H., Ottesen, B. (2003) Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 82(9):813-9. Lest 09.02.16

Helsedirektoratet (2004) «Nasjonale faglige retningslinjer for røykavvenning i primærhelsetjenesten». IS-1171. Lest 01.05.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/679/Nasjonal-faglig-retning-for-roykeavvenning-i-primerhelsetjenesten-IS-1171.pdf>

Helsedirektoratet (2005) «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen». IS-1179. Lest 30.04.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>

Helsedirektoratet (2013) «Alkohol og tobakk» i *Gravid* (IS-2184), s. 39. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2016a) «Kampanjer og informasjonsmateriell om røyk og snus». Lest 30.04.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk-royk-og-snus/kampanjer-og-informasjonsmaterieell-om-royk-og-snus>

Helsedirektoratet (2016b) «Metoder og hjelpemidler for snus- og røykeslutt». Lest 30.04.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk-royk-og-snus/metoder-og-hjelpemidler-for-snus-og-roykeslutt>

Helsedirektoratet (2016c) «Hvordan veilede gravide om sunne levevaner». Lest 01.05.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/graviditet-fodselsog-barsel/graviditet-og-svangerskap/hvordan-veilede-gravide-om-sunne-levevaner>

Helsedirektoratet (2016d) «Hva er motiverende intervju». Lest 01.05.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>

Helsedirektoratet (2016e) «Statistikk om røyking, bruk av snus og e-sigaretter». Lest 04.01.2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

Helsenorge.no (2015a) «Nikotin og avhengighet». Lest 30.04.2016. URL: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/royk-og-snus/nikotin-og-avhengighet>

Helsenorge.no (2015b) «Hjelp til snus- og røykeslutt». Lest. 30.04.2016. URL: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/royk-og-snus/snus-og-roykeslutt/fa-hjelp-til-a-slutte-med-app-chat-og-pa-nett>

Helsenorge.no (2016) «Røyking, snus og graviditet». Lest 01.05.2016. URL:

<https://helsenorge.no/gravid/royking-snus-og-graviditet>

Ivarsson, B. H. (2010) «Motiverende intervju – MI. Praktisk håndbok for helse og omsorgssektoren». Stockholm, Sverige: Gothia Forbildning.

Karatay, G., Kublay, G., Emiroglu, O. N. (2010) Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*. 66(6):1328-37. Lest 29.01.16.

Knapstad, A. (2007) «Kunsten å forbli røykfri». Lest 30.04.2016. URL:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kunsten-forbli-roykfri>

Kristoffersen, N. J. (2011a) «Livsstil og endring av livsstil» i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 2 utg, 1 oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2011b) «Den myndige pasienten» i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 2 utg, 1 oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2011c) «Helse og sykdom» i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (red.). Grunnleggende sykepleie, bind 1. 2 utg, 1 oppl. s. 50-53. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, Ann Kristin (2007) *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. 4. opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Larsen, B-I. (2005) «Er røykeslutt helsepersonells ansvar?» Publisert i Tidsskrift for den norske legeforening. Lest. 01.05.2016. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1195614>

Levis, D. M., Stone-Wiggins, B., O'Hegarty, M., Tong, V. T., Polen, K. N., Cassel, C. H., Council, M. (2014) Women's perspectives on smoking and pregnancy and graphic warning labels. *American Journal of Health Behavior*. 38(5):755-64. Lest 29.01.16.

McLeod, D., Benn, C., Pullon, S., Viccars, A., White, S., Cookson, T., Dowell, A. (2003) The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery*. 19(4):285-97. Lest 29.01.16.

Meberg, A., & Slørdahl, S. (2005) «Hvordan slutte å røyke?» i *Hva skader fosteret? – effekter av alkohol, narkotika og tobakksrøyking under svangerskap*. Ny utgave. s. 11. Oslo: Edruskapsrørslas studieforbund i samarbeid med Det hvite bånd.

Melchior, E. (2003) «Å bli mor – forandring og utvikling», i Andersen, A-M. N., Dencker, G., Due, U., Helle, J., Hølmkjær, I. T., Lenstrup, C., ... Voldner, N. *Aschehougs store bok om svangerskap*. s 113 – 131. Oslo: H. Aschehoug & CO. (W. Nygaard).

Moland, M. (2015) «Tobakk i svangerskapet» i Blaas, H-G. K., Eriksen, M. (red.), Hatlebrekke, K., Moland, M., Nesse, H. N., Skram, M. K., Sæther, E., Sømme, C. *Svangerskapsboken*. 16 utg. s. 20-22. Stavanger: Sandviks.

Nichter, M., Nichter, M., Muramoto, M., Adrian, S., Goldade, K., Tesler, L., Thompson, J. (2007) Smoking among low-income pregnant women: an ethnographic analysis. *Health Education & Behavior*. 34(5):748-64.. Lest 29.01.16.

Norsk gynekologisk forening (2014) «Veileder i fødselshjelp 2014 – røyking i svangerskapet». Forfattere: Nordeng, H. & og Jettestad, M. Lest 01.05.2016. URL: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Rus--royk--og-legemiddelmisbruk-i-svangerskapet/Royking/>

Norsk helseinformatikk (2016) «Økonomisk motivasjon øker sjansen for røykeslutt hos gravide». Artikkelforfatter: Kvam, Merethe. Lest 01.05.2016. URL: <http://nhi.no/forside/okonomisk-motivasjon-okker-sjansen-for-roykeslutt-hos-gravide-47416.html>

Nylander, G. (2002) «Sped, verneverdig spire» i *På vei – unnfangelse, svangerskap, fødsel*. s. 56-61 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, Gyldendal Fakta.

Olufsson, M. (1999) «Graviditet og rusmidler» i Goldstein, H. & Nørrelund, N. (red.). *Gynækologi og obstetrik ved årtusindskiftet*. s. 162. København: Arkiv for praktisk lægegerning.

Petersen, Z., Steyn, K., Everett-Murphy, K., Emmelin, M. (2010) Pregnant women's responses to a tailored smoking cessation intervention: turning hopelessness into competence. *Global Health Action*. 3(5379)1-9. Lest 09.02.16.

Polit, Denise F., & Beck, Cheryl T. (2012) *Nursing research*. 9. utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Radley, A., Ballard, P., Eadie, D., MacAskill, S., Donnelly, L., Tappin, D. (2013) Give It Up For Baby: outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive scheme for pregnant women. *BMC Public Health*. 13:343. Lest 29.01.16.

Regan, L. (2013) «Et trygt svangerskap» i *Svangerskapet – uke for uke*. s. 27-29. Oslo: Spektrum Forlag.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) Brosjyre: *Guide til røykfrihet*.

Store norske leksikon (2014) «Røykeloven». Artikkelforfatter: Gursli-berg, G. Lest

30.04.2016. URL: <https://snl.no/r%C3%B8ykeloven>

Tangen, A. M. (2005) «Den gravide kvinnen» i *Når livet blir til*. 2 utg. 1 oppl. s. 35. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Taxbøl, D. (2003) «Helsevesenets tilbud til gravide», i Andersen, A-M. N., Dencker, G., Due, U., Helle, J., Hølmkjær, I. T., Lenstrup, C., ... Voldner, N. *Aschehougs store bok om svangerskap*. s. 17-27. Oslo: H. Aschehoug & CO. (W. Nygaard).

Thesbøl, W. F. (2003) «Kosthold og livsstil under graviditeten», i: Andersen, A-M. N., Dencker, G., Due, U., Helle, J., Hølmkjær, I. T., Lenstrup, C., ... Voldner, N. *Aschehougs store bok om svangerskap*. s. 74. Oslo: H. Aschehoug & CO. (W. Nygaard).

Tobakksskadeloven (1973). (01.10.2015). *Loven om vern mot tobakksskader*. Lest

30.04.2016. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1973-03-09-14>

Tod, Angela Mary. (2003) Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study. *British Journal of Community Nursing*. 8(2):56-64. Lest 29.01.16.

Wilkinson, G. (2011) «Falske venner» i *Forstå stress*. 2 opplag. s. 96-107. Oslo: Exlibriz.

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi

Database Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 29.01.2016	Abstracts AND english language AND full text AND year 2001-current	Smoking cessation OR Tobacco use cessation OR Tobacco, Smokeless/ snuff cessation AND pregnancy AND motivation	67	67	38	13	9
Medline 09.02.2016	Abstracts AND english language AND full text AND year 2001-current	Smoking cessation OR Tobacco use cessation OR Tobacco, smokeless/ or snuff cessation AND Pregnancy AND Midwives OR Midwifery	28	28	8	2	2
Swemed 09.02.2016	Fulltext	Smoking AND pregnancy	27	27	5	1	1

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikler valgt for granskning og vurdering

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte artikler

Forfattere År Tittel Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere Alder	Hovedresultat	Kommentar om kvalitet
<p>Tod (2003)</p> <p>Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study</p> <p>British Journal of Community Nursing</p> <p>England</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske og forklare barrierer til røykeslutt i svangerskapet</p>	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Instrument: Semi-strukturerte intervju</p> <p>Intervensjon: Intervjuene besto av både åpne og lukkede spørsmål om røykevaner, kvinners obstetriske historie, faktorer som påvirker opptak eller avslag på</p>	<p>11 deltakere</p> <p>Alder: 21-32 år</p>	<p>Alle deltakere var klar over noen av risikoene med røyking i svangerskapet. De opplevde bekymringer og skyldfølelse som fremmet ønsket om røykeslutt. Barrierer ble identifisert og forklarte hvorfor deltakere fortsatte å røyke i svangerskapet. Barrierer falt innenfor fem kategorier: viljestyrke,</p>	<p>Godkjenning fra lokal etisk komite</p> <p>Deltakere har gitt informert samtykke</p>

		røykeslutt tjenester, kunnskap og oppfatninger om røyking og graviditet og forslag for fremtidige tjenester.		røykens rolle og betydning, påvirkning av familie og venner, problemer relatert til helsetjenestetilbudet, og tolkning og forståelse av fakta om røyking i svangerskapet.	
Hegaard et al. (2003) Multimodal Intervention raises smoking cessation rate during pregnancy Acta Obstetricia et	Hensikten med studien var å studere effekten av et multimodalt røykeslutt intervensjonsregime på gravide røykere	Design: Kvantitativ studie, prospektiv intervensjonsstudie, som er en del av «Smoke-free Newborn Study». Instrument: Spørreskjemaer, selvrapportering og konsentrasjonsprøver av kotinin i saliva.	Deltakere rekruttert gjennom «Smoke-free Newborn Study» 647 deltakere, 327 deltakere i intervensjonsgruppen og 320 deltakere i kontrollgruppen Alder: 18 år eller eldre	Studien fant at et multimodalt intervensjonsregime bestående av individuell veiledning supplert med invitasjon til å delta i et røykesluttprogram som tilbyr nikotinerstatningsterapi, bidrar effektivt til røykeslutt under svangerskapet hvis	Etisk godkjenning hentet fra lokal forskningsetisk komite Bruk av nikotinerstatningsterapi ble godkjent av det danske legemiddelbyrået/ The Danish Medicines Agency

<p>Gynecologica Scandinavica</p> <p>Danmark</p>		<p>Intervensjon: Deltakere ble inndelt i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, der kontrollgruppen får informasjon og råd om røykeslutt basert på vanlig svangerskapsomsorg, og intervensjonsgruppen mottar informasjon og veiledning fra spesialtrente jordmødre om røykeslutt, og ble invitert til å delta i et røykesluttprogram individuelt eller i gruppe, og et tilbud om nikotinerstatningsterapi som en del av programmet. Jordmødre</p>		<p>regimet ledes av utdannede jordmødre og blir integrert som en del av den generelle svangerskapskontrollen.</p> <p>Studien fant faktorer forbundet med røykeslutt, som mange års skolegang, liten eksponering for passiv røyking utenfor hjemmet, lavt koffeinformbruk i svangerskapet og tidligere forsøk på røykeslutt.</p>	<p>Deltakere har gitt skriftlig informert samtykke</p>
---	--	---	--	---	--

		<p>som var spesialtrente deltok på et fem-dagers kurs som fokuserte på negative effekter med røyking i svangerskapet, røykeslutt teknikker, nikotinerstatningsterapi og kommunikasjon med gravide røykere.</p>			
<p>Fujioka et al. (2012)</p> <p>Short term behavioral changes in pregnant woman after a quit-smoking program via e-learning: A</p>	<p>Hensikten med studien var å rapportere atferdsmessige og mentale endringer hos gravide røykere som deltok i et røykesluttprogram med ECP (e-læring røykesluttprogram) i løpet av første</p>	<p>Design: Kvantitativ studie, eksperimentell evalueringsstudie</p> <p>Instrument: Spørreskjemaer og konsentrasjonsprøver av karbonmonoksid i utåndingsprøver.</p>	<p>52 deltakere</p> <p>Alder: 17-36 år</p>	<p>ECP ble funnet å hjelpe gravide kvinner til røykeslutt. Det ble funnet en nedgang i RSAS, som sier noe om deltakeres motivasjon til å røyke. Mestringstro hos deltakere ble funnet å utvikle seg, og nivåer av tillit til at en klarer å</p>	<p>Godkjent av etisk komite fra Yamaguchi University Faculty of Health Sciences</p> <p>Deltakere har gitt skriftlig informert samtykke</p>

<p>descriptive study from Japan</p> <p>Nursing and Health Sciences</p> <p>Japan</p>	<p>trimester av svangerskapet</p>	<p>Intervensjon:</p> <p>Deltagelse i studien krevde mobiltelefon med tilgang til internett.</p> <p>Det ble samlet informasjon om røykeatferd og holdninger gjennom en undersøkelse via epost og vanlige intervjuer.</p> <p>CO konsentrasjon ble målt ved hjelp av en utåndingsenhet. ECP var et kommunikasjonsverktøy for både forskeren og deltakere, og deltakere kunne sende epost med bekymringer, problemer og spørsmål. ECP ga informasjon om for</p>		<p>holde seg røykfri økte gradvis.</p>	
---	-----------------------------------	---	--	--	--

		eksempel hvordan redusere symptomer på nikotinavhengighet og fordeler med røykeslutt.			
Nichter et al. (2007) Smoking among low-income pregnant women: An ethnographic analysis Health Education & Behavior USA	Hensikten med studien var å dokumentere tendenser til røyking og faktorer som bidrar til eller undergraver skadereduksjon og slutforsøk hos gravide.	Design: Kvalitativ studie Instrument: Semi-strukturerte intervju utført i kvinners hjem og konsentrasjonsprøver av kotinin fra saliva. Intervensjon: intervju for å avdekke kvinners generelle helse, stress og depresjon, røyking og slutforsøk, og skadereduksjoner relatert til røyking og	53 deltakere Alder: 18 -43 år	Studien kategoriserte kvinnene innen tre grupper, de som slutter, de som reduserer og de som ikke lykkes i hverken å slutte eller redusere men svinger i sigarettforbruket. Faktorer som ble funnet å bidra til røykeslutt var stabilitet i boform, oppmuntring til røykeslutt fra sosialt miljø og en sterk	Godkjenning fra Institutional Review Board at the University of Arizona Deltakere har gitt informert samtykke

		andre vaner, støtte fra partner og manglende støtte, verbale og nonverbale meldinger om røyking fra mennesker i sosialt nettverk og interaksjoner med helsepersonell		identitetsfølelse av å være mor.	
Radley et al. (2013) Give it up for baby: outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive	Hensikten med studien var å evaluere røykeslutt utfall og faktorer knyttet til suksess for gravide røykere som ble registrert i et røykeslutt program med bruk av intensiver.	Design: Kvalitativ og kvantitativ studie, mixed method Instrument: datainnsamling, dybdeintervju og konsentrasjonsprøver av karbonmonoksid i utåndingsprøver	383 deltakere rekruttert i programmet mellom 03/2007 til 12/2009. 10 deltakere var registrert to ganger over perioden, altså 393 forsøk. 20 deltakere intervjuet	Programmet med intensiver og CO målinger oppnådde høyere skår i engasjement og røykeslutt enn andre ikke-intensivbaserte intervensjoner for gravide i Skottland.	Deltakere har gitt Informert samtykke Ved å lete i pre-publiserte versjoner av artikkelen ble det funnet at det var utført etisk vurdering. Observasjonsdata var for tjenesteevaluering og ble funnet å ikke

<p>scheme for pregnant women</p> <p>BMC public health</p> <p>Skottland</p>		<p>Intervensjon: Etter registrering i programmet ble de intervjuet av en apoteker og fikk tilbud om nikotinerstatningsterapi. CO-utåndingsprøve ble brukt for å utbetale insentiver på £12,50. Data ble samlet inn for å vurdere resultatet på programmet. De søkte etter synspunkt og erfaringer hos to grupper deltakere, de som ikke klarte å delta eller falt ut av programmet etter en eller to konsultasjoner, og de som deltok på regelmessig basis både gjennom svangerskapet</p>	<p>Alder: Under 50 år</p>	<p>Deltakere ble inndelt i grupper for å beskrive deltaker typologi: kommende mødre, nybegynnere i røykeslutt, kvinner med lav inntekt, entusiastiske amatører, opportuniste og impuls kjøpere.</p>	<p>behøve formell etisk vurdering. Dokumentasjon og datainnsamling prosesser fikk godkjenning fra NHS Caldicott Guardian og var registrert og beskyttet gjennom helsestyrets dataprosedyrer. Etisk vurdering og godkjenning for prosessevaluering ble gitt av University of Stirling, Department of Marketing Ethics Committee.</p>
--	--	---	---------------------------	---	---

		og etterpå. Deltakere som ble falt innenfor gruppene ble intervjuet og fikk etterpå utbetalt insentiver.			
Petersen et al. (2010) Pregnant women's responses to a tailored smoking cessation intervention: turning hopelessness into competence	Hensikten med studien var å forstå de kognitive, emosjonelle og atferdsmessige responser hos gravide kvinner til en klinikk-basert røykeslutt intervensjon	Design: Kvalitativ studie Instrument: Dybdeintervjuer til kvinner som deltok i en røykeintervensjon gitt av jordmødre og rådgivere. Intervensjon: Individuelle intervju, utført på klinikk eller i kvinners hjem eller arbeidsplass. Det var	13 deltakere Alder: 16-40 år	Intervensjonen ble funnet å snu kvinner fra å føle seg pessimistisk til å føle seg oppmuntret til å prøve røykeslutt. Fire hovedtemaer fanget intervensjonens rolle i å påvirke kvinners røykeatferd. Prosessen startet med «å forstå deres virkelighet», som førte til «omfavnet endring», og en «bestemmelse for å ikke holde noe tilbake» som	Etisk godkjenning fra The Committee for Human Research at Stellenbosch University Deltakere har gitt informert samtykke

<p>Global Health Action</p> <p>Sør-Afrika</p>		<p>fokus på deltakernes syn på røyking, deres oppfatninger av røyking i samfunnet, deres tanker om intervensjonen, og deres vilje til å vedta det. Kvinner ble bedt om å reflektere over betydningen med intervensjonen, effekten av intervensjonen på dagliglivet, deres følelsesmessige reaksjon på intervensjonen, og endringer i sine erfaringer, oppfatninger av røyking og deres røykevaner.</p>		<p>skapte grunnlag for «å snu håpløshet til en følelse av kompetanse.»</p>	

<p>McLeod et al. (2003)</p> <p>The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy</p> <p>Midwifery</p> <p>New Zealand</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske jordmors rolle i å gi opplæring og støtte for endringer i røykeatferd under den vanlige primære fødselsomsorgen/ svangerskapsomsorgen</p>	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Instrument: Semi-strukturerte Intervjuer og spørreskjema</p> <p>Intervensjon: Kvinner og jordmødre ble intervjuet individuelt. Kvinner hadde mottatt omsorg fra intervensjonsgrupper i MEWS studien. Jordmødre kom fra både intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Kvinner beskrev sin graviditet, sine erfaringer med røykeslutt eller reduksjon, deres</p>	<p>11 deltakere som hadde deltatt i en MEWS studie og 16 jordmødre.</p> <p>Alder: 21-36 år (Gravide)</p>	<p>Det ble funnet at jordmødre opplevde det vanskelig å spørre kvinner om deres røyking, og identifisere kvinner som ville være mottakelig for råd og hvordan en kan støtte dem til å gjøre endringer. Kvinner mente at jordmødre hadde viktig informasjon og støtte, og forventet at de ble spurt om sine røykevaner. Problemer kunne oppstå hvis jordmødres støtte og rådgivning ikke passet inn i fasen av endring som kvinner var i.</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt fra The Wellington and the Palmerston North/ Whanganui Ethics Committees. The Health Research Council of New Zealand godkjente forskningen.</p>
---	---	--	--	--	---

		<p>opplevelser med amming, råd og støtte deres jordmor ga dem for røykeslutt og amming, og hvor nyttig de fant jordmors råd samt ressursmaterialer de hadde sett eller brukt. Jordmødre beskrev deres rolle i røykeslutt utdanning og støtte og deres følelser om å gi det, og deres erfaringer med å delta i studien og gi helsefremmende programmer.</p>			
Abrahamsson & Ejlertsson (2002)	Hensikten med studien var å bruke empiriske data for å vurdere den teoretiske relevansen	Design: Kvantitativ studie	395 deltakere Alder: 18-43 år	Kvinner ble kategorisert i forhold til sine røykevaner. Det ble funnet en vesentlig	Deltakere har gitt informert samtykke

<p>A salutogenic perspective could be of practical relevance for the prevention of smoking amongst pregnant women</p> <p>Midwifery</p> <p>Sverige</p>	<p>av å bruke en salutogenisk, i stedet for en patologisk, perspektiv for å forhindre røyking under svangerskapet.</p>	<p>Instrument: Spørreskjema og intervju</p> <p>Intervensjon: Kvinner ble intervjuet angående røykevaner og kategorisert etter om de var røykfrie, aldri røyket eller sluttet før svangerskapet, de som sluttet i svangerskapet, de som reduserte, de som fortsatte å røyke like mye og de som opplevde tilbakefall i røykevaner. SOC-verdi, symptomer, subjektiv helse og utdanning ble vurdert gjennom spørreskjema.</p>		<p>forskjell i skåring av opplevelse av sammenheng (SOC) hos røykere og røykfrie kvinner i indikatorer på dårlig helse. Kvinner som opplevde tilbakefall på røykeslutt hadde et lavere nivå av opplevelse av sammenheng enn andre. Et salutogenisk perspektiv ble funnet å oppmuntre gravide til røykeslutt.</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt fra The Medical Faculty, University of Lund, Sweden.</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Ben Natan et al. (2010)</p> <p>Smoking during pregnancy: analysis of influencing factors using the Theory of Planned Behaviour</p> <p>International Nursing Review</p> <p>Israel</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke faktorer som påvirker kvinners intensjon om å røyke under svangerskapet</p>	<p>Design: Kvantitativ studie</p> <p>En deskriptiv, korrelasjonell, tverrsnitts studie, som anvender Theory of Planned Behaviour (TPB).</p> <p>Instrument: Spørreundersøkelse</p> <p>Intervensjon: Spørreundersøkelsen var bygget på tidligere forskning om røyking under svangerskapet og på TPB, og undersøkte effekten teoriene konstruerer på</p>	<p>201 deltakere</p> <p>Alder: 19-46 år</p>	<p>Atferds holdninger, subjektive normer, og oppfattet atferdskontroll ble funnet å forutsi kvinners intensjon om å røyke under svangerskapet.</p> <p>Sykepleietiltak veiledet av TPB konstruksjoner kan hjelpe kvinner i røykeslutt eller reduksjon under svangerskapet.</p>	<p>Etisk godkjenning gitt fra etikkutvalget til Pat Matthews Academic School of Nursing</p>
---	--	---	---	---	---

		intensjonen å fortsette å røyke i svangerskapet, og effekten av intensjon om selve røykeatferd.			
Levis et al. (2014) Women's perspectives on smoking and pregnancy and graphic warning labels American Journal of Health Behavior USA	Hensikten med studien var å utforske kvinners kunnskap, holdninger og oppfatninger om uønskede utfall assosiert med røyking under svangerskapet og hvilke utfall som kan motivere til røykeslutt, samt utforske reaksjoner til grafiske advarsler som viser to ugunstige utfall	Design: Kvalitativ studie Instrument: Fokusgruppe intervju og spørreskjema Instrument: Tolv fokusgrupper ble dannet med røykende kvinner. De utforsket kvinners kunnskap, holdninger og oppfatninger om utfall assosiert med røyking under svangerskapet og utfall som kan motivere	79 deltakere Alder: 18-30 år	Deltakere hadde lav til moderat bevissthet om mange utfall og mente det var akseptabelt å røyke i første trimester før kunnskap om svangerskap. Bruk av bilder for å demonstrere mulige utfall av røyking i svangerskapet ga sterke reaksjoner. Pedagogisk informasjon og bilder som viser babyens risiko kunne motivere kvinner til røykeslutt.	Forskningsprotokollen ble godkjent av RTI International Institutional Review Board. Deltakere har gitt informert samtykke

		dem til å slutte. Kvinner ga også anbefalinger om hvordan en kunne kommunisere om helserisikoer forbundet med røyking i svangerskapet.			
Karatay et al. (2010) Effect on motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women	Hensikten med studien var å evaluere effekten av et motiverende intervju røykesluttprogram hos gravide kvinner som røyker	Design: Kvantitativ studie. Intervensjonsstudie Instrument: Hjemmebesøk med åpne intervjuer, evalueringsskjema, konsentrasjonsprøver av CO i utåndingsluft, konsentrasjonsprøver av kotinin og en mestringskala.	38 deltakere Alder: 20 år og eldre	En tredjedel sluttet å røyke, halvparten reduserte røykingen, og halvparten gjorde tiltak for å danne et røykfritt miljø i hjemmet. Mestringstroen økte hos deltakerne etter intervensjonen. Hjemmebesøk, motivasjonsteknikker og intervjuer mellom gravide og	Etisk godkjenning ble gitt fra etisk komite av universitet.

Journal of Advanced Nursing Tyrkia		Intervensjon: 8 hjemmebesøk, der 5 av disse var for intervensjon og 3 siste var for oppfølging. Det ble fylt ut et spørreskjema for mestringstro. Kotinin nivå og CO i utåndingsluft ble målt for å verifisere og motivere til røykeslutt. De undersøkte kvinners røykevaner og endringsfaser, ga informasjon om røyking i svangerskapet, råd og veiledning for å motivere til røykeslutt.		sykepleiere/jordmødre økte sjansen for suksess i røykeslutt.	
---	--	--	--	--	--

<p>Abrahamsson et al. (2005)</p> <p>Some lessons from swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care</p> <p>Midwifery</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive kvalitativt forskjellige måter jordmødre gjør mening av hvordan en tilnærmer seg kvinnelige røykere.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Instrument: Intervju</p> <p>Intervensjon: Jordmødre som hadde deltatt i et nasjonalt prosjekt om røykfritt svangerskap ble rekruttert. Det ble utført åpne intervjuer som utforsket erfaringer og interesser blant jordmødrene om hvordan en adresserer spørsmålet om røyking.</p>	<p>24 deltakere, jordmødre</p> <p>Alder. 27-61 år</p>	<p>Fire forskjellige historietyper av erfaringer ble identifisert, unngå, informere, danne vennskap og samarbeide. Jordmødre opplevde det vanskelig å endre seg fra ekspert på informasjon og råd til ekspert på hvordan en aktiverer en kvinne til å reflektere over røykevaner og røykeslutt.</p>	<p>Tillatelse til å gjennomføre studien ble hentet fra ledere i svangerskapsomsorg organisasjonen. Deltakere har gitt skriftlig samtykke</p> <p>Etisk godkjenning ble søkt om, men ble ikke gitt da det ikke var nødvendig da studien var en del av en bredere evaluering av prosjektet om røykfritt svangerskap, og ikke involverer å spørre mennesker om deres helse eller involverer intervensjoner.</p>
--	--	--	---	---	---

Vedlegg 3: Analysetabell

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
<p>Har kunnskap om risikoer og skadevirkninger forbundet med røyking</p> <p>Bekymret for barnets helse</p> <p>Graviditeten i seg selv skapte motivasjon for røykeslutt</p> <p>Økt motivasjon ved konfrontering om at det var uheldig å røyke</p> <p>Negative holdninger til røyking</p> <p>Mange reduserte mengden sigaretter</p> <p>Hadde tro på at de kunne mestre røykeslutt</p>	<p>Et ønske om at barnet skal være friskt</p> <p>Faktorer som motiverer til redusering og røykeslutt</p> <p>Ønsket om røykeslutt</p> <p>Oppfattelsen av seg selv</p> <p>Tiltro at de kan mestre røykeslutt</p>	<p>Faktorer som fremmer røykeslutt</p>
<p>Røyking som en avhengighet, abstinenssymptomer</p> <p>Mangler viljestyrke</p> <p>Vanskelig å slutte når de har stressende livssituasjoner</p>	<p>Manglende viljestyrke</p> <p>Stress</p> <p>Bruker røyk som håndtering av problemer og kaotisk liv</p> <p>Fysisk avhengighet</p>	<p>Faktorer som hemmer røykeslutt</p>

<p>Røyking som trøst eller lindring fra stress, husarbeid, barnepass, økonomiske vanskeligheter og vanskeligheter i partnerforhold</p> <p>Røyking som en måte å håndtere livet på</p> <p>Tvil til fakta om røyking i svangerskapet</p> <p>Ambivalent for egne tanker om røyking er skadelig for barnet</p>	<p>Holdninger om at røyking ikke skadelig</p>	
<p>Partner og familie røyker rundt den gravide</p> <p>Kvinnene kunne bo hos andre mennesker og hadde ikke muligheten til å skape et røykfritt miljø</p> <p>Passiv røyking i hjemmet</p> <p>Røyketelefon og e-learning program som sosial støtte</p> <p>Familien ville ikke mase på kvinnen om røykeslutt</p>	<p>Manglende sosial støtte fra partner, familie og venner</p> <p>Muligheten til å skape et røykfritt miljø</p> <p>Støtte til røykeslutt</p>	<p>Opplevelsen av sosial støtte</p>

Støtte fra kollegaer		
Røykeslutt veiledning individuell og i gruppe	Tilbud og tiltak fra helsepersonell	Møtet med helsepersonell
Tilbud om nikotinerstatningspreparater	Erfaringer og opplevelser ved kontakt med helsepersonell	
Råd om røykeslutt	Informasjon og veiledning fra helsepersonell	
Uklare og blandede meldinger om røykeslutt fra helsepersonell	Uklare og blandede meldinger fra helsepersonell	
Tillit og manglende tillit til helsepersonell	Relasjonen mellom kvinner og helsepersonell	
Tok avstand fra jordmor, ville ikke snakke åpent og dele bekymringer		
Erfaringer fra jordmødre om å gi veiledning til røykeslutt		
Kunnskap om motiverende intervju/TTM		

Vedlegg 4: Skjema for artikkelgranskning

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Datum:

Tittel:.....

.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

.....

.....

.....

.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....

.....

.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....
.....
.....
.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
 Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomisert Kontrollert
 Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering? Ja Nei

Er perspektiv/kontekst presentert? Ja Nei

Finns et etisk resonnement? Ja Nei

Er utvalget relevant? Ja Nei

Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja Nei

Er metoden tydelig beskrevet? Ja Nei

Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja Nei

Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i
overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt? Ja Nei

Kvantitative studier

Utvvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metod Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

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