



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

*Opplysningane finn du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding*

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgåve  
(mappe, heimeeksamen..)

Kandidatnr: 336

Leveringsfrist: 18.02.2010 kl. 1400

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Antall ord: 7646

Fagansvarleg : Benny Huser  
Rettleiar : Elfrid Kartveit

# Røyking og graviditet



© [www.vg.no](http://www.vg.no)

**Å motivere den gravide til å slutte å røykje**

**Eit litteraturstudium**

## ***Samandrag***

Dette litteraturstudiet heiter *Røyking og graviditet*, og har som hensikt å gå igjennom teori og forskningslitteratur for å kunne vise kva som best motiverer gravide kvinner til å slutte å røykje. Bakgrunnen for valet av dette emnet, var at eg var med på ein fødsel der mora hadde røykt under heile svangerskapet, og eg ynskte å lære meir om dette. Målgruppa er sjukepleiarar, jordmødrer og helsesyster, og deira respektive studentar. Oppgåva tek opp kva sjukepleiar kan gjere for å motivere gravide til å slutte, men også kvifor det er farleg å røykje og dermed kvifor det er nødvendig at sjukepleiaren motiverer til røykjeslutt hjå den gravide. Den tek også opp korleis sjukepleiaren kan rettleie til åtferdsendring. 12 % av gravide i Noreg røykjer gjennom heile svangerskapet. Dette talet viser at emnet er aktuelt å ta opp, og nyttig å skrive eit litteraturstudie om.

## ***Abstract***

This literature study is called *Smoking and pregnancy*, and the purpose was to go through literature and research to show the best way to motivate pregnant women for smoking cessation. The background for choosing this theme is that I participated in a birth where the mother had smoked during her whole pregnancy, and I wanted to learn more about this. It's relevant for nurses, midwives and health visitors. The study looks at what the nurses can do to motivate pregnant women to quit smoking, but also why it's dangerous to smoke and therefore makes it necessary for nurses to motivate for cessation. It also looks at how the nurses can guide the pregnant woman towards change of behavior in lifestyle. 12% of pregnant women in Norway smoke during their whole pregnancy. This number shows that this subject is currently important and advantageous to write a study of literature about.

# Innhald

1.0	Innleiing .....	1
1.1	Emne .....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Formålet med studien.....	2
1.4	Definisjon av sentrale omgrep.....	3
2.0	Teoridel.....	4
2.1	Sjukepleieteoretisk perspektiv .....	4
2.2	Benner og Wrubel om sjukepleiaren sin metode .....	5
2.3	Teoretisk rammeverk .....	5
2.3.1	Helseskadar for mor og barn.....	5
2.3.2	Åtferdsendring og endringsfokusert rådgjevnad .....	6
2.3.3	Kva ansvar har sjukepleiaren?.....	7
2.3.4	Sjukepleiaren som pedagog .....	8
2.3.5	Korleis motivere til røykjeslutt? .....	8
3.0	Metode .....	10
3.1	Definisjon av metode.....	10
3.2	Litteraturstudie som metode .....	10
3.3	Kriterium for inklusjon og eksklusjon av litteratur.....	11
3.4	Personlege studieavgrensingar.....	11
3.5	Innhenting av litteratur.....	11
3.6	Kvalitetssikring og forskingsetiske aspekt ved studien.....	12
4.0	Resultat.....	13
4.1	Forskingslitteratur .....	13
4.1.1	Motivasjon til å slutte å røykje under svangerskapet .....	13
4.1.2	Kva bestemmer den gravide sine røykjevanar? .....	14

4.1.3 Kva skjer med fosteret når mor røykjer? .....	14
5.0 Drøfting.....	16
5.1 Kvifor det er farleg for mor og barn.....	16
5.2 Den gravide sitt ynskje .....	18
5.3 Meistring og motivasjon .....	19
5.4 Indre og ytre faktorar til motivasjon .....	20
6.0 Konklusjon og avsluttande refleksjonar .....	22
7.0 Referanseliste .....	25

## **1.0 Innleiing**

### **1.1 Emne**

Ut frå krava i retningslinjene, er mitt ynskje med denne oppgåva å finne noko eg har erfart i praksis og vil lære meir om. Då eg var i kirurgisk praksis, fekk eg vera to dagar på fødeavdeling.. Då var eg så heldig å få vera med på ein flott fødsel. Noko eg la merke til før fødselen var at både mora og faren røykte. Røyking er noko eg alltid har vore negativ til, og spesielt under svangerskap fordi det ufødde barnet ikkje vel sjølv å bli utsett for røyken. For å skrive ei oppgåve som kan sjå på problemstillinga frå fleire sider, bør eg i hovudsak vera varsam i forhold til eiga haldning til røyking. Svangerskap og barn er også eit emne eg er spesielt interessert i fordi eg har lyst å vidareutdanne meg til enten jordmor eller helsesyster. I begge desse yrka vil eg ha nytte av kunnskap om røyking under svangerskapet, og korleis motivere den gravide til å slutte.

### **1.2 Problemstilling**

Grunnen til at eg vil ha fokus på motivasjon til å slutte, er at eg har erfart frå jordmor i praksis på helsestasjon at mangel på motivasjon er hovudproblemet for gravide som ynskjer å slutte. Dette kjem også fram i forskingslitteraturen eg seinare vil presentere. Når eg no skal skrive bacheloroppgåve om dette emnet, skal eg finne ei problemstilling som har eit sjukepleiefagleg fokus. Det er nødvendig å avgrense problemstillinga nok til at den ikkje famnar om for mykje relevant litteratur. Difor har eg valt følgjande problemstilling:

#### ***Korleis kan sjukepleiar motivere den gravide til å slutte å røykje?***

Då eg først hadde valt denne problemstillinga, vart eg usikker på om den var aktuell for meg, og om sjukepleiarar i det heile tatt har med røykjeslutt blant gravide å gjere. Difor gjekk eg gjennom litteraturen eg hadde funne, og det viste seg at sjukepleiarar også kan ha nytte av å vite korleis ein hjelper gravide å slutte. I ein artikkel i Tidsskriftet stod det følgjande: ”Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik i Sverige og National Cancer Institute i USA, har gått igjennom publiserte undersøkelser og konkluderer med at både allmennleger, (...) og sykepleiere kan bidra til å endre røykevaner hos pasienter i en klinisk situasjon. Også norske undersøkelser har vist effekter av individrettet forebygging av røyking blant gravide”(Lund, Andersen, Bakke, Gallefoss & Helgason, 2000). Bergsjø, Telje, Thesen & Heiberg (2006)

seier at røykjevanane til norske kvinner gjev grunn til bekymring, og at det er viktig med tverrfagleg samarbeid i svangerskapsomsorga då det er nødvendig å legge meir vekt på røykjeførebygging no enn før. I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet gjeve ut eit kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som arbeidar med røykjeslutt i svangerskapsomsorga. Her skriv dei blant anna at helsepersonell har ein spesiell kontakt med dei gravide, då helsepersonell møter dei gravide gjentekne gonger i løpet av svangerskapet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dorthe Taxbøl (2009) seier at helsevesenet dei siste åra har valt å gjera ein ekstra innsats for å hjelpe gravide med røykjeslutt, og at dei gravide då vert tilvist ein fagperson som har greie på røykjeslutt. Dersom eg som sjukepleiar set meg inn i dette, og har greie på røykjeslutt, kan eg fungere som ein slik fagperson.

[www.helseleksikon.no](http://www.helseleksikon.no) definerer helsepersonell som yrkesgrupper med autorisasjon etter bestemmingar frå Helsepersonellova, og nemner sjukepleiar som ein av dei. Etersom dette viser at sjukepleiarar er helsepersonell, og at helsepersonell arbeidar tett med gravide i svangerskapsomsorga, meiner eg at eg som framtidig sjukepleiar, og alle andre sjukepleiarar kan ha nytte av ei oppgåve med mitt valte tema og problemstilling.

Dalland (2007) siterar Holme og Solvang (1995) som seier at ei problemstilling skal vera fruktbar, spennande og enkel. At den er fruktbar vil sei at den er relevant for utdanninga, noko eg meiner at den er, jamfør punkt 1.3. For dei som interesserar seg for dette emnet, er den nok spennande også, i tillegg til at eg meiner den er enkelt framstilt for at alle skal kunne forstå den uavhengig av fagleg bakgrunn og ståstad, og den har fokus på berre eitt problem (Dalland, 2007).

Eg vil presisere at problemstillinga mi ikkje tek utgangspunkt i at alle gravide røykjer, og at eg vil ha fokus på den gravide kvinna som sjølv ynskjer å slutte å røykje og ikkje greier det på eige hand.

### ***1.3 Formålet med studien***

Rammeplanen for sjukepleiarutdanninga seier at sjukepleie omfattar det å fremje helse og førebyggje sjukdom hjå friske og utsette grupper. Mi oppfatning er at det å slutte å røykje fremjar helsa både hjå mor, far og barn, i tillegg til å førebyggje sjukdom. Førebygging er ein viktig del av sjukepleiarkvardagen, difor trur eg at eg får lære noko som er relevant for utdanninga mi, i tillegg til å skrive noko som andre studentar og helsepersonell kan ha nytte av. Difor vil eg seie at formålet mitt med denne studien er delt i tre. Det første er å bidra til

auke kunnskap og forståing rundt dette temaet for sjukepleiarar, men også helsesyster og jordmødrer som arbeidar med kvinner under svangerskapet. Den har også eit formål om å auke min eigen kunnskap, og i tillegg skal den fungere som ei bacheloroppgåve i mi sjukepleieutdanning,. Kunnskapen eg tilegnar meg i forskingsprosessen, vil eg aktivt kunne bruke som sjukepleiar i møte med den gravide, slik problemstillinga mi stiller spørsmål om. Først vil eg presentere det sjukepleiefaglege perspektivet eg vil bruke til å belyse det teoretiske perspektivet som kjem etterpå. Vidare vil eg skrive om metode og kva for ein metode som skal brukast i denne oppgåva. Så vil eg presentere resultatata frå forskingslitteraturen, og drøfte teori og resultat.

Eg skal bruke fylgjande delproblemstillingar:

- Kvifor er det farleg for mor og barn at mor røykjer under svangerskapet?
- Kva er årsaka til at mange mødrer røykjer under svangerskapet?
- Kor utbreidd er problemet?

#### ***1.4 Definisjon av sentrale omgrep***

Motivasjon: drivkrefter bak åtferd, ikkje nødvendigvis rasjonelle

Svangerskap /Maternity : Tida da kvinna er gravid

Cessation: Avslutning, opphør

(Henta frå [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no), kunnskapsforlaget 2010)



## 2.0 Teoridel

### *2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv*

Patricia Benner og Judith Wrubel har utvikla ein omsorgsteori. Dei meiner at omsorg er fundamentet for alt menneskeleg liv og for all utøving av sjukepleie. Dette forklarar dei slik:

- Omsorg handlar om å finne og utøve det som har meining for eit menneske
- Omsorg omhandlar ein mellommenneskeleg relasjon som igjen gjer det mogleg å gje og ta imot hjelp

Fokuset til Benner og Wrubel ved omsorg er å meistre sjukdom, liding og tap. På den måten må den som utøver sjukepleie forhalde seg til pasientens erfaring av sjukdom, helse, vekst og tap. Dei meiner at mennesket er udeleleg, ei psykofysisk eining. Difor må ein behandle pasienten holistisk. Brinchmann (2005) seier at holisme betyr heilskapsforståing, og botnar i ei livsoppfatting som seier at alle delar av mennesket sin natur må takast vare på.

Benner og Wrubel presenterer nokre grunnleggande element som dei byggjer sin omsorgsteori på, blant anna stress og meistring:

- Stress oppstår når vanleg funksjon bryt saman, og/eller når ein mister det/den ein bryr seg om eller noko som har meining for ein.
- Meistring er det ein gjer for å takla stresset, å ha omsorg for nokon er grunnleggande for å meistre.

Benner og Wrubel meiner at det er viktig å ha evna til å finne ny meining når ting går gale, og å kunna læra seg nye måtar å fungera på. Dersom ein ikkje kjenner meining og tilhøyre til noko, kan det vera ein trussel mot det å meistre (Borge, 2008)

Grunnen til at eg har valt dette sjukepleieperspektivet, er at eg trur meistring kan hjelpe på motivasjonen til den gravide kvinna for å slutte å røykje. Stress oppstår når ein mister noko som har meining for ein seier Benner og Wrubel (Kristoffersen m. fl. 2006). Røyk kan vera det ”noko” for ei gravid kvinne som slit med å slutte.

## **2.2 Benner og Wrubel om sjukepleiaren sin metode**

Sjukepleiaren tek utgangspunkt i pasienten si eiga oppleving av sin situasjon når han/ho skal hjelpe pasienten til å meistre sjukdomsrelaterte og stressfylde situasjonar. Det er ikkje noko konkret måte som kan kallast ”riktig”, det må bestemast saman med pasienten i kvart enkelt tilfelle kva som fungerer best. Det er sjukepleiaren si oppgåve å hjelpe pasienten til å finne meining i situasjonen. Får å kunne hjelpe pasienten til å meistre sjukdom, helsesvikt og tap må sjukepleiaren vera aktiv og finne forståing for korleis pasienten sjølv opplever dette (Kirkevold, 1998).

## **2.3 Teoretisk rammeverk**

### **2.3.1 Helseskadar for mor og barn**

Røyking i svangerskapet gjer at barnet si naturlege vekstkurve vert hemma i siste trimester. Sjølv om veksthemminga skjer seint i svangerskapet, er det andre helsefarar ved å røykje i dei to første trimestra og det er difor ikkje ufarleg å røykje i denne perioden. Blant anna spontanabort og prematur fødsel kan vera konsekvensar av røyking i svangerskapet. Folkehelseinstituttet viser til tal som seier at heile 20 % av alle gravide i Noreg røykjer når dei vert gravide, medan nesten 12% røykjer gjennom heile svangerskapet. Dette vil seie at 12% av alle dei nyfødde har lågare fødselsvekt enn dei ville hatt dersom mora ikkje røykte. Definisjonen på låg fødselsvekt er 2500g eller lågare, og svært låg er >1000g. Låg fødselsvekt fører med seg fleire negative konsekvensar for barnet, til dømes høgare risiko for at eit slikt barn får problem med sansar som syn og hørsel i tillegg til vanskar med pusten og svekte kognitive evner (Folkehelseinstituttet, 2008).

Sosial- og helsedirektoratet i Noreg seier at røyking i svangerskapet kan assosierast med auka risiko for krybbedød eller at barnet er dødfødd. Barn av mødrer som røykjer har 2,5 gongar auka risiko for krybbedød, og dersom dei i tillegg søv saman med mora er risikoen 18 gongar større enn dersom mora ikkje røykjer. Det er foreløpig ikkje oppdaga kva som er årsaka til dette, men ein av teoriene er at røykinga aukar sårbarheita for at barnet vert overoppheta og forstyrring av hjarterytme- og respirasjonsregulering.

Røyking kan vera årsaka til veksthemming av lungene til barnet, og aukar sjansen for at barnet får sjukdomar som til dømes astma og luftvegsinfeksjonar. Eit spedbarn med redusert lungefunksjon, er meir disponert for obstruktive luftvegssymptom seinare i det første leveåret, særleg dei som vert utsett for passiv røyking etter fødsel (Sosial- og helsedirektoratet). Det er ikkje berre den fysiske helsa som blir påverka av røyking under svangerskapet. I følgje Sosial- og helsedirektoratet kan det gje barnet forseinka eller dårlegare utvikla psykososial åtferd. Folkehelseinstituttet (2008) seier at det aukar risikoen for at barnet får ADHD. Risikoen er høgast for borna med mødrer som røykjer dagleg, og tidleg i svangerskapet. Det vil ikkje sei at alle desse mødrene får born med ADHD, men aukar sjansen med 30%.

Det er aldri for seint å slutte når det gjeld røyking i svangerskapet. Hjå dei mødrene som slutta innan 4.månad i svangerskapet er det vanskeleg å finne skadar på barnet relatert til røyking. Til og med få dagar og veker før fødselen hjelper det å slutte. For dei som ikkje greier å slutte, hjelper det å kutte ned, då det er betre å røykje lite enn mykje (Endresen, 1992).

Kvart år døyr 6700 nordmenn av røyking, og dei har tapt i gjennomsnitt 11 år av livet sitt pga røyken. Enkelte studie viser at kvinner som røykjer har større sjanse for å utvikle lungekreft enn det menn har. Røykinga kan forårsake psykiske plager som angst og depresjon, den kan vera årsaka til tidlegare menopause og fleire hjarte- og kar sjukdommar (Folkehelseinstituttet, 2008). Prescott og Børtveit (2004) seier at kvinner er meir sårbare for å utvikle røykjerelaterte kreftformer, og at kvinner ser ut til å tole røyking dårlegare enn menn gjer. Eg kan nemne fleire helsefarar ved røyking, men vel å stoppe her fordi eg meiner poenget er tydeleg, nemleg at det er farleg for mor at ho røykjer også, ikkje berre for barnet.

### ***2.3.2 Åtferdsendring og endringsfokusert rådgjevnad***

Å hjelpe nokon til åtferdsendring som til dømes røyking, føreset at sjukepleiaren forstår at endring av vanar vert påverka av mange forskjellige faktorar. Fokuset bør vera pasienten sine muligheiter til åtferdsendring i ein samtale mellom pasient og pleiar. Relevante spørsmål som kan vera eit godt utgangspunkt er i kva grad pasienten er mottakeleg for informasjon og rådgjevnad, kva kjelder til motivasjon pasienten har, om pasienten er i nærheita av ei bestemming om endring, og i så fall kor nær, korleis har pasienten tenkt å meistre gjennomføringa av endring og kva negative konsekvensar pasienten ser ved denne endringa. Det å drøfte livsstilsspørsmål som å slutte å røykje med helsepersonell, er noko mange

pasientar har ei positiv haldning til, men det blir ikkje uproblematisk av den grunn. Sjukepleiaren bør vera klar over at det kan vera eit sårbart emne for pasienten å snakke om åtferdsendingar. Dette fordi det å røykje under svangerskapet er eit personleg val pasienten har gjort, og det er eit privat område som ikkje alltid er enkelt å snakke om med andre (Prescott og Børtveit, 2004).

Dersom ein kan kalle røyking for problematisk åtferd, seier Barth, Børtveit og Prescott (2001) at for å klare å slutte å røykje må pasienten ynskje det sjølv, og føle at det er mogleg å klare det i praksis. Altså må pasienten både ha motivasjon til å slutte, og stole på si eiga evne til å meistre røykjeslutt. For å motivere pasienten kan ein stille spørsmål som ”kvifor er det viktig at eg forandrar meg?” og ”korleis skal eg klare det?”. For å motivera pasienten til å endre åtferd som til dømes å slutte å røykje, kan ein hjelpe pasienten til å sjå åtferda og konsekvensane i eit anna perspektiv enn før. Dette kan krevje ei gradvis openbering av til dømes kva konsekvensar det kan få for både mora og barnet at mor røykjer under svangerskapet.

Meistring handlar om å finne dei beste måtane å nå eit mål på, for så å utføre dei. Nokon klarar det på første forsøk, andre ikkje. Meistring og motivasjon høyrer nøye saman, og påverkar kvarandre. Ein motivert pasient oppsøker aktivt måtar å meistre åtferdsendinga si på, medan ein umotivert pasient gjerne slit med å nå målet. Trua på seg sjølv og evna til endring, er med på å auke motivasjonen. Å vere motivert til røykjeslutt eller ikkje, kan påverkast av mange faktorar, blant anna prisar, lover, reklame, miljø, haldningane vener og familie har, kunnskap og eventuell frykt for helseskadar, assosiasjonar mellom røyk og andre kvardagslege ting og nyting eller ubehag i forhold til det å røykje (Barth, Børtveit og Prescott, 2001).

### ***2.3.3 Kva ansvar har sjukepleiaren?***

Mange sjukepleiarar kvir seg til å gå i dialog med pasientar om røyking og røykjeslutt. Nokon kjenner seg ikkje godt nok fagleg rusta, medan andre meiner at røyking er ei privatsak. Men røykjevænning er ein naturleg del av sjukepleiaren sitt arbeid, då førebygging er eit av verksemdsområda i sjukepleiekvardagen. Tidlegare helseminister i Danmark, Carsten Koch, har sagt at sjølv om livsstilen til kvar enkelt er eit sjølvstendig val, bør det offentlege informere grundig kva som gjer folk sjuke og korleis ein kan unngå sjukdom (Vinther,

Pedersen & Eksten, 2002). Å respektere den gravide sitt val om å ikkje slutte å røykje, vil ikkje seie at sjukepleiaren ikkje kan snakke med den gravide om det. Respekt kan vera hovudgrunnen til å ta opp dette temaet, då å ikkje gjere det kan tolkast som at helsa til mor og barn ikkje vert påverka av røykinga og dermed er uviktig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007)

### ***2.3.4 Sjukepleiaren som pedagog***

Eg ønskte å finne ein forskingsartikkel om dette emnet, men det skulle vise seg å vera vanskeleg då dei eg fann ikkje var relevante nok. Eg meiner at grunnen til å bruke forskingsmaterial er for å finne det nyaste stoffet om emnet. Sidan eg ikkje fann ein tilfredsstillande artikkel om dette, har eg valt å bruke ei bok som eg trur vil gjere same nytta då den er av nyare dato.

Den pedagogiske funksjonen er ein del av sjukepleiaryrket. Den vert mellom anna nytta som meistringshjelp for pasientar med forskjellige problem og omhandlar til dømes empowermentprosessen med meistring som mål. Formålet er å hjelpe pasienten til oppdaging, læring, vekst og utvikling. Det kan innebera å nytta informasjon, instruksjon, undervisning og rettleiing. Sjukepleiaren kan bruke forskjellige virkemiddel, som forelesing, bilete og film for å få fram budskapet sin. Sjukepleiaren legg vekt på meistring, og ressursar pasienten har til å meistre. Når sjukepleiaren til dømes har informert eller undervist ein pasient, kan det vera lurt å stille nokre kontrollspørsmål for å sikre seg at informasjonen er oppfatta. Her bør sjukepleiaren vera varsam slik at pasienten kjenner seg behandla med likeverd og respekt (Tveiten, 2008).

### ***2.3.5 Korleis motivere til røykjeslutt?***

Statens Folkhälsoinstitut i Sverige har gitt ut ei handbok for helsepersonell om den motiverande samtalen for å hjelpe gravide å slutte å røykje. Dei seier at noko av det viktigaste er at samtalen ikkje blir ein moraliserande tale frå helsepersonellet si side med harde argument og motsetningar til den gravide sine meiningar. Med ei nysgjerrig innstilling til den gravide, og evna til å lytte og forstå, vil ein gjere det mykje enklare for den gravide å snakke om sine kjensler og meiningar om røykinga. Det å la pasienten vera i fokus har vist seg å vera mest effektivt når det gjeld å hjelpe folk til å endre livsstilen sin. Det vil seie at ein diskuterer

røykjevanane frå ein nøytral ståstad, i staden for å informere, og i tillegg gå ut i frå den gravide sine synspunkt gjennom heile samtalen. Det er ikkje effektivt å formane og moralisere om kva som er best for den gravide å gjere (Statens Folkhälsoinstitut, 2009).

Sosial- og helsedirektoratet (2007) seier at helsepersonell møter den gravide mange gongar i løpet av svangerskapet, og det gir ei unik moglegheit til å motivere og rettleie henne mot røykjeslutt basert på hennar livssituasjon. Som sagt er sjukepleiarar ein del av definisjonen på helsepersonell, og gjeld difor sjukepleiarar også.

Oppleving av meistring er kanskje avgjerande for å oppnå tilstrekkeleg motivasjon til å greie å slutte å røykje. Det påverkar trua ein har på seg sjølv til å klare ei slik åtferdsending og det kan vera eit verkemiddel for å i det heile tatt ville prøve å slutte. Proschaska og DiClements sitt endringshjul deler endringsprosessen inn i fem fasar: førebuing, handling, vedlikehald, tilbakefall og vurdering. Det kan vera avgjerande for den gravide å ha ein motiverande person som til dømes ein sjukepleiar ho kan ha jamn kontakt med for å takle dei forskjellige fasane, og som kan gje støtte. Utgangspunktet for samtalen mellom sjukepleiar og den gravide mora om røykjeslutt, handlar om kunnskapar, haldningar og erfaringar den gravide har. Støtte og forståing er faktorar som den gravide treng å oppleve frå sjukepleiaren si side. Nøkkelord er *empowerment*, som tyder eigenomsorg eller eigenkraft, og *empati*, som tyder innleving. Den gravide må få føla seg som ein ekspert på seg sjølv, medan sjukepleiaren lever seg inn i hennar ”verd” og viser forståing. Empowerment kan hjelpe den gravide til å mobilisere dei ressursane ho har, og motivere til å nå målet; røykjeslutt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

## **3.0 Metode**

### ***3.1 Definisjon av metode***

Metode er i fylgje Tranøy (sitert i Dalland, 2007) ein måte å tilegne seg og frambringe kunnskap, eller å etterprøve haldbarheita i studium og påstandar som vert presentert som sanne. Dalland (2007) viser også til eit sitat frå Aubert som seier at metode er eit hjelpemiddel til å løyse problem. Metode forklarar oss altså korleis ein kan gå fram for å finne kunnskap og etterprøve om den er gyldig eller ikkje.

Vanlegvis skil ein mellom to hovudmetodar: Kvalitativ og kvantitativ metode. Dei er verkemiddel for å hjelpe oss til å betre kunne forstå korleis samfunnet rundt oss fungerer, og korleis vi menneske fungerer saman på ein tilfredsstillande måte. Den kvalitative metoden er for det meste basert på å få tak i kjensler og meiningar om noko, som er vanskeleg eller umogleg å talfeste eller på noko vis måle. Dei kan ofte karakterisere eit fenomen, og metoden gjev forskaren ei moglegheit til å komma nærare kjeldene sine og forstå dette fenomenet. Kvantitativ metode er datainnsamling som kan gjerast om til målbar informasjon og tabellar. I motsetnad til å forstå fenomenet slik ein gjer med kvalitativ metode, skal ein her forklare det. Ofte vert desse to metodane brukt som kontrast til kvarandre når ein samanliknar resultatata (Dalland, 2007).

### ***3.2 Litteraturstudie som metode***

Høgskulen Stord Haugesund har gitt retningslinjer for korleis bacheloroppgåva skal byggjast opp. Ved sjukepleiarutdanninga er metoden for oppgåva bestemt på førehand, og den skal vera eit litteraturstudium av evidensbasert teori og litteratur. Forskingsartiklane eg vil bruke i denne oppgåva vil vera både av kvantitativ og kvalitativ framstilling.

Eit litteraturstudie er å ha ei problemstilling som ein svarar på gjennom å systematisk identifisera, velja, vurdere og analysera aktuell og relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2008). Eit litteraturstudie kan brukast som hjelpemiddel for å tilegne seg auka forståing for det aktuelle fenomenet, altså ein kvalitativ metode. Den som forskar brukar andre sin litteratur for å komme fram til sin eigen. Det finnes forskjellige årsaker til å bruke litteraturstudie som metode, mellom anna å førebu ei oppgåve eller ei studie og for å få auka forståing for emnet ein vil lære meir om (Parahoo, 2006).

### ***3.3 Kriterium for inklusjon og eksklusjon av litteratur***

Artiklane skal omhandle, motivasjon til røykjeslutt, hjelpemiddel for helsepersonell, helsefarar ved røyking for mor og barn, utbreiing av røyking under svangerskapet, eller årsaker til at mødrer røykjer/ikkje sluttar under svangerskapet. Litteraturen må komme frå kjelder eg ser på som solide faglig sett. Når eg har søkt etter litteratur, har eg hatt som mål å finne litteratur som er så ny som mogleg, helst innanfor ei grense på 10 år. Men det eg har erfart i denne prosessen, er at den mest relevante litteraturen eg har funne er eldre enn det. Eg vel å bruke ein del av denne litteraturen, og grunngjev det med at mykje av resultata i desse artiklane stadig er representative for notida. Eg har vore open for både norsk og utanlandsk litteratur då eg syns det kan vera interessant og viktig med innspel frå andre land på dette temaet.

### ***3.4 Personlege studieavgrensingar***

Eg er i slutten av sjukepleiarutdanninga, og har lite forskarkompetanse. Dette set avgrensingar i min kompetanse til å søkje etter litteratur og mi kjennskap til forskjellige databasar. Det er også avgrensa kva databasar eg kan bruke, då eg berre har tilgong til dei som Høgskulen Stord Haugesund har tilgong til. HSH har avgrensa metodebruken til litteraturstudium. Når det gjeld mi erfaring har eg lite når det gjeld dette emnet, og må difor stole på dei erfarne fagfolka som har skrive litteraturen. Dersom eg hadde hatt meir erfaring, kunne eg ha kome med meir praktiske innspel, noko som kanskje hadde gjort oppgåva meir variert og interessant.

### ***3.5 Innhenting av litteratur***

Dalland (2007) seier at for å kunne svare tilfredsstillande på ei problemstilling, må ein ha fyldig og relevant litteratur som ein veit er gyldig. Sidan denne oppgåva er helserelevanter, har eg valt å bruka databasar som eg ser på som solide fagleg sett innanfor helsesektoren for å finne relevant litteratur. Eg har søkt i følgjande databasar; ProQuest, SveMed + og PubMed. Her kom eg inn på følgjande tidsskrift som eg søkte i: Sykepleien, Vård i Norden og Tidsskrift for Den Norske lægeforening. Resultata av søkeprosessen vil eg presentere i tabellar med tal på treff på kvart søk. Både smoking og pregnancy er ord som kvar for seg fekk svært mange treff men der dei fleste var urelevante artiklar.

Sjå vedlegg 1 for tabell med oversikt over søka mine.



### ***3.6 Kvalitetssikring og forskningsetiske aspekt ved studien***

Ein bør gjera etiske vurderingar når ein skal gjera ei systematisk litteraturstudium. Ein skal forsikre seg om at det ein skriv er eigen oppfatning av stoffet, og ikkje stele andre sitt arbeid. Sjølv om ein skriv teori med egne ord, skal det brukast kjeldetilvising på all litteratur ein låner av andre. Det er viktig at eg ikkje trekkjer negative konklusjonar av andre sitt arbeid, då dei ikkje får anledning til å forsvare seg. (Forsberg & Wengström, 2008). Eg vil jobbe for at denne oppgåva skal belyse flest moglege sider av problemstillinga mi, og vise openheit i studiet mitt for at resultatet skal kunne etterprøvast. For å sikre at oppgåva står fram på ein så kvalitetssikker måte som mogleg vil eg nøye vurdere kjeldene eg brukar. Dei fleste bøkene eg vil bruka er henta frå pensumlistene til sjukepleiarutdanninga på HSH. Resten er også skrivne av forfattarar med bakgrunn i helsevesenet.

## **4.0 Resultat**

Av dei artikklane eg presenterer her er den første, *Motivation for Smoking Cessation Among Pregnant Women* (Curry, Grothaus, McBride, Lando & Pirie, 2001), den artikkelen som eg trur er mest relevant for å svare på problemstillinga, då den har fokus på nettopp motivasjon for å slutte å røykje. Dei to andre er også relevante, og vil hjelpe meg å svare på delproblemstillingane mine.

Sjå vedlegg 2 for tabell med oversikt over resultatane.

## **4.1 Forskingslitteratur**

### **4.1.1 Motivasjon til å slutte å røykje under svangerskapet**

Det kan vera avgjerande for den gravide kva type motivasjon ho får når ho skal slutte å røykje. Indre og ytre motivasjon verkar forskjellig. Indre motivasjon er basert på forventning til belønning som er viktig for den gravide, som betre helse og sjølvtilit. Den ytre motivasjonen er på basert på dei ytre faktorane som kan fungere som belønning eller straff, som det økonomiske utfallet av å slutte, og sosial godkjenning. Sjølv om både indre og ytre motivasjon kan bidra til varig atferdsending som røykjeslutt, ser det ut til at den indre motivasjonen tel mest, og flest gonger har gitt varig resultat. Graviditetsrelatert motivasjon er ein viktig faktor i tillegg til generelle indre og ytre motivasjonsfaktorar. Graviditetsrelatert motivasjon vert definert som bekymring for helsa til det ufødde barnet, ynskje om å vera sunn og frisk under svangerskapet og å unngå at barnet blir nikotinavhengig og får abstinensar etter fødsel. Av undersøkinga i artikkelen til Curry et al(2001), kjem det fram at gravide som røykte før svangerskapet og klarte å slutte innan 28 svangerskapsveker, hadde høgare nivå av graviditetsrelatert motivasjon enn dei som ikkje klarte å slutte. For dei som ikkje klarte å slutte, hadde det ytre og det graviditetsrelaterte motivasjonsnivået minka betraktelig frå byrjinga av svangerskapet til veke 28. Dei gravide som hadde meir indre enn ytre motivasjon, klarte å halde seg unna røyken lengre, også postpartum. Konklusjonen er at både generell (indre og ytre) og graviditetsrelatert motivasjon er viktig, og å oppretthalde røykjesluttan postpartum. Å framheve helsefordelar og andre indre motivasjonsfaktorar, har verka førebyggjande på tilbakefall (Curry et al., 2001).

### **4.1.2 Kva bestemmer den gravide sine røykjevanar?**

Haugland og Haug (1995) har gjort ein kvalitativ studie på forskjellige årsaker til at gravide røykjer under svangerskapet. Resultata er henta frå intervju med gravide kvinner i 27.-35.svangerskapsveke. Dei seier at ein av grunnane er at mangel på og feilaktig kunnskap om helsefarane kan vera ein viktig faktor, i tillegg til manglande tru på dei vitskaplege fakta om emnet. Nokre mødrer meiner at det ikkje vil ha nokon helsegevinst for barnet dersom dei sluttar, fordi dei har nikotin i blodet i årevis etter at dei har slutta, eller at det vil vera skadelege for mora sjølv å lide av abstinensar, vonde tankar og å ha ein kropp i ubalanse under svangerskapet, noko dei er sikre på å få dersom dei sluttar. Dersom den gravide har fødd friske ungar tidlegare og har røykt under svangerskapa, er dette ein faktor som innverkar på valet om å røykje også denne gongen.

Ein del mødrer har sett forskjellige utkome av at andre har røykt i sine svangerskap, men til og med ei mor som har sett att venninna hennar mista barnet sitt i krybbedød etter å ha røykt mykje, seier at ”jeg sa til meg selv at det var ikke røykinga som gjorde det”. Andre påpeikar at dei kjenner eller er i familie med mødrer som har røykt og fødd store, velskapte born fleire gonger. Nokre trur dei kjem til å klare å slutte når barnet er ute og dei får eit forhold til det, fordi at under graviditeten har dei ikkje det anna enn at dei kjenner det lear seg der inne. Det gjev ikkje god nok grunn til å slutte, meiner dei. 32 av dei 33 kvinnene hadde på førehand tenkt å slutte dersom dei vart gravide. Når graviditeten var eit faktum, var dei ikkje motiverte til å slutte likevel.

Dei er opptatt av andre sine meiningar om røykjevanane, det vere seg familie og venner, men i svært liten grad helsepersonell og partner. Dei er redde for reaksjonar frå andre, og nokre prøver å skjule magen når dei røykjer offentleg fordi dei ikkje ønskjer konfrontasjonar om det. Resultata viser at det som er mest avgjerande for den gravide sine røykjevanar, er kva haldningar ho har til forskingsresultata om emnet, og erfaringar andre rundt henne har gjort seg etter å ha røykt under svangerskapet (Haugland og Haug, 1995).

### **4.1.3 Kva skjer med fosteret når mor røykjer?**

Røyking er helsefarleg og kan føre med seg ei rekkje sjukdomar for røykjaren. Når røykjaren er gravid, får tobakksbruken ein anna dimensjon. Det viser seg at overdødeligheit pre og postpartum ofte er tilfelle hjå born av røykjarar. Sjansen for at det førekjem spontanabort,

aukar når den gravide røykjer. Dei som røykjer mykje har omtrent dobbelt så stor sjanse for spontanabort som ikkje-røykjarar.

Enkelte misdanningar hjå born fødd av røykjande mødrer, kan vera eit direkte resultat av røyken. Døme på slike misdanningar er leppe-ganespalte, skadar i hjartemuskulatur og kjønnsorgan, og skadar på ekstremitetar. Forsking på kva som skjer med fosteret når mor tar seg ein sigarett, viser at dei respirasjonsliknande bevegelsane vert hyppigare, og fleire gongar vert dei avbrotne av apnè-periodar (pusteopphald) etter kvart som nikotinnivået stig i blodet til mora. Hjartefrekvensen stig, medan aktivitetsnivået minkar. Etter at røykinga har opphøyr, er det registrert auka uro, noko som kan tyde på nikotinabstinens. Nedsett morkakefunksjon relatert til røyking kan føre til at barnet får dårlegare oksygentilførsel enn det som er optimalt (Ihlen, 1993).

## 5.0 Drøfting

Her vil eg samanlikne teoridel og resultatdel for å sjå om desse presenterer det same, diskutere haldepunkta i dei og samanlikne med mine eigne meiningar og erfaringar.

### 5.1 Kvifor det er farleg for mor og barn

Folkehelseinstituttet (2008) kjem med mange påstandar om korleis røyking under svangerskapet påverkar barnet negativt. Dei har kome fram til desse påstandane via forskning, men eg stiller likevel spørsmål ved enkelte av påstandane. Til dømes seier dei at 12% av alle gravide i Noreg røykjer under heile svangerskapet, at alle desse får barn med låg fødselsvekt og at alle born av mødrer som røykjer i siste trimester får ei hemma vekstkurve. Av eigen erfaring veit eg om fleire røykjande gravide som har fødd store, velskapt barn. Dersom ein skal sjå saka frå den gravide kvinna si side, kan eg godt forstå det dersom dei stiller spørsmål ved ein slik påstand, og at dei ser på det meir som skremselspropaganda enn ein motivasjonsfaktor til å slutte å røykje. Fleire gravide overser negative konsekvensar med vilje, og held fokus på det som kan vera positivt, jamfør 4.1.2. Dei gravide seier også at dei har sett andre røykjande mødrer føde store barn, eller til og med har gjort det sjølv, noko som støttar mitt utsegn om at Folkehelseinstituttet (2008) kanskje tek feil. Å presentere negative konsekvensar av låg fødselsvekt vert då eit lite effektivt motivasjonsforsøk, dersom den gravide ikkje ser på låg fødselsvekt som ein trussel eller noko som står i fare for å skje. For dei kvinnene som ikkje kjenner seg trua av skremselspropaganda, men heller tek det til seg som nyttig informasjon og eventuelt motivasjon, kan det kanskje fungere. Benner og Wrubel (Borge, 2008) seier at sjukepleiaren må forhalde seg til pasientens erfaring med sjukdom, helse, vekst og tap. Mi oppfatning av det er at dersom den gravide ikkje har negative erfaringar med låg fødselsvekt, enten med eigne born eller andre sine, vert det vanskeleg for sjukepleiaren å motivere med eit slikt argument.

Ein anna påstand Folkehelseinstituttet(2008) kjem med, er at kvinner som røykjer i svangerskapet utset barnet sitt for ein 2,5 gonger høgare risiko for krybbedød enn dei som ikkje røykjer gjer, og at dersom dei i tillegg søv saman med barnet aukar risikoen til 18 gongar fordi forskjellige fysiologiske forstyrringar vert påført barnet. Det vert ikkje utdjupa i artikkelen om dette gjeld mor og barn som søv i same seng eller i same rom, men i og med at teorien gjeld overoppheting og forstyrring av hjarterytme og respirasjon oppfattar eg det som

at artikkelen siktar til mor og barn i same seng, då same rom truleg ikkje vil påverke desse faktorane, utan at eg bastant vil påstå det i fare for å synse for mykje. Dersom ein skal sjå ein slik påstand frå den gravide røykjaren si side, kan det tenkjast at også her vil ho samanlikne det med andre sine erfaringar, noko Haugland og Haug (1995) viser at ofte er tilfelle. Likevel kan krybbedød kjennast som ein meir alvorleg risiko enn låg fødselsvekt, og vil sannsynlegvis fungere betre som motivasjonsfaktor.

I følgje Benner og Wrubel (Borge, 2008) oppstår stress når ein mister noko som har meining for ein eller som ein bryr seg om. Dersom sjukepleiaren kan vinkle påstanden slik at den gravide forstår at ho kan miste barnet sitt som følgje av røyken, som truleg er noko som har meining for ei vyrdande mor og som ho har omsorg for, kan det vera med å motivera til å forsøke å meistre røykjeslutt, då det å ha omsorg for noko/nokon er grunnleggande for å takle stresset. Sjukepleiaren må etter mi meining trø varsamt her, då det kan vera eit sårbart tema å snakke om for mora. Og dersom ho ikkje greier å slutte å røykje, men går med frykt for å skade barnet eller forårsake spontanabort på grunn av røyken, kan det kanskje skape stress for henne. Eg veit av erfaring at nokre røykjande mødrer har fått beskjed av legen om at røykjeslutt vil vera så stressande for dei at det vil påverke barnet like negativt som røyking, og at dei difor heller bør fortsetje å røykje. Etter å ha arbeidd med denne oppgåva og lært mykje om dei helseskadande effektane røyking i svangerskapet kan ha (Ihlen (1993), Sosial- og Helsedirektoratet (2007), Folkehelseinstituttet, 2008)) stiller eg meg spørjande til dette. Endresen (1992) sa at det er aldri for seint å slutte, og at det hjelper å slutte uansett, til og med når det berre er få veker og dagar igjen til termin. Dette er noko eg meiner er viktig å få fram til dei gravide som føler at dei ikkje meistrar å slutte å røykje, og trur dei er for seint ute til å redusere helseskadar for barnet sitt.

Folkehelseinstituttet(2008) seier at kvinner toler røyking dårlegare enn menn og er meir sårbare for til dømes lungekreft. Prescott og Børtveit (2004) støttar dette med å seie at kvinner er meir utsette for røykjerelaterte kreftformer. Dei som dør av røyking har tapt i gjennomsnitt 11 år av livet sitt i følgje Folkehelseinstituttet(2008). Curry et al.(2001) seier at dei indre motivasjonsfaktorane som til dømes eiga helse er noko av det som veg tyngst i ein prosess for å slutte å røykje. Difor kan forskinga som Folkehelseinstituttet og Prescott og Børtveit viser til, bidra som indre motivasjon som forhåpentlegvis kan gje utslag i røykjeslutt hjå den gravide mora. Det er etter mi meining difor viktig at sjukepleiarar som arbeider med å

motivere til røykjeslutt er oppdatert på slike helseopplysingar, slik at han/ho kan trigge den indre motivasjonen hjå gravide kvinner.

## ***5.2 Den gravide sitt ynskje***

Barth, Børtveit og Prescott (2001) seier at for å klare å slutte må kvinna ønskje det sjølv. Vil det seie at ei røykjande gravid kvinne som ikkje vil slutte, aldri kjem til å greie det? Eg meiner det blir avgrensande å kome med eit slikt utsegn. Kva med dei som vil men ikkje har tru på at dei kan greie å slutte? Eg har tru på at kven som helst er mottakeleg for motivasjon til å slutte å røykje enten dei vil eller ikkje i utgangspunktet. Som sjukepleiar skal ein førebyggje sjukdom og fremje helse. Dersom sjukepleiaren automatisk gjer opp dei som ikkje ønskjer å slutte, meiner eg at han/ho tek for lett på jobben sin. Kanskje det er ein kvass påstand, men som blivande sjukepleiar kjenner eg eit visst ansvar for i det minste å informere. Carsten Koch (Vinther, Pedersen & Eksten, 2002) sa at det offentlege bør ta ansvar for å informere om kva som gjer folk sjuke, og korleis ein kan unngå det. Den som ikkje ønskjer å slutte, veit kanskje ikkje kva konsekvensar det kan få for henne sjølv og barnet. Som sjukepleiar ville eg ha gitt henne sjansen til å finne det ut, og prøve å finne indre, ytre eller graviditetsrelaterte motivasjonsfaktorar (Curry et al, 2001) som kunne hjelpe henne.

Haugland og Haug (1995) har presentert fleire forskjellige årsaker til at mange gravide ikkje klarar å slutte. Haldningar og mangel på kunnskap om helsefarlege konsekvensar har vist seg å vera ein av dei viktigaste avgjerande faktorane. Difor meiner eg at dei aktuelle gravide kvinnene bør få sin sjanse til å endre haldningar og åtferd, og auke sin kunnskap. Eg personleg har alltid vore imot røyking under svangerskap, og det er lett for meg å seie at det kunne eg aldri gjort, fordi eg har aldri prøvd å røykje. Men for dei som er avhengige av røyken, er ikkje løysinga alltid like openbar, og der meiner eg sjukepleiaren bør kome inn og rettleie og forsøke å hjelpe. Sjukepleie er blant anna basert på omsorg, og Benner og Wrubel seier at omsorg er å finne det ut utøve det som har mening for eit menneske, og behandle det holistisk.(Borge, 2008). For at sjukepleiaren skal kunne utøve omsorg for den gravide kvinna og behandle henne holistisk, er det etter mi oppfatning nødvendig å finne ut kva som betyr mest for henne, det vere seg det psykiske, fysiske eller sosiale. Mange av dei gravide røykjande er i følge Haugland og Haug(1995) opptatt av andre sitt syn på røykinga, og det er ein faktor sjukepleiaren ikkje må gløyme.

### **5.3 Meistring og motivasjon**

Sidan eg sjølv er negativ til røyking både før, under og etter svangerskap, må eg som sjukepleiar vera påpasseleg med at eg ikkje blir moraliserande overfor den gravide kvinna. Den motiverande samtalen skal ikkje handle om sjukepleiaren sitt syn på saka, men om korleis sjukepleiaren kan hjelpa den gravide til å oppnå nok motivasjon til å meistre røykjeslutt. Meistring handlar om å setje seg eit mål, for så å finne den beste måten å nå målet på. Motivasjon og meistring er faktorar som høyrer saman (Barth, Børtveit og Prescott, 2001). For at sjukepleiaren skal kunne hjelpe den gravide med motivasjonen, slik problemstillinga mi ber om, viser både forskning og teori at det må skje på den gravide sine premisser, med sjukepleiaren som ein slags rettleiande tilskodar. Empati, evna til å lytte og forstå er noko som går igjen i dei forskjellige kjeldene eg har brukt i denne oppgåva, noko som får meg til å tenkje at det må vera noko i det. Å motivere den gravide til å slutte å røykje, er ikkje gjort på ein – to – tre, og det finns heller ikkje ein fast mal som hjelper for alle, dette ser eg utifrå dei litteraturen eg har funne (Curry et al.(2001), Sosial- og helsedirektoratet (2007), Statens Folkhälsoinstitut (2009), Prescott og Børtveit (2004) og Barth, Børtveit og Prescott (2001)). Alle har forskjellige faktorar som motiverar meir eller mindre, og i følge Statens Folkhälsoinstitut (2009) kan den motiverande samtalen vera nøkkelen til å kome fram til desse faktorane saman med den gravide, utan å argumentere for sin eigen ståstad og sine egne meiningar. Den gravide skal vera i fokus, og røykinga skal diskuterast frå ein nøytral ståstad utan informasjon frå sjukepleiaren (Statens folkhälsoinstitut, 2001). Eg er for så vidt einig i det, men samtidig meiner eg at sjukepleiaren også må kunne kome med innspel. Dersom den gravide slit med å slutte å røykje, tyder det etter mi meining på at ho treng hjelp dersom ho skal meistre å nå dette målet. Kanskje veit ho ikkje nok om kor farleg det er for barnet og henne sjølv.

Å slutte å røykje er nok ikkje ein dans på roser, og det vil det nok heller ikkje vere sjølv om ein får hjelp frå helsepersonell. Forhåpentlegvis har sjukepleiaren god greie på det ho snakkar om i ein slik situasjon, og difor bør den gravide også få informasjon frå sjukepleiaren si side viss røykjeslutt skal vera effektiv, etter mi meining. Sosial- og helsedirektoratet (2007) seier at den gravide skal få vera ekspert på seg sjølv, og empowerment, eigenkraft, skal hjelpe henne til å mobilisere dei ressursane ho har for å motivera seg sjølv til røykjeslutt. Dersom den gravide kvinna allereie har prøvd å slutte på eigen hand og ikkje greier det, meiner eg at det må meir til enn empowerment. Det er ein grunn til at ho treng hjelp. Men samtidig veit ein ikkje kva metodar ho har brukt for å meistre det sjølv, og kanskje er nettopp det å føle seg



sterk og ressurskraftig, nok til å motivere? Dersom sjukepleiaren hjelper den gravide til å finne dei positive, sterke sidene ved seg sjølv, og i tillegg viser henne forståing for at det er ikkje er så lett å slutte som ho kanskje trudde, skal det i seg sjølv vera motiverande (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Tveiten (2008) seier at den pedagogiske sjukepleiefunksjonen inneber å hjelpe pasienten til på bruke empowerment for å oppnå meistring. Dette viser at Tveiten (2008) og Sosial- og helsedirektoratet (2007) er einige, og etter mi meining styrkar det teorien om empowerment og meistring når fleire kjelder har kome fram til den same konklusjonen. Benner og Wrubel (Kirkevold, 1998) seier at pasienten må hjelpast til å finne meining i sin situasjon for å kunne oppnå meistring, noko eg meiner kan samanliknast med eigenomsorg som er nettopp empowerment.

#### ***5.4 Indre og ytre faktorar til motivasjon***

Konklusjonen til Curry et al (2001) er klar og tydeleg. Det er dei indre motivasjonsfaktorane saman med dei graviditetsrelaterte motivasjonsfaktorane som veg tyngst når ei gravid kvinne skal motiverast til å slutte å røykje. Dersom ein ikkje set seg skikkeleg inn i resultatet dei har kome fram til, trur eg det er fort gjort å oversjå dei ytre motivasjonsfaktorane då dei ikkje blir fremja som mest effektive. Mi oppfatning er at dei ytre også kan hjelpe, berre ikkje like ofte som dei indre og dei graviditetsrelaterte motivasjonsfaktorane. Curry et al (2001) seier ikkje at sjukepleiaren ikkje skal bruke dei ytre, berre at dei ikkje er like verksame som dei andre to. Det er klart at når nokon har forska på eit emne og kome fram til eit resultat og ein konklusjon, ligg det noko i det, det er ikkje noko forskaren har funne på sjølv. Men eg vil likevel stille spørsmål ved resultatet. Eg er ikkje i tvil om at dei indre og graviditetsrelaterte motivasjonsfaktorane veg tungt hjå den gravide kvinna. Men noko av det eg har lært medan eg har gjort dette litteraturstudiet, er at det er forskjellige faktorar som fungerer frå kvinne til kvinne (Haugland og Haug (1995) og Curry et al. (2001)). Det sjukepleiaren bør leggje vekt på, er kva som betyr noko for den enkelte gravide. Då vert det feil å gå utifrå at det berre er dei indre og graviditetsrelaterte motivasjonsfaktorane som tel, det veit ikkje sjukepleiaren før han/ho har hatt ein samtale med den gravide om kva som er viktigast for akkurat henne. Det kan like gjerne vera dei ytre faktorane. Eg skal ikkje påstå at Curry et al.(2001) seier at sjukepleiaren skal sjå vekk ifrå dei ytre motivasjonsfaktorane, men eg meiner at det kan oppfattast som at dei ikkje verkar motiverande for nokon.

Benner og Wrubel (Kirkevold, 1998) seier at sjukepleiaren sin metode er å ikkje oppføra seg som ekspert på kva som er best for pasienten, men å hjelpe pasienten til å finne det ut sjølv.

Eg meiner det viser at sjukepleiaren ikkje kan gå utifrå resultatet i artikkelen til Curry et al. (2001) om kva som er dei beste motiverande faktorane, men må finne ut saman med pasienten kva som fungerer best. Dette viser også Prescott og Børtveit (2001) og Statens Folkhälsoinstitut (2009), noko som styrkjer påstanden.

Som sagt i punkt 3.5 er det uetisk å trekkje negative konklusjonar av andre sitt arbeid når dei ikkje får sjansen til å forsvare seg. Difor vil eg vera forsiktig med å påstå for mykje om artikkelen til Curry et al.(2001), det same gjeld dei andre kjeldene eg har drøfta om. Men, eg meiner at det må vera lov å stille spørsmål ved resultata og konklusjonen når eg har samanlikna med annan litteratur på området. Eg vil presisere at denne drøftinga ikkje er meint som ei uthenging av forfatarane, men som eit kritisk blick på artikkelen.

## **6.0 Konklusjon og avsluttande refleksjonar**

Konklusjonen min er at for å kunne motivere den gravide til å slutte å røykje må sjukepleiaren gjennom samtale med den gravide finne ut kva motivasjonsfaktorar som fungerer best. Enten indre, ytre eller graviditetsrelaterte motivasjonsfaktorar eller ein kombinasjon av desse, alt etter kva som viser seg å fungere for den gravide.

Når det gjeld underproblemstillingane mine har eg svart på desse i løpet av teoridelen og resultatdelen. Eg meiner at dei ikkje treng vidare utdjuping og konklusjon, då svara tydeleg kjem fram i teksten.

Noko eg har sakna i denne prosessen er enkelt og greitt meir forskning på dette emnet, motivasjon til gravide som vil slutte å røykje, og korleis ein som sjukepleiar kan bidra til det. Som vist i oppgåva har det vore problematisk å finne artiklar som er relevante nok og som i tillegg er av nyare dato. I utgangspunktet ville eg ha artiklar som ikkje var eldre enn 10år, men det viste seg å vera vanskeleg. Difor meiner eg at det er vidare behov for forskning på nettopp mitt emne.

## VEDLEGG 1 TIL KANDIDAT 336

### Resultat i ProQuest:

Smoking	42 782
Pregnancy	53 639
Smoking AND Motivation	462
Smoking AND Pregnancy	2229
Motivation	24 185
Smoking AND Motivation AND Pregnancy	20
Pregnancy AND Motivation	211

### Resultat i Vård i Norden:

Motivasjon	25
Motivation	72
Smoking & Pregnancy	3
Motivation & Pregnancy	3

### Resultat i PubMed:

Smoking	150 495
Smoking AND Pregnancy	11 287
Smoking AND Pregnancy AND Motivation	172
Smoking AND Maternal	77
Smoking AND Maternal AND Motivation AND Cessation	40

### Resultat I Sykepleien

Røyking	18
Røyking + Svangerskap	3
Gravid + Motivasjon	0

### Resultat I Tidsskriftet

Røyking AND Gravid	0
Røyking AND Svangerskap	2

VEDLEGG 2 TIL KANDIDAT 336

<b>Forfattar</b>	<b>Tittel</b>	<b>Antall pasientar</b>	<b>Metode for datainnsamling</b>	<b>Resultat</b>
Curry, Mc Bride, Grothaus, Lando & Pirie (2001)	Motivation for Smoking Cessation Among Pregnant Women	897 kvinner	Survey, Kvantitativ metode	Både generell og graviditetsspesifikk motivasjon er viktig for å klara å slutta å røykja og hindra tilbakefall under og etter graviditeten.
Haugland & Haug (1995)	Hva bestemmer røykevaner i svangerskapet?	33 kvinner	Djupneintervju, kvalitativ metode	Haldningane til forskningsdata om røyken sin betydning i kvardagen ser ut til å vera den mest avgjerande faktoren for gravide sine røykjevanar.
Ihlen (1993)	Bruk av alkohol og tobakk under graviditet	416 kvinner	Intervju, Survey og litteraturstudie	Det eksisterar ei bevisstheit omkring graviditet og tobakk både hjá dei gravide sjølv og befolkninga elles.

## 7.0 Referanseliste

### Artiklar:

Curry, S.J., McBride, C., Grothaus, L., Lando, L. og Pirie, P.(2001): Motivation for Smoking Cessation Among Pregnant Women. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 15, No. 2, 126-132

Haugland, S. og Haug, K. (1995) Hva bestemmer røykevaner i svangerskapet? En kvalitativ undersøkelse blant gravide røykere. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, nr. 17, 115: 2106-9

Ihlen, B.M. (1993) Bruk av alkohol og tobakk under graviditet. *Temaserie for Rusmiddeldirektoratet*: 1993:1

Lund, K.E., Andersen, M., Bakke, P., Gallefoss, F. & Helgason, A.R. (2000) Snakker helsepersonell med småbarnsforeldre om passiv røyking? *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, nr 14, [Lest 8.2.2010] henta frå [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=63955](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=63955)

Vinther, K., Pedersen, L. & Eksten, L. (2002) Rygeafvænning – en sygeplejeoppgave. *Sygeplejersken*, nr 1, s.30-35

### Litteratur:

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P.(2001) *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

Bergsjø, P., Telje, J., Thesen, J. & Heiberg M. (2006) *Svangerskapsomsorg*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2006

Borge, M. (2008) *Medisinsk sjukepleie*, Studiekraft 4. Stord: HSH

Brinchmann, B.S. (2005), *Etikk i sykepleien*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Endresen, E.H., (1992) *Med barn i magen – en bok om svangerskap og fødsel*. Viborg: Pax Forlag

Forsberg, C., Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. (2006) *Grunnleggende sykepleie*, bind 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

Parahoo, K. (2006) *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. New York: Palgrave Macmillan

Prescott, P., Børtveit, T. (2004) *Helse og atferdsendringer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Å snakke om endring: Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt i svangerskapsomsorgen*. Oslo. Tilgjengeleg frå: [http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/publikasjoner/roykeslutt/\\_snakke\\_om\\_endring\\_kommunikasjonsverkt\\_y\\_for\\_helsepersonell\\_som\\_jobber\\_med\\_r\\_ykeslutt\\_73968](http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/publikasjoner/roykeslutt/_snakke_om_endring_kommunikasjonsverkt_y_for_helsepersonell_som_jobber_med_r_ykeslutt_73968)

Statens Folkhälsoinstitut (2009). *Rökfri graviditet: Motivationshöjande samtal. En handledning för barnmorskor*. Sverige: SFI.

Taxbøl, D. (2009) *Graviditet og fødsel*. Oslo: Aschehoug

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

**Websider:**

Folkehelseinstituttet (2008). *Røyking i svangerskapet kan øke risikoen for ADHD.*

Tilgjengeleg frå:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5669&MainLeft\\_5669=5544:58923::0:5696:24:::0:0&4613=5696:1](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:58923::0:5696:24:::0:0&4613=5696:1)

Folkehelseinstituttet (2008). *Røyking gir veksthemming i siste halvdel av svangerskapet.*

Tilgjengeleg frå:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5588&MainArea\\_5661=5588:0:15,2659:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5588=5544:64097::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5588&MainArea_5661=5588:0:15,2659:1:0:0:::0:0&MainLeft_5588=5544:64097::1:5569:1:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2008). *Røyking viktigste årsak til veksthemming hos fostre.*

Tilgjengeleg frå:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,3278:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:61118::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3278:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61118::1:5569:1:::0:0)

<http://www.helseleksikon.no/Helsepersonell>

[www.ordnett.no](http://www.ordnett.no) 2100, Kunnskapsforlaget

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Røyking i svangerskapet.* Tilgjengeleg frå:

[http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/helse\\_og\\_tobakk/gravide\\_og\\_r\\_yking/r\\_yking\\_i\\_svan\\_gerskapet\\_13225](http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/helse_og_tobakk/gravide_og_r_yking/r_yking_i_svan_gerskapet_13225)

**Fagplan:**

Høgskulen Stord Haugesund (2009) *Fagplan for sjukepleiarutdanninga Stord*: HSH

**Bilete:**

På framsida: <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=120612>